UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

VERONICA SANTOS DO NASCIMENTO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: aspectos sobre a saúde do idoso

SÃO CRISTÓVÃO - SE

2022/1

VERONICA SANTOS DOS NASCIMENTO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: aspectos sobre a saúde do idoso

Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.ª Drª Rosangela Marques dos Santos

SÃO CRISTÓVÃO - SE

2022/1

VERONICA SANTOS DO NASCIMENTO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ASPECTOS SOBRE A SAÚDE DO IDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social

Aprovado em: 01 de dezembro de 2022.

Rosangela Marques dos Santos

Profª Drª Rosangela Marques dos Santos

Orientadora – DSS/CCSA/UFS

Maria Cecília Tavares Leite

Profª Drª Maria Cecilia Tavares Leite

Examinadora - DSS/CCSA/UFS

Ana Karla Rocha Góes Costa

Ana Karla Rocha Góes Costa

Examinadora - Assistente Social/USF

SÃO CRISTÓVÃO – SE

2022/1

Digitalizada com CamScanner

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Pai Celestial, por tudo. A Ele seja a honra e a glória para todo o sempre. Sem Ele eu não conseguiria chegar nem no início do caminho que trilhei.

Também sou grata à professora e minha orientadora, Rosangela Marques, que nos piores momentos de minha vida foi usada como instrumento de Deus para me acalmar, orientar, instruir e dar o suporte necessário para eu não desistir. Ela foi usada com grande sabedoria para ensinar e mostrar que vale a pena prosseguir, que vale a pena persistir e não desistir, jamais. Sou muito grata às suas insistências, às suas palavras de ânimo e às suas reflexões. *Tu és uma sábia guerreira, que sabes usar os instrumentos nas horas e nos momentos certos.* Muito obrigada pela oportunidade de ter sido sua aluna!

Agradeço ao meu pai terreno e biológico, José Oliveira do Nascimento (*In Memorian*), que não está mais entre nós, mas que me viu adentrar na Universidade e sempre torceu muito pela minha vitória. É uma pena que não possas contemplar esse momento, mas sei que vibraria junto comigo. Com certeza! Te amo muito, meu grande herói e guerreiro!

Também sou grata à minha mãe, Noeme Menezes do Nascimento, que me criou, desde os cinco anos de idade. Ela não é a mãe biológica, mas é do coração e me criou com carinho e com muito esforço, junto com o meu pai, tentando dar o melhor para mim e para as outras quatro irmãs. Sou muito grata por todo o amor, cuidado e afeto. Sei, também, que sempre torceu por mim e por minhas conquistas.

Sou grata aos meus filhos: Ágatha, Íthalo e Vinícius. Vocês são herança do Senhor para a minha vida e sei que sempre torceram por mim e pelos meus sonhos. Amo vocês!

Agradeço às minhas quatro irmãs: Gilvacy, Kátia, Priscilla e Tallita e ao meu único irmão Adriano. Obrigada por vocês existirem e fazerem parte da minha vida, por me apoiarem no que precisei. E, em especial, quero prestar uma singela homenagem à minha irmã Gilvacy, popularmente conhecida, desde criança, como “Sissy”. Sempre fomos muito amigas, muito ligadas e confidentes uma da outra. Você sempre me apoiou em tudo o que desejei fazer, desde que não ferisse nenhum princípio. Lembro-me de que em seus últimos dias, conversamos um pouco sobre o tema do meu TCC, e você, mesmo hospitalizada e debilitada, passou-me confiança e perseverança. Mostrou-me, com a ternura de sempre, como eu deveria fazer, como deveria desenrolar o tema. Mas, aprouve a Deus te recolher, a mais linda rosa do nosso jardim,

a primogênita da família Nascimento. Sinto sua falta e sei que vibraria comigo, em cada segundo de alegria. Por isso, dedico tudo isso, todo o esforço a você. Sempre vou te amar, querida irmã.

Ainda em agradecimentos, não posso deixar de mencionar as minhas amigas e amigos, incluindo os que trabalharam comigo na última empresa e que sempre torceram por mim, me encorajando a seguir em frente e nunca desistir tão fácil. Sou grata a Deus pela presença de vocês em minha vida.

Por fim, agradeço a todos/as docentes da Universidade que sempre ensinou e corrigiu de forma esplendorosa, que deixaram marcas significativas, com ensinamentos proveitosos para a vida cotidiana e profissional. Aproveitando o ensejo, quero agradecer à minha supervisora de campo, Ana Karla, pela paciência e pelo desempenho nos ensinamentos no campo de estágio. Levarei para a vida o aprendizado e sempre direi que valeu a pena cada esforço.

Enfim, quero agradecer à Banca Examinadora, pois sou muito grata por aceitarem o convite de participação.

RESUMO

A presente pesquisa apresenta uma discussão sobre a atuação do/a assistente social na Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Aracaju/SE, junto aos/as idosos/as que recebem fraldas descartáveis. Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico e documental, com base no método do materialismo histórico-dialético. Verificou-se que o processo de envelhecimento no Brasil tem se intensificado nas últimas décadas, o que por sua vez demanda a atenção e o cuidado nos serviços de saúde públicos. O assistente social, inscrito na divisão sociotécnica do trabalho e inserido nos diversos espaços sócio-ocupacionais da política de saúde, convive diariamente com os rebatimentos da contrarreforma do estado brasileiro, a qual avança nos processos de privatização, precarização e focalização, o que por sua vez impacta o acesso aos direitos à saúde dos idosos/a na perspectiva da integralidade e da universalidade.

Palavras-chave: Atuação do assistente social; USF; Saúde; Idoso/a.

ABSTRACT

This research presents a discussion about the performance of the social worker at the Family Health Unit (USF), in the city of Aracaju/SE, with the elderly who receive disposable diapers. This is a qualitative bibliographical and documentary research, based on the method of historical-dialectical materialism. It was found that the aging process in Brazil has intensified in recent decades, which in turn demands attention and care in public health services. The social worker, enrolled in the sociotechnical division of labor and inserted in the various socio-occupational spaces of health policy, lives daily with the repercussions of the counter-reform of the Brazilian state, which advances in the processes of privatization, precariousness and targeting, which in turn impacts access to the health rights of the elderly from the perspective of completeness and universality

Keywords: Role of the social worker; USF; Health; Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS

Art.	Artigo
Cap.	Capítulo
Nº	Número
p.	Página

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID	Classificação Internacional de Doenças
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CF	Constituição Federal
CISID	Comissão Intersetorial de Saúde do Idoso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPS	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....11

2 CAPÍTULO 1 - ASPECTOS SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....15

3 CAPÍTULO 2 - A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO AOS/AS IDOSOS/AS.....22

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....36

REFERÊNCIAS.....37

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população no contexto mundial apresenta inúmeros desafios a serem enfrentados pelo Estado e sociedade, sobretudo no que tange a formulação de políticas sociais públicas para o atendimento das necessidades desse segmento, de forma particular no aspecto da saúde. Trata-se de um fenômeno mundial observado a partir do século XX e que vem alterando a realidade demográfica no Brasil.

Cabe ressaltar que é no âmbito das lutas sociais engendradas no contexto de redemocratização brasileira, que se pode identificar alguns avanços relacionados a conquista dos direitos dos/as idosos/as, notadamente mediante a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988.

No entanto, é preciso lembrar que as conquistas resultantes das lutas são tensionadas pela ofensiva do capital, que com o seu viés neoliberal e medidas de ajuste fiscal primam pela privatização dos serviços públicos e desmonte das políticas que viabilizam direitos sociais, com a culpabilização dos indivíduos, auto responsabilização pelo processo de envelhecimento e precarização dos serviços de saúde

Com a criação da Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994 e do Estatuto do Idoso, no ano de 2003, a responsabilidade na atenção e cuidado ao/a idoso/a passa a ser compartilhada entre a família, o Estado e a sociedade. No tocante à saúde, tem-se um destaque por esta exercer impacto no quesito qualidade de vida do/a idoso/a.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, a nível mundial, cresce de forma mais rápida que a de outras faixas etárias. Nessa direção, considera-se que em 2050 haja dois bilhões de idosos, 80% deles nos países em desenvolvimento. A população de 80 anos ou mais é a que mais cresce e poderá passar dos atuais 11% para 19% em 2050. "Estima-se também que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, cerca de 13,8% da população composta por essa faixa etária" (CAMARGO, 2010, p. 234).

A transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica, a qual se caracteriza pelo aumento progressivo da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no caso o/a idoso/a é a população mais exposta a tais condições. No Brasil, o Plano de Ações para o enfrentamento das DCNTs (2011), sinaliza que estas são responsáveis por 72% de causas de mortes, com a prevalência das doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes

e doenças respiratórias crônicas. Tais doenças atingem todas as classes socioeconômicas, incluindo, com mais intensidade, pessoas pertencentes a grupos de idosos/as, de baixa renda e escolaridade.

Nessa perspectiva, o processo de envelhecimento forjou a implementação de políticas direcionadas para o público idoso, uma vez que é um grupo mais suscetível ao desenvolvimento de DCNT e condições que limitem a sua capacidade motora, o que impacta no aumento pela procura de serviços de saúde[1]. Nesse sentido, uma certa redução da DCNT "[...] pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010) (PLANO..., 2011, p. 11).

O interesse pelo tema se deu a partir da inserção da pesquisadora no Estágio[2] Supervisionado em Serviço Social II e III em Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Aracaju/SE, no qual acompanhou o trabalho realizado pelo/a assistente social no contexto da política de saúde e de forma específica com os/as idosos/as. Assim, a motivação para a realização deste estudo justifica-se pela importância de discutir sobre a atuação do/a assistente social no citado espaço sócio-ocupacional. Nessa direção, a relevância científica e social da temática proposta reside na possibilidade de subsidiar uma reflexão crítica e propositiva, no sentido de fortalecer o delineamento do perfil do profissional de Serviço Social alinhado com o projeto ético-político e comprometido com as demandas dos/as usuários/as. Cabe registrar que a temática pesquisada se vincula ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) ligado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe.

Desse modo, aponta-se a questão norteadora da pesquisa: De que forma o/a assistente social atua junto aos/as idosos/as na USF? O objetivo geral, está assim elaborado: Analisar de

[1] No ano de 2015, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em sua 3ª edição. A finalidade era inserir as informações necessárias para o acompanhamento e identificação das reais necessidades de saúde de cada idoso (a) que a possuir. O intuito era que o documento contivesse as observações imprescindíveis em um só formulário, visando facilitar o acesso as informações pelos (as) profissionais da saúde, a própria pessoa idosa e os familiares que o (a) acompanha. Vale ressaltar que esse documento teve sua 1ª reimpressão, em sua 5ª edição, no ano de 2020, para distribuição em 2021. Porém, trata-se de um documento desconhecido pela sociedade, sendo necessário campanhas de divulgação a respeito do uso da citada caderneta. Assim, com o acompanhamento devido, previne-se o agravamento de doenças já existentes e o surgimento de outras doenças, sem contar a atualização das vacinas necessárias

[2] O estágio obrigatório consiste numa atividade que complementa a formação acadêmica e permite ao/a discente o desenvolvimento do senso crítico, capacitando-o/a para o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva e tem como referência a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão, o Código de Ética Profissional de 1993 e a Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 2010).

que forma o/a assistente social atua junto aos/as idosos/as na USF. Com relação aos objetivos específicos, elencam-se os seguintes: 1) Caracterizar o debate sobre o processo de envelhecimento no Brasil; 2) Apresentar a discussão sobre a atuação do/a assistente social na política de saúde e de forma particular junto aos/as idosos/as; 3) Traçar o perfil dos/as idosos/as atendidos/as e discutir sobre as estratégias de intervenção do/a assistente social na USF.

Com relação a metodologia, trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem de natureza qualitativa. Utilizou-se a técnica de pesquisa bibliográfica que de acordo com Gil (1997) é construída com materiais já publicados, a exemplo de artigos científicos, periódicos acadêmicos, documentos monográficos, periódicos como jornais, revistas, livros. No levantamento on-line a busca se deu por meio de sites confiáveis, como Google acadêmico, *SciELO*, Revista *Katálysis*, entre outros. Utilizou-se o uso dos descritores: envelhecimento no Brasil, atuação do assistente social na saúde; atuação do assistente social com idosos. Os dados obtidos durante a realização do estágio obrigatório na USF serviram de base para traçar o perfil dos/as idosos/as e discutir a atuação do/a assistente social.

Conforme Bardin (1977) durante a pesquisa é importante fazer anotações e fichamentos para serem usados como base de fundamentação teórica. Para tanto, inicialmente se estabelece os primeiros contatos com a documentação, o que denomina de “leitura flutuante”; ao término dessa leitura, separa-se os documentos que têm informações e dados sobre o assunto e tema pesquisado, desse modo, Bardin (1977, p. 98) sinaliza as seguintes regras:

> Regra da homogeneidade: os documentos retidos devem ser homogêneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha.
>
> Regra de pertinência: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise.

Com relação a análise e interpretação dos dados, utilizou-se do método do materialismo histórico-dialético, o qual intenta aproximações sucessivas do objeto estudado numa perspectiva de totalidade, assim, conforme Netto (2011, p. 53), “O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações”.

O trabalho está estruturado com dois capítulos, além da Introdução e das Considerações Finais. No Capítulo 1 - discute-se sobre o processo de envelhecimento no Brasil e o a atuação do/a assistente social junto ao/as idosos/as em USF, no contexto da política de saúde. O

Capítulo 2 - apresenta a análise dos dados obtidos junto aos/as idosos/as durante a realização de estágio obrigatório em USF.

2 CAPÍTULO 1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AOS/AS IDOSOS/AS NA SAÚDE

Neste capítulo pretende-se caracterizar o debate acerca do processo de envelhecimento no Brasil. Para tanto, inicialmente apresenta-se aspectos pertinentes a transição demográfica, seguido da sinalização de alguns marcadores sociais relacionados a condição de idoso/. Em seguida, discute-se sobre a atuação do/a assistente social junto aos/as idosos/as no campo da saúde, na atenção básica.

2.1. Notas introdutórias sobre o processo de envelhecimento no Brasil

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2015, conforme aponta a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, apontam um aumento da expectativa de vida dos (as) brasileiros (as), equivalente a 14,3%, com 60 anos ou mais. Desse modo, identifica-se que a população brasileira está envelhecendo rapidamente.

A respeito do processo de envelhecimento, tem-se três vertentes:1) uma parte da população idosa envelhece e continua com a capacidade de realizar suas atividades diárias sozinhas; 2) uma outra parte necessita de adaptações e/ou apoio para conseguir concluir seus afazeres e obrigações cotidianas; 3) já uma terceira parte torna-se totalmente dependente da ajuda de terceiros para realizar suas atividades diárias. Portanto, o processo de envelhecimento é diferente para cada idoso (a). Assim, os ambientes físicos e sociais, as questões socioeconômicas e culturais, a família, a identidade étnico-racial, entre outras, agem de forma influente nesse processo.

No Brasil[3], a transição demográfica e epidemiológica é fato incontestável, segundo o Boletim Temático do Ministério da Saúde, referenciado nos dados do IBGE, aponta que o segmento populacional que mais aumenta no país é o segmento de idosos, com taxas de crescimento superior a 4% ao ano, entre as décadas de 2012 e 2022, o que equivale a um crescimento de mais de 1 milhão de pessoas idosas ao ano. Projeções apontam que em 2030 o número de pessoas idosas vai superar o número de crianças e adolescentes, de 0 a 14 anos, em

3 O Dia Internacional das Pessoas Idosas é comemorado em 1º de outubro desde que a Assembleia Geral das Nações Unidas designou, por meio da Resolução nº 45/106, de 14 de dezembro de 1990. O objetivo é a sensibilização para o impacto do envelhecimento da população, conscientizando-a de seus plenos direitos.

2,8 milhões, aproximadamente. Em 2050, a população idosa terá um crescimento significativo e será representada por cerca de 30% da população brasileira.

Assim, de acordo com Camarano e Pasinato (2007), o crescimento demográfico da população idosa se tornou visível mediante o conhecimento sobre os dados estatísticos, uma vez que de 1,7 milhão em 1940 saltou para 14,5 milhões no ano de 2000. Esse aumento tem relação dentre outros fatores[4], com a redução dos índices de fecundidade.

Com relação aos direitos dos/as idosos/as no Brasil, as pesquisadoras Fernandes e Soares (2012) assinalam que a década de 1990 tem-se o marco de iniciativas governamentais significativas a esse respeito, uma vez que anterior a esse período as ações mantinham-se num viés pontual. Como visto anteriormente a PNI foi publicada em 1994 e o Estatuto do Idoso em 2003.

Cabe ressaltar que no ano de 1999 foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI), mediante a Portaria Ministerial nº 1.395, a qual dispunha que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. A PNSPI reafirma os princípios da saúde do idoso, no âmbito do SUS e vai no sentido de estabelecer eixos norteadores no que concerne a integralidade das ações, tais como: as fragilidades dos idosa/as, familiares, cuidadores/as e rede de saúde e a promoção da saúde integração social (BRASIL, 1999).

Em 2007 foi instituída pela Resolução nº 378 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intersetorial de Saúde do Idoso (CISID), qual tem por objetivo assessorar o CNS em matéria pertinente à saúde do (a) idoso (a). assuntos relacionados à saúde do/a idoso/a.

A realização da I Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, ocorrida de 19 a 21 de novembro de 2003, no Chile, aprovou um documento intitulado a “Estratégia Regional de Implementação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento”, que serve de orientação programática aos governos latino-americanos para a elaboração de políticas públicas com foco nas necessidades da pessoa idosa, o que implica a responsabilização do Estado. No entanto, além das profundas desigualdades sociais tem-se um processo de contrarreforma em curso, com a ofensiva do capital adotando-se uma

[4] Fatores associados ao avanço da medicina, melhores condições de saneamento básico e acesso a medicação contribuíram para o aumento da expectativa de vida.

lógica de privatização e precarização das condições de trabalho, o que impacta na qualidade dos serviços públicos prestados à população em geral e de forma específica a população idosa.

2.2 Atuação do/a assistente social junto a idosos/as em Unidades de Saúde da Família

A consolidação da Política Nacional de Saúde se deu no período de 1945-1950. A criação do modelo de assistência foi marcada pela década de 1940 e era centrado no atendimento médico individual privatista.

Os anos de 1945 a 1964 foram marcados por grandes investimentos na saúde, em especial na área sanitária. Os anos de 1964 a 1974 foram marcados pela ditadura militar no Brasil, que impôs medidas na área da saúde.

Em 1967 criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e este foi um avanço no processo interventivo do Estado. Contribuiu bastante para o fortalecimento do caráter assistencial.

Em 1978 ocorreu a Conferência sobre a Atenção Primária de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que foi realizada em Alma Ata, no Cazaquistão. O principal debate do evento foi criticar o modelo de saúde centrado na doença e na elaboração de estratégias para sua cura. Outro marco importante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Segundo a OMS, o conceito de saúde e os debates realizados pela Medicina Social na América Latina, em 1970 e 1980, influenciaram o Movimento da Reforma Sanitária - Movimento que repercutiu em meados da década de 1970[5].

Com a Constituição Federal de 1988, assegurou-se o tripé da Seguridade Social, que engloba as Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. A saúde é a única política desse tripé que é garantida de forma universal, direito de todos e dever do Estado (CF/1988).

A década de 1990 no Brasil tornou-se um marco nos serviços de saúde para os/as brasileiros/as, devido a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A idealização foi, tão somente, através da luta do Movimento da Reforma Sanitária e o médico Hésio de Albuquerque Cordeiro (1942-2020) se inspirou nessa idealização, almejando um sistema público de saúde onde não houvesse exclusão e desigualdade. Cabe ressaltar que o citado movimento teve um protagonismo no processo de criação do SUS, com a defesa de uma concepção de saúde ampla

[5] Segundo Menicucci (2014), o chamado movimento sanitário, ocorrido no Brasil, na década de 1970, teve propostas inovadoras, visando um sistema de saúde universal e de caráter igualitário.

e na perspectiva da universalidade. O aludido médico assumiu a presidência do Instituto Nacional e Previdência Social (INAMPS), em 1985, visando substituí-la por um sistema público universal de saúde. O INAMPS era voltado à prestação de serviços médico-hospitalares a trabalhadores formais (com carteira assinada). Os que não possuíam a carteira de trabalho assinada recorriam ao sistema privado e aos escassos serviços municipais, estaduais, as Santas Casas de Misericórdia ou hospitais universitários.

Como presidente do INAMPS, o citado médico levou o órgão a defender as bandeiras da Reforma Sanitária e, também, a preparar os alicerces para o futuro SUS. A prioridade da gestão de Hésio foi universalizar o acesso aos serviços de saúde, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais entre populações urbanas e rurais. Em sua gestão, os pequenos postos de saúde - Ações Integradas em Saúde, chamados de AIS, criados pelos convênios das prefeituras com a Previdência Social, foram expandidas para cerca de 2.500 (dois mil e quinhentos) municípios. Estes pequenos postos de saúde foram considerados berços da Atenção Básica, atual porta de entrada do SUS.

No Brasil, operava-se um sistema excludente, onde os mais ricos acessavam os recursos de saúde e os previdenciários tinham direito a serviços próprios ou conveniados pela Previdência Social. Nesse contexto, os indigentes e os miseráveis ficavam na dependência da caridade da disponibilidade do Estado, como visto anteriormente.

O SUS formalizou-se na Constituição de 1988 e consolidou o acesso gratuito e igualitário aos serviços para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação dos indivíduos. Baseia-se em três princípios norteadores: universalidade (acesso a todos/as, sem discriminação); equidade (priorização dos/as que mais necessitam) e integralidade (ouvir o/a usuário/a e entendê-lo/a em seu contexto social).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986, sob a presidência de Antônio Sérgio da Silva Arouca, ex-presidente da Fiocruz, foram lançados os fundamentos do sistema público de saúde que viria a ser definido pela Constituição Federal de 1988 e instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O INAMPS e suas competências extinguiu-se em 1993 e foram transferidos para as instâncias federal, estadual e municipal que são gestoras do SUS.

No entanto, mediante as investidas do neoliberalismo no Brasil, a desresponsabilização do Estado com relação as políticas sociais têm ocorrido numa crescente. Medidas a exemplo do corte de gastos impactam sobremaneira a qualidade dos serviços públicos prestados.

Assim, devido ao agravamento das desigualdades sociais no contexto de contrarreforma no Brasil, as classes menos favorecidas são afetadas com alto índice de desemprego,

proporcionando a falta de alimentos e de meios de sustento para manter as suas respectivas famílias. Para os/as que não possuem moradia própria, ou não tem condições de pagar aluguel, sujeitam-se a morar/abrigar-se nas ruas, debaixo de viadutos, marquises, resultando em um alto índice de exclusão social.

Conforme Iamamoto (2015), a questão central da sociedade capitalista madura é a apropriação da produção social e coletiva da classe trabalhadora por parte da burguesia.
Nesse sentido, é visível a crescente violação dos direitos em nossa sociedade, dentre estes a falta de acesso e a precarização dos serviços de saúde, o que impacta nas condições de saúde da população, particularmente o contingente de idosos/as.

Nessa direção, os/as assistentes sociais enfrentam no cotidiano dos serviços públicos de saúde, de forma específica no atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), os desafios advindos do subfinanciamento/desfinanciamento da política de atenção básica. Considere-se que no território nacional, o profissional de Serviço Social não integra a equipe básica de saúde.

Em Aracaju, na V Conferência Municipal de Saúde, ocorrida nos dias 12 a 14 de novembro de 1997, com o tema: *Reordenando a Prática dos Assistentes Sociais,* os/as assistentes sociais foram inseridos/as,[6] mediante um processo de luta, nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e lotados/as no ano seguinte, 1998, no município de Aracaju/SE. A princípio, foram estruturadas 11 (onze) ESF's que foram distribuídas em bairros, de acordo com o mapa da fome, na cidade de Aracaju (ARACAJU, 2016).

Foram construídos protocolos e diretrizes para a orientação na atuação dos/as assistentes sociais, nos anos de 2002/2003. Os protocolos do Serviço Social na Atenção Primária possibilitam a reflexão sobre o papel do assistente social nos programas específicos, além de construção de estratégias de intervenções.

O protocolo do Serviço Social apresentou diretrizes que viabilizam o acesso dos/as usuários/as aos serviços, promovendo a integralidade das ações, através da intersetorialidade entre as políticas públicas e na defesa da cidadania e de um serviço de saúde mais justo.

Nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Aracaju/SE, os/as assistentes sociais convivem com um dilema muito comum: grande fluxo de pessoas que vão às Unidades de Saúde solicitar inclusão/renovação do cadastro de benefício de fraldas descartáveis para idosos/as. Estes/as encontram-se acamados/as, devido acometimento de

[6] A esse respeito consultar a tese de doutorado da professora Maria Cecília Tavares Leite, intitulada: "A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família em Aracaju: dois tempos de um movimento". Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, 2009.

doenças de agravos crônicos como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Alzheimer, Parkinson, entre outras. Os/as usuários/as que são afetados/as com tais doenças necessitam de cuidados e acompanhamentos constantes e as políticas de saúde contribuem para que isso aconteça, através das USF.

Em se tratando de cadastro de benefício de fraldas descartáveis, o processo e o acompanhamento são feitos pelos/as assistentes sociais que trabalham nas Unidades. São eles quem fazem visitas domiciliares, juntamente com integrantes da equipe de Agente Comunitário de Saúde (ACS) que são lotados/as naquela instituição. Também é necessário a visita dos/as médicos/as que atuam na determinada instituição para verificar e analisar qual o código da doença do/a usuário/a, ou seja, a Classificação Internacional de Doenças (CID). Através do parecer ou do laudo médico, incluindo a informação do CID, o/a idoso/a é aprovado/a ou não para o recebimento, conforme critérios exigidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, mediante Protocolo para fornecimento de fraldas descartáveis, emitido através de Diário Oficial.

As equipes de saúde das Unidades participam diretamente nos atendimentos aos/as idosos/as, sejam eles/as enfermeiros/as, Agentes Comunitários/as de Saúde, médicos/as, assistentes sociais, entre outros/as. Em se tratando de saúde os/as profissionais da área atuam de forma desafiadora, desde a época da Reforma Sanitária, que surgiu no Brasil em meados da década de 70. Essa mobilização ficou conhecida como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), com o objetivo de democratizar a saúde. O Movimento foi liderado por médicos e outros profissionais que estavam preocupados com a saúde pública no Brasil.

O/A assistente social na saúde torna-se tão necessário e importante quanto uma/a profissional da área de enfermagem, pois ambos buscam instruir e orientar usuários/as, com a finalidade de sanar determinados problemas por eles/as apresentados, viabilizando acessos e direitos a eles/as reservados. Todos trabalhando em equipe, com os mesmos propósitos, fortalecem as ações a serem desenvolvidas, principalmente, no que diz respeito à saúde da pessoa idosa, colaborando com instruções prioritárias para um envelhecimento saudável.

Assim, é necessária a análise de conjuntura e a identificação das contradições do processo de envelhecimento na sociedade capitalista. O que requer a análise crítica da realidade, capaz de apreender esses fenômenos para além de sua aparência, de forma que se articule à totalidade social, proporcionando a compreensão da velhice, do idoso, e do envelhecimento populacional, em seus variados aspectos. É dessa forma que a prática profissional do Assistente

Social, orientada pela perspectiva histórico-crítica, e pelo projeto ético-político, tem as bases que possibilitam analisar a realidade para além da sua imediaticidade. E ainda, direcionar as ações profissionais para construção de estratégias que realizem os valores e princípios da profissão, na defesa dos direitos dos idosos.

3 CAPÍTULO 2 - A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO AOS/AS IDOSOS/AS

Neste capítulo apresenta-se uma discussão a respeito dos dados coletados[7] a respeito das informações sobre o perfil dos/as usuários/as, com variáveis socioeconômicas e informações sobre o uso e recebimento de fraldas descartáveis, um direito social viabilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Aracaju/SE, por meio da Prefeitura Municipal, através da Portaria nº 25, de 03 de junho de 2015[8]. O fornecimento do citado insumo é destinado à população idosa que necessita e que atende aos critérios institucionais exigidos. Como dito anteriormente, a atividade vinculou-se ao Estágio Supervisionado em Serviço Social II e III, realizado no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022 (Estágio II) e de fevereiro a junho de 2022 (Estágio III), em USF, localizada no bairro Suissa, na zona oeste, no município de Aracaju/SE, no qual tive a oportunidade de realizar visitas domiciliares e acompanhar a atuação do/a assistente social dentre outras situações, junto aos idosos/as. Tais dados foram coletados através de informações contidas em documentos arquivados na sala do/a assistente social da referida Unidade de Saúde e, também, através do Prontuário Eletrônico (PE), onde registra-se as informações pertinentes e de suma importância dos/as usuários/as.

Os/As idosos/as são moradores/as de áreas adstritas a USF, situada no bairro Suissa, município de Aracaju/SE, denominadas de áreas: 88 (azul) e 89 (rosa), as quais são acompanhadas e cadastradas pelos/as Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS). Os resultados obtidos são discutidos com base em fundamentação teórica, articulando-se dados qualitativos.

[7] Os dados foram extraídos do Prontuário Eletrônico ou documento de concessão ou renovação para o uso das fraldas descartáveis.

[8] Portaria instituiu no âmbito do município de Aracaju a concessão do fornecimento do insumo de fralda descartável, que destina a atender os pacientes adultos acamados, com incontinência urinária e fecal, decorrentes das patologias.

Para tanto, apresenta-se o perfil da população idosa usuária e as ações desenvolvidas pelo/a assistente social.

3.1 - Perfil dos/as idosos/as

3.1.1 - Gênero

Identificou-se que na **área azul (88)** o percentual de homens e mulheres cadastradas para recebimento do insumo de fraldas descartáveis é de 32% e 68%, enquanto a **área rosa (89)**, o percentual é de 37% e 63% respectivamente. Verificou-se, portanto, um quantitativo maior em número de mulheres em relação ao quantitativo de homens. Desse modo, infere-se que o percentual elevado de idosas em relação aos homens segue a tendência nacional da feminização da velhice, "Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe essa proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais do que nunca" (SALGADO, 2002, p. 08).

No acompanhamento diário, vivenciado através do estágio supervisionado na USF, observa-se que a maior parte dos/as usuários/as idosos/as que recebiam o insumo de fraldas era do gênero feminino. Semelhantemente, as novas solicitações à concessão do benefício, através de familiares/cuidadores/as, eram para pessoas idosas do gênero feminino. Tal fato nos confirma a predominância feminina, no que diz respeito ao envelhecimento da pessoa idosa.

3.1.2 - Idade

Na **área azul (88)**, com relação a faixa etária dos/as usuários/as de fraldas descartáveis, identificou-se que a maioria pertence ao grupo de idosos/as. Este grupo é o que sobressai na quantidade de beneficiários/as do recebimento de insumo de fraldas. A idade que teve o maior índice, foi a faixa de 80 a 90 anos de idade. Na **área rosa (89),** a faixa etária de idade em que houve destaque, foi acima de 90 anos.

Nas citadas áreas, a demanda pelas fraldas se dá pelas doenças acometidas aos/as idosos/as, tais como: Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Parkinson, as quais de forma geral mantem os/as idosos/as acamados/as, interferindo na sua condição de autonomia. Conforme Leandro e Teive (2017, p. 174) "Quando se fala em idosos de 80 a 89 anos [...], não

se pode deixar de analisar a questão da fragilidade humana, muito evidenciada nesse segmento populacional. Esta é uma condição instável, relacionada ao declínio funcional [...]". Os citados autores concluem que a viuvez da pessoa idosa, de80 a 89 anos, pode predispor déficits motores, provocados pelo isolamento social, uma vez que têm uma preocupação menor com a saúde, o que pode ocasionar uma vulnerabilidade física e social.

Cabe ressaltar que o Acidente Vascular Cerebral, mais conhecido como AVC e/ou derrame cerebral, é uma doença que tem avançado nos índices de acometimentos em vários grupos de pessoas, inclusive o de idosos/as. "As doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo a posição apenas para as doenças cardiovasculares" (BRASIL, 2013, P. 04).

3.1.3 - Estado civil

Com relação ao estado civil dos/as usuários/as da **área azul (88)**, verificou-se uma maioria de viúvos/as com 40%, acompanhado por 32% de casados/as e 28% de solteiros/as. Já na **área rosa (89**), o percentual mais elevado foi o de casados/as com 37%, seguido por viúvos/as 31 %, solteiros/as 19% e outros com 13%.

A taxa de casados/as da **área 89** pode referir-se à situação de que "A taxa de nupcialidade legal acima dos 60 anos é de 3,4% para os homens e de 0,9% para as mulheres". (ASSOCIAÇÃO DOS...s.d., on-line). Esse percentual de acordo com Vladimir Oliveira, coordenador do curso de Geografia do Isca Faculdades, tem relação com "[...] um modelo de sociedade em que o homem é 'incapaz' de se cuidar sozinho com o avanço da idade" (ASSOCIAÇÃO DOS...s.d., on-line).

No que concerne à **área 88** com um maior número de viúvos/as, há uma tendência de relacionar-se a variável gênero: mulheres, em sua maioria. Nesse sentido, apresentam-se algumas características, conforme assinala Miranda (2021, p. 36-37)

> Alguns estudos (Chaimowicz e Greco, 1999; Vera, I. et.al., 2015) indicam que a viuvez é uma ocorrência majoritariamente feminina, e associam a viuvez à moradia com família extensa (filhos) e institucionalização. Esses dados corroboram com o que Camarano (2003) preconizou a respeito da predominância da população feminina entre os idosos.

Identifica-se, portanto, uma tendência com relação ao gênero feminino do grupo de idosas, na viuvez, dificilmente procura um novo relacionamento, um outro companheiro para conviver até os últimos dias de sua vida. Estas, preferem viver com as saudosas lembranças que são relíquias em suas memórias. Reafirmando o carinho, consideração e respeito que prezam em memória do ente querido, pois não se sentem prontas para um novo relacionamento, preferindo continuar a viver o seu luto. Para Brás (2022, p. 64) "Indicadores demográficos e tendências culturais [...] poderiam levar-nos a pensar que a ausência de projetos amorosos na vida das mulheres viúvas assenta no número reduzido de oportunidades de encontrar um novo cônjuge".

Já no gênero masculino, apresenta uma tendência contrária ao gênero feminino, pois não conseguem viver muito tempo em solidão, sem ter um cuidado e atenção especial, alguém para cuidar da casa, cuidar dele e compartilhar as alegrias e as tristezas. A maioria dos idosos do gênero masculino aproveitam as oportunidades e procuram conhecer uma nova companheira que atenda as expectativas e os livrem da solidão, pois não estão preparados para viverem sozinhos. Assim, de acordo com Miranda (2021, p. 36-37):

> a predominância da população feminina entre os idosos é resultado da maior mortalidade masculina. Essa predominância tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois se acredita que a maioria dessas mulheres atualmente, seja viúva, semexperiência de trabalho no mercado formal, menos educada formalmente.

3.1.4 - Renda mensal

No que tange ao percentual sobre a renda mensal dos/as usuários/as da **área azul (88**), obteve-se os seguintes números: até 2 salários-mínimos 76%, de 2,1 a 5 salários-mínimos 20% e acima de 5 salários-mínimos, 4%. Na **área rosa (89)** verificou-se os seguintes resultados: até 2 salários-mínimos 64%, acima de 2 até 5 salários- mínimos 36%, registre-se que não se identificou renda acima de 5 salários-mínimos.

Com base nos percentuais informados percebe-se uma significativa quantidade de idosos/as recebedores de até 2 salários-mínimos, em ambas as áreas analisadas. O fator socioeconômico desfavorável interfere no adoecimento da pessoa idosa.

A respeito da condição socioeconômica do idoso/a pode-se depreender que apesarde alguns apresentarem renda acima de um salário-mínimo, deve-se levar em consideração uma série de variáveis, por exemplo: se a moradia é própria ou alugada; quantas pessoas

dependem da renda; quais medicamentos são obtidos pelo SUS e quais não; se paga ou não um plano de saúde ou se é “SUS dependente”; se paga ou não acompanhantes e quantos/as são; se paga ou não, internação hospitalar.

Nesse sentido, é “[...] necessário pontuar que não é possível pensar o envelhecimento saudável se este abrange só a uma pequena parcela da população idosa, “[...]. Excluir a parcela populacional que sofre com baixas rendas é ignorar a realidade presente no Brasil” (ROCHA, 2019, p. 12). Portanto, em se tratando de aposentadorias e pensões, que são as principais fontes de renda dos/as idosos/as, as quais sejam insuficientes para manter-se dignamente, Rocha (2019, p. 18), assinala que

> Esse cenário de desigualdades imprime profundas marcas na vida do idoso e compromete ainda mais sua saúde, devido ao acesso escasso às políticas públicas, mantendo altos os índices de pobreza. Assim, pensar estratégias que promovam o envelhecimento saudável e ativo não pode excluir a realidade existente, e deve contemplar não só os que têm acesso a bens, mas também os que vivem à margem da sociedade capitalista.

3.1.5 - Moradia

No que concerne à moradia, tem-se que na **área azul (88**), 86% dos idosos/as possuem imóveis próprios e 20% os imóveis são alugados. Com relação a **área rosa (89)**, 62% são imóveis próprios, 25% alugados e 13% cedidos. Através desses dados podemos observar que a maior parte desses idosos/as são residentes antigos dos bairros em questão. Isso nos introduz à uma reflexão de que para as gerações anteriores, apesar das dificuldades econômicas conseguia-se o imóvel próprio. No entanto, na contemporaneidade, com o avanço da ofensiva do capital e as suas medidas de ajuste fiscal, as novas gerações se debatem com os índices de desemprego estrutural e flexibilização das relações trabalhistas, o que precariza os níveis salariais impactando na capacidade de compra de bens duráveis, assim (POPULAÇÃO ENVELHECE... 2020, s. d.):

> Ter ou não ter será, gradualmente, a maior cisão entre quem nasceu nas décadas de 1980 e 1990 (a geração do milênio) e os nascidos nos anos 1940 e 1950. Enquanto o primeiro grupo poderá jamais conseguir adquirir um teto, o segundo já tem um teto, mas é pressionado a ajudar quem não tem e batalha para conquistar um.

3.1.6 - Cuidadores/as

Na **área azul (88**), 60% dos/as cuidadores/as integram o grupo familiar, 24% são cuidadores/as contratados/as e 16% fazem um revezamento entre cuidadores/as familiares e contratados/as. Na **área rosa (89)**, 88% são cuidadores/as da própria família, 6% são cuidadores/as contratados/as e outros 6% correspondem aos cuidadores/as familiares e particulares que fazem o revezamento entre si.

Desse modo, verificou-se, mediante dados apresentados, que a contratação de cuidadores/as particulares interfere no orçamento familiar e, como já apresentado anteriormente, a maior parte dos/as idosos/as recebem até 2 salários-mínimos, por isso justifica-se que a maioria dos/as cuidadores/as sejam da própria família. Isso abrange, também, a confiança, segurança e a certeza de saber que seu ente querido esteja sendo bem cuidado. "O ato de cuidar de idosos, muitas vezes, é assumido [...] por algum membro da família, [...]. Tornar-se cuidador é algo que requer atenção, responsabilidade, paciência e amor ao próximo (DANTAS, et al, 2015, p. 412).

No entanto, as atribuições impostas a um membro familiar, geralmente mulheres, para cuidar de um/a idoso/a dependente, o/a qual se encontra incapaz de exercer a sua autonomia e realizar as suas atividades diárias que acarretam para essa cuidadora/or efeitos sobre a saúde física e mental, envolvendo inúmeros eventos estressores os quais, dentre outros, de acordo com Camargo (2010, p. 239) resultam em: "Cansaço, insônia, irritabilidade, ansiedade, depressão, fragilidade física e psicológica. São condições que, somadas ou intensificadas pelos estressores, podem levar o cuidador ao esgotamento e sobrecarga física e mental".

3.1.7 - Sobre o uso de fraldas

Tratando-se da quantidade de fraldas descartáveis que cada usuário/a recebia, mensalmente, dependia de quantas vezes seria necessário fazer a troca da fralda, por dia. Essa informação era passada, através do formulário preenchido no momento da solicitação da concessão/renovação do benefício e confirmada pelo/a médico/a na visita domiciliar, que acontecia após a visita do/a assistente social, ambos acompanhados/as pelo/a ACS, responsável pelo cadastramento dos usuários/as da respectiva área. A **área azul (88) e a rosa (89)** tiveram como quantidade prevalecente a de 180 unidades mensais, conforme dados apresentados no Quadro 1.

Quanto ao tempo de uso de fraldas, a **área azul (88)** teve o percentual de 48%, que equivalia para os/as usuários/as idosos/as que recebiam o benefício do insumo de fraldas com tempo superior a 2 anos e inferior a mais de 5 anos. Já na **área rosa (89),** o percentual que se superou foi de 31%, tanto para quem recebia o insumo em menos de 1ano, quanto para quem recebia as fraldas de 2,1 até 5 anos. Tais informações estão ilustradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Quantidade e tempo de uso de fraldas

ÁREAS /VARIÁVEI S	ÁREA AZUL (88)	ÁREA ROSA (89)
1.Quantidade mensal	180 unidades (corresponde a 72% dos/as usuários/as).	180 unidades (corresponde a 100% dos/as usuários/as).
2.Tempo de uso	Menos de 1 ano: 8% De 1 a 2 anos: 20% De 2,1 até 5 anos: 48% Acima de 5 anos: 24%	Menos de 1 ano: 31% De 1 a 2 anos: 19% De 2,1 até 5 anos: 31% Acima de 5 anos: 19%

Fonte: Coleta de dados - USF, 2022
Elaboração própria

3.1.8 - A condição da mobilidade do/a idoso/a

Na **área 88 (azul)**, o percentual de idosos/as acamados/as foi 72% e não acamados/as foi de 28%. Na **área 89 (rosa)**, o percentual de acamados ultrapassou a área 88, pois chegou-se ao percentual de 81% e não acamados resultou em 19%. Esse resultado nos mostra que a maioria dos/as usuários/as idosos/as acamados/as, das respectivas áreas, pertencem, grande parte deles/as, ao grupo dos que são dependentes de terceiros para se locomover, tomar banho e, em alguns casos, até de fazer suas refeições diárias. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a respeito da condição dos/as idoso/as acamados/as, tem-se fatores de risco para a manifestação de complicações e agravos à saúde, a exemplo de "[...] lesão por pressão, piora na condição respiratória, ansiedade e infecções, isolamento social, depressão, internação hospitalar, que quando se trata de idoso o período de internação pode ser ainda maior, por se tratar de um indivíduo mais frágil onde o desfecho pode ser a morte"(BORDIN et al, 2020, p. 10). Desse modo, pode haver uma procura desse segmento por serviços de saúde e atendimento especializados, o que demanda ao Estado investimento na rede de saúde e demais políticas públicas.

3.1.9 - Doenças prevalescentes

Na **área azul (88)** os/as idosos/as são os mais acometidos/as das seguintes doenças: Alzheimer 12%, Acidente Vascular Cerebral (AVC) 32% e outras doenças 56%, dentre elas podemos citar afecções específicas da próstata, senilidade, sequelas do câncer, entre outras. No que tange a **área rosa (89)**, o AVC 19%, Alzheimer 12% e outras doenças 69%, dentre estas, citamos paralisias cerebrais, neoplasia benigna da próstata, demência não especificada, câncer de próstata, entre outras. Cabe ressaltar que a doença de Alzheimer não se refere a ausência de cuidados preventivos, mas o AVC, também conhecido como derrame, decorre de problemas na corrente sanguínea, que pode ser prevenido e tratado de forma preventiva, inclusive com a alimentação adequada.

"O Acidente Vascular Cerebral decorre da alteração do fluxo de sangue ao cérebro. Responsável pela morte de células nervosas da região cerebral atingida, o AVC pode se originar de uma obstrução de vasos sanguíneos, [...], ou de uma ruptura do vaso,[...]" (BRASIL, 2006). Pesquisando sobre o assunto na mesma página de informação do Ministério da Saúde (2006), verifica-se que existem dois tipos de AVC, o isquêmico ou infarto cerebral (responsável por 80% dos casos) e o hemorrágico. Ambos decorrem comumente de problemas com hipertensão arterial (a mais destacada), problemas vasculares, diabetes, tabagismo, entre outros fatores, e o estilo de vida que o/a idoso/a leva, também influencia em possíveis agravantes.

Na USF onde foi levantado os dados para o relatório de estágio, percebeu-se um percentual elevado de idosos/as acamados/as, os/as quais foram vítimas de AVC, doença que teve destaque entre as demais. Baseado em dados e informações do Ministério da Saúde (2006), há fatores que facilitam o desencadeamento de um AVC e que são inerentes à vida humana, como o envelhecimento. Ressalta-se que pessoas com mais de 55 anos de idades estão propensas a desenvolver o AVC, a depender da genética, como pertencer a raça negra, o histórico familiar sobre doenças cardiovasculares, entre outros. Tais informações permitem que os diversos profissionais de saúde nas USFs fiquem alertas com relação à hipertensão arterial e diabetes, verificando históricos familiares, no sentindo de realizar encaminhamentos ainda no nível da prevenção e que apresentem resolutividade.

3.1.10 - Relação de usuários/as por microáreas

Quadro 2 - Relação entre usuário e microárea

ÁREA AZUL (88)	ÁREA ROSA (89)
Microárea 1 – 16%	Microárea 1 – 19%
Microárea 2 – 24%	Microárea 2 – 12% (Sem ACS)
Microárea 3 – 12%	Microárea 3 – 6%
Microárea 4 – 0%	Microárea 4 – 31%
Microárea 5 – 24%	Microárea 5 – 19%
Microárea 6 – 24% (Sem ACS)	Microárea 6 – 13% (Sem ACS)

Fonte: Coleta de dados - USF, 2022
Elaboração própria

Ressalte-se que a **área azul (88**) tem seis (06) microáreas, sendo que uma se encontrava descoberta - área 06, pois não tinha ACS para atender a demanda dos/as usuários/as pertencentes a esta microárea, conforme endereço cadastrado no sistema. Tal situação se repetia na **área rosa (89)** que tem seis (06) microáreas, sendo que duas delas se encontravam descobertas, que são as áreas 02 e 06, pois não tinham ACS para atender a demanda dessas microáreas. Mediante dados, haviam alguns problemas que ocorriam diariamente na USF pela ausência de cobertura dessas microáreas. As citadas áreas estavam descobertas devido a dois/duas ACS terem requerido a aposentadoria por tempo de serviço.

Assim, um dos primeiros impactos era a ausência de cobertura dos/as usuários/as das determinadas microáreas, os/as quais ficavam dependentes da disponibilidade de algum/a ACS de outra microárea para atendê-los/as, visitá-los/as, cadastrá-los/as, ou algum outro serviço que fosse da competência do/a ACS, com o agravante de que as visitas realizadas pelos/as profissionais de saúde, incluindo o/a assistente social, deveria ser acompanhados/as pelo ACS[9] responsável pela determinada microárea. Cabe regsitrar que "Todas as famílias e pessoas do

[9] No Caderno do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, assinala-se que "Há situações em que será necessária a atuação de outros profissionais da equipe, sendo indicado o encaminhamento para a unidade de saúde. Você deverá comunicar à equipe quanto à situação encontrada, pois caso não ocorra o comparecimento à unidade de saúde, deverá ser realizada busca-ativa ou visita domiciliar. Todas as ações são importantes e a soma delas qualifica seu trabalho. No entanto você deve compreender a importância da participação popular na construção da saúde, estimulando assim as pessoas da comunidade a participarem das discussões sobre sua saúde e o meio ambiente em que vivem, ajudando a promover a saúde e a construir ambientes saudáveis (BRASIL, 2009, p. 26-27).

seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. [...], sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também os diversos espaços comunitários" (BRASIL, 2009, p.25).

3.2 - A atuação do/a assistente social junto aos/as idosos/as na USF

De acordo com Lima e Oliveira (2019), no ano de 1947 fundou-se uma Casa Maternal com a finalidade de acolher as mães solteiras, no pós-parto, que apresentassem baixa condição socioeconômica, mediante a prestação de benefícios assistenciais.

Assim, devido ao aumento da demanda, a gestão municipal criou uma Unidade de Saúde no espaço onde funcionava a citada Casa, localizada nas imediações do bairro Suissa. No entanto, Lima e Oliveira (2019), apontam que por igual motivo já citado houve a necessidade de transferir o atendimento de saúde para outro local[10], pois além de aumento de demanda nos atendimentos, a Unidade de Saúde necessitava de um prédio próprio para SEDE, o qual funciona até os dias atuais, no mesmo bairro, no município de Aracaju/SE.

Cabe ressaltar que durante o governo de Marcelo Déda, implantou-se no ano de 2002, o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse Programa responsabilizou-se pela cobertura dos serviços de prestação, promoção e prevenção.

A Unidade de Saúde abrange a população adjunta aos bairros Suissa e Pereira Lobo. A Unidade desenvolve ações, através do Programa Saúde da Mulher, Assistência ao Pré-Natal, Prevenção do Câncer de Colo Uterino, Programa Saúde do Adulto e do Idoso, Programa Saúde do Homem, Programa Saúde da Criança e do Adolescente, Programa Saúde Mental, Programa Saúde na Escola, Programa Saúde do Trabalhador e o Programa Bolsa Família (ARACAJU, 2016).

Outros serviços são ofertados na USF como consultas médicas, coletas de exames laboratoriais, encaminhamentos para várias especialidades, recebimento de medicamentos, farmácia da Unidade, realização do serviço de curativos, aplicações de vacinas variadas, acolhimentos diversos, orientações e encaminhamentos aos programas sociais, a exemplo do Auxílio Brasil e dos benefícios de insumos para curativos e fraldas descartáveis.

[10] Quanto à estrutura física, a USF dispõe de sala de recepção; sala de espera; consultórios médicos; consultório de enfermagem, consultório odontológico; sala de observação; sala de reunião; sala do assistente social; farmácia; almoxarifado; sala de vacina; sala de curativos e nebulização (aerossol); sala do gerente; copa; sala do expurgo e sanitários (para funcionários, área restrita, e para o público em geral).

Para atender a demanda da população usuária, a instituição funciona com duas equipes de saúde: azul (088) e a rosa (089). A equipe é composta por assistente social (que, devido a quantidade de usuários/as atendidos/as, compõe-se, apenas, de um/a e são pagos/as pelos recursos próprios do município de Aracaju/SE), médicos/as, enfermeiros/as, auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, dentista e ACS.

Lima e Oliveira (2019) assinalam que a USF, localizada na zona oeste, no município de Aracaju/SE, dispõe de uma rede de serviços que contribuem na prestação dos serviços[11] de saúde à comunidade usuária. São eles: O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) - Madre Tereza de Calcutá, situado no Largo da Aparecida, no bairro Jabotiana; o Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) Liberdade, localizado no bairro Siqueira Campos e as escolas que estão inseridas na área de cobertura da instituição, como a Casa Maternal Amélia Leite, o Externato São Francisco de Assis, entre outras.

Cabe registrar que verifica-se uma heterogeneidade nas demandas apresentadas na referida USF, pelo/a assistente social, como elaboração de relatórios demandados pelo Tribunal de Justiça e Ministério Público de Sergipe; encaminhamentos para a realização de laqueadura e/ou vasectomia; visitas domiciliares ou em abrigos; visitas e atendimentos domiciliares a idosos/as, que é o maior público da USF; orientações e acompanhamento do Auxílio Brasil; vacinação e atendimento a gestantes e crianças; acolhimento; acompanhamento individual de famílias ou grupos com atendimento domiciliar; encaminhamentos: interno, para os serviços especializados do SUS, intersetorial, para inserções em programas sociais e a supervisão de discentes da graduação do curso de Serviço Social.

No que se refere ao atendimento da pessoa idosa, identificou-se ações de acolhimento, repasse de informações com determinado cuidado e cautela para que o/a idoso/a tivesse uma melhor compreensão acerca do que estava sendo instruído, explicado e/ou orientado. Quando um/a idoso/a era atendido/a, na referida USF, questionava-se como o/a usuário/a estava de saúde, se havia tomado as vacinas da atualidade, como por exemplo a vacina influenza, indicada para síndrome gripal; se morava acompanhado, caso o/a idoso/a se apresentasse sozinho/a para receber atendimento na sala do/a assistente social da USF; entre outras perguntas, visando o bem-estar do/a usuário/a que estava em atendimento. No diálogo, a intenção era passar segurança e confiança para o/a idoso/a, com a finalidade de deixá-lo/a mais tranquilo/a para

[11] A população total da área ligada à Unidade de Saúde Amélia Leite é 11.200 usuários, correspondendo, em média, 2.600 (duas mil e seiscentas) famílias. A Unidade funciona de segunda à sexta-feira, no horário das 07h da manhã às 17h. Os/as funcionários/as são divididos/as em grupos para o turno matutino e vespertino (LIMA; OLIVEIRA, 2019).

falar sobre as suas dúvidas e por qual motivo, naquele momento, procurava o/a assistente social. "[...], esse instrumento é tido como um espaço que possibilita [...] o conhecimento mútuo, a ampliação de consciência, [...] dos usuários quanto dos assistentes sociais, como [...] o contato com as questões do cotidiano trazidas pelos que buscam os serviços sociais" (SANTOS; NORONHA, 2013, p. 51).

No dia a dia da instituição em questão, a Unidade de Saúde da Família, situada no bairro Suissa, zona oeste do município de Aracaju/SE, observou-se que a procura pela inserção no cadastro do benefício de fraldas descartáveis era intensa, sem contar no processo de renovação que era trimestral. De vez em quando apareciam usuários/as que moravam nas adjacências da USF, com a finalidade de receber o insumo para um parente que residia fora do município de Aracaju ou do estado de Sergipe, e que estava acamado/a, necessitando do uso de fraldas. Então, o/a assistente social explicava que a concessão do fornecimento de fraldas descartáveis era viabilizada pela Secretaria de Saúde do município de Aracaju e que o/a beneficiário do insumo teria que residir na cidade, conforme critérios exigidos. Note-se que essa demanda é recorrente na USF, tendo em vista que as demais Secretarias municipais do Estado não implantaram benefício igual ou semelhante[12].

Assim, em se tratando do benefício de fraldas descartáveis no município de Aracaju, na USF sinalizada, conforme dados e informações comprobatórias, o insumo é fornecido mediante a Portaria nº 25, de 03 de junho de 2015, de âmbito municipal, conforme mencionado anteriormente, emitida pela Prefeitura Municipal de Aracaju/SE, através da Secretaria Municipal de Saúde. Tal Portaria exigia de alguns critérios para que o benefício fosse concedido aos/as usuários/as de fraldas, porém não estava incluso a comprovação de renda insuficiente para a compra do insumo. Mas, com o decorrer do tempo, soube-se, na presente data, que a Secretaria Municipal de Saúde passou a analisar todos os cadastros dos recebedores do benefício de fraldas descartáveis e emitirá portaria que solicita a exigência do comprovante de renda do beneficiário do insumo. Cabe ressaltar que havia uma diferenciação entre a Portaria Municipal, emitido pela Prefeitura Municipal de Aracaju, através da Secretaria de Saúde e o Projeto de Lei nº 4.490-A de âmbito nacional, aprovado em 17 de junho de 2021, pois este exige a comprovação da insuficiência de meios para a aquisição das fraldas, conforme Art. 3º. Desse

[12] Recentemente foi aprovado na Câmara dos Deputados um Projeto de Lei Nº 4.490-A de 2019, referente obrigatoriedade do fornecimento de fraldas descartáveis aos idosos/as em âmbito nacional, mediante a comprovação da insuficiência de meios para a aquisição pelo idoso, conforme Art. 3º e que entrou em vigor em 17 de junho de 2021, conforme Art. 4º do referido Projeto.

modo, entende-se que a saúde municipal de Aracaju, nesse quesito, atendia na perspectiva da universalidade, tal qual como preceitua o SUS.

Como mencionado anteriormente, na USF do município de Aracaju/SE em questão, a demanda de idosos/as acamados/as e beneficiários/as e/ou solicitantes do benefício mantinha-se alta, com um número significativo de requisições. Regularmente o/a assistente social precisava agendar visitas domiciliares, com prioridade para o processo de concessão do benefício de fraldas, onde podíamos perceber e acompanhar de forma aproximada as reais necessidades dos/as usuários/as acamados/as, salientando a observação de que a Pandemia do covid-19 agravou o adoecimento da população, em especial à idosa.

Ressalta-se que nos atendimentos, visitas domiciliares, acolhimento e atendimentos em geral, durante a realização do estágio obrigatório pode-se verificar que o/a assistente social sempre procurou articular as dimensões, teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão. Conforme Pereira, Oliveira e Wemer (2015), o Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo e atua na questão social em suas diversas expressões. Mediante os enfrentamentos diários o/a assistente social procura atuar com profissionalismo, respeito, sensibilização e atribuindo a viabilização de direitos de todo/a cidadão/ã, baseando-se sempre no Código de Ética da categoria profissional, de 1993.

Ademais, apesar de o Serviço Social está localizado numa sala onde resguarda o sigilo profissional em relação ao atendimento dos/as usuários/as e onde há mobília disponível para a guarda da documentação, tem-se limitações com relação ao transporte para a realização de visitas domiciliares e profissionais. Como também identificou-se ausência de um planejamento coletivo da equipe de saúde com relação as ações de prevenção e promoção a saúde, essa situação, portanto, se coaduna com a realidade de outras regiões do Brasil, pois, “De acordo com [...] estudo, que foi apresentado em reunião com as regiões de saúde, quase 70% das ESFs permanecem sem realizar atividades coletivas, o que apresenta um grande impacto na prevenção de DCNTs e promoção de saúde e, consequentemente, nos indicadores que representam o agravamento das DCNTs” (BOLETIM..., 2021, s. p.).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve por objetivo geral analisar como se dá a atuação do/a assistente social em uma Unidade de Saúde da Família, junto aos/as idosos/as, no município de Aracaju/SE. Como já citado anteriormente, através da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social.

Com a experiência vivida na USF, localizada no bairro Suissa, na zona oeste do município de Aracaju/SE, verificou-se alta demanda de idosos/as acamados/as, vítimas de doenças, em sua maioria, que poderiam ser evitadas se orientadas/instruídas e/ou acompanhadas, devidamente. Nesse sentido, já se aponta a necessidade de um trabalho coletivo a ser planejado e desenvolvido pela equipe da USF, relacionado às ações preventivas.

Uma das limitações identificadas para o desenvolvimento das ações do Serviço Social, como visto no decorrer do estudo, é o fator transporte. Ainda que a prefeitura concedesse um dia na semana, a maior parte das visitas domiciliares realizadas, independente da distância, foram a pé.

Com relação a abordagem direta aos idosos/as não foi identificado um protocolo de atuação dos/as assistentes sociais nas diferentes USFs. Por outro lado, verifica-se a necessidade de fortalecimento da rede intersetorial das políticas sociais e de Educação Permanente voltada para a capacitação no atendimento à pessoa idosa.

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em articular-se com os/as usuários/as, tentando construir espaços que envolvam a participação da população. Em se tratando do grupo de idosos/as, acometidos/as por diversas doenças que os/as deixam impossibilitados/as e incapacitados/as de seguir a vida de uma forma mais saudável, mais natural, visualizamos a necessidade de medidas que viabilizem o acesso a informações, programações socioeducativas, instrutivas, inclusive no que diz respeito à saúde e bem-estar. Faz-se necessário a atuação da equipe da USF citada, com ideias inovadoras, que sejam voltadas para a prevenção de DCNTs, entre outras doenças que, de algum modo, têm interferido no envelhecimento populacional.

Os desafios se impõem a cada dia na rotina do/a assistente social oriundos das medidas da contrarreforma de Estado, agravados pelo contexto de pandemia (Covid 19). Nesse sentido, cabe ao Serviço Social formular estratégias de enfrentamento para tais questões abordadas na área da saúde, mediante um planejamento coletivo com a equipe de saúde, mobilização

comunitária e fomento as ações do controle social junto aos conselhos de saúde em seus diversos níveis.

REFERÊNCIAS

AMARO, S. **Visita domiciliar: guia para uma melhor abordagem complexa.** Porto Alegre**.** 1ª ed. AGE, 2003. 2ª ed. 2007.

ARACAJU (Brasil). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo do Serviço Social nas Redes de Saúde do SUS/Aracaju.** GOMES, L. V. B.; LEITE, M. C. T.; BELFORT, S. R. C. (org). Aracaju, SE, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Título original: L'avolyse de contenu – Presses Universitaires de France, 1977. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Capa: Alceu Saldanha Coutinho. Edições 70 – Distribuidor no Brasil: Livraria Martins Fontes – São Paulo.

BERZINS, M. A. V. da S.; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. A assistência social na política nacional do idoso. 2016 – **RCIPEA – Repositório do Conhecimento do IPEA**. Disponível em: repositório.ipea.gov.br/bitstream/11058/9083/1/A%20Assistencia%20social.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2022.

BORDIN, Danielle, et al. **Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros**: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/FQjvsGG4QpjKPFMhg36VfbN/?lang=pt&format=pdf. Acesso em 22 de dezembro de 2022.

BRÁS, A. R. **E tudo a viuvez levou? O impacto da morte do cônjuge no papel das mulheres nas famílias.** Fórum Sociológico. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia. Centro de Estudos Sociais, 3000 – 995. Coimbra, Portugal, 2022. Open Edition Journals Fórum Sociológico série II. Disponível em: https://journals.openedition.org/sociologico/10535. Acesso em: 19 de novembro de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências**. Brasília: Senado Federal, 2003.

BRASIL, Governo Federal. Secretaria de assuntos estratégicos da Presidência da República. Políticas sociais acompanhamento e análise. **Vinte anos da Constituição Federal.** Diretoria de estudos e políticas sociais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 25 de outubro de 2022.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada.** Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/402631/. Acesso em 11 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL, Presidência da República – Casa civil. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em 25 de outubro de 2022.

BRASIL, Presidência da República – Casa civil. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022.** Alteração da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em 25 de outubro de 2022.

BRASIL, República Federativa do Brasil. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei nº 4.490-A, de 2019.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2031522&filename=Avulso+-PL+4490/2019. Acesso em 15 de novembro de 2022.

BRASIL, Senado Federal. Secretaria especial de editoração e publicações subsecretaria de edições técnicas. **Estatuto do Idoso e normas correlatas.** Dispositivos Constitucionais Pertinentes. Lei n. 10.471, de 1º de outubro de 2003. Normas correlatas – índice temático.

BVSMS – Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde. Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. Fonte: academia Brasileira de Neurologia.** Elaborado em agosto de 2006 e revisado em dezembro. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/avc-acidente-vascular-cerebral/. Acesso em 17 de novembro de 2022.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.292)

DAMATA, S. R. R.; FORMIGA, L. M. F.; ARAÚJO, A. K. S.; OLIVEIRA, E. A. R.; OLIVEIRA, A. K. S. de; FORMIGA, R. C. F. **Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral.** Mestrado profissional em saúde da família. Centro Universitário UNINOVAFAPI – Revista Interdisciplinar. Vol. 9. N. 1 – jan. fev. mar. 2016. Disponível em https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771953. Acesso em 17 de novembro de 2022.

DANTAS, T. M.; RODRIGUES, L. B.; SANTOS, W. S. dos; DIAS, J. C.; SANTANA, N. M. de; LIMA, I. C. V. de. Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Vol. 28, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 411-417. Universidade de Fortaleza – Fortaleza – Ceará – Brasil. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/3567. Acesso em: 18 de novembro de 2022.

D'ÁVILA, Cristiane. O homem que lançou as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) (Artigo). In: **Café História**. Publicado em 07 de dez de 2020. Disponível em:

https://www.cafehistoria.com.br/hesio-cordeiro-o-homem-que-lancou-as-bases-do-sus/.ISSN: 2674-59. Acesso em setembro de 2021.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 6, n. 46, p.1494-1502, 2012.

FRAGA, C. K. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social.** Serv. Soc. Soc. São Paulo. N. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ssoc/a/4Ktm9MXBs6RhQPb4W/g7wgBD/. Acesso em 19 de novembro de 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. dos. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. CSP – Cadernos de Saúde Pública, p. 1-6, jan. 2019.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. In: IBGE**. Estudo e Pesquisas**: Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 36. Rio de Janeiro, 2016.

LEANDRO, L. A.; TEIVE, H. A. G. **Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da doença de Parkinson.** Revista Kairós – Gerontologia, v. 20, n. 2. 2017.

LUZ, A. da; NIERING, D. B.; SILVA, S. L. da**. Caderneta da pessoa idosa: conscientização dos profissionais nas unidades básicas de saúde no município de Joinville.** Trabalho de Conclusão de Curso pós técnico em saúde do idoso (técnico de enfermagem especialista em saúde do idoso). Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – Campus Joinville, 2018.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, ciência, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1. p. 77-92, jan. a mar. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

NETTO, J. P**. Introdução ao estudo do método de Marx. 1. 64 p. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.**

PEREIRA, A. R.; OLIVEIRA, T. C. R. de; WEMER, R. C. **Atribuições do assistente social no atendimento à pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde.** Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Político Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC – 27 a 29 de outubro de 2015. Disponível em: www.seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_307.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2022.

ROCHA, G. B. F. da. A importância das condições socioeconômicas na elaboração de políticas públicas voltadas à saúde do idoso**. Revista Longeviver**. Ano I, n. 3, jul/ago/set, São Paulo, 2019. Disponível em: https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/788/843. Acesso em: 18 de novembro de 2022.

SALGADO, C. D. S. **Mulher idosa: a feminização da velhice**. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, 2002. Tradução: Sérgio Antonio Carlos. Revisão: Breno Serafim.

SANTOS, C. M. dos; NORONHA, K., In: FORTI, v.; GUERRA, Y. (orgs). Serviço Social: temas e contextos, 4ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/343607438/O-Estado-da-Arte-sobre-os-instrumentos-e-tecnicas-na-intervencao-profissional-do-AS-Claudia-Monica-Santos-e-Karine-Noronha-Copy-pdf-TEXTO-4-pdf. Acesso em: 19 de novembro de 2022.

SILVA, D. C. da; KRÜGER, T. R. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional.** Temporalis, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan. jun. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202911. Acesso em: 19 de novembro de 2022.