



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

PRISCILA DE ALMEIDA DA COSTA

**A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA VIABILIZAR OS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA: ESTUDO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DE JOÃO PESSOA/PB**

JOÃO PESSOA – PB

2017

PRISCILA DE ALMEIDA DA COSTA

**A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA VIABILIZAR OS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA: ESTUDO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DE JOÃO PESSOA/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social e Política Social

Orientadora:

Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

JOÃO PESSOA – PB

2017

C837a Costa, Priscila de Almeida da.
A atuação das equipes multiprofissionais para viabilizar os direitos da pessoa idosa: estudo nas instituições de longa permanência para idosos de João Pessoa/PB / Priscila de Almeida da Costa. - João Pessoa, 2017.
118 f. : il. -

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA/PPGSS

1. Direito do idoso. 2. Equipe multiprofissional - Cuidado ao idoso. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIS) - João Pessoa/PB. I. Título.

UFPB/BC

CDU - 34-053.9(043)

PRISCILA DE ALMEIDA DA COSTA

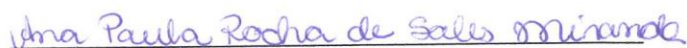
**A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA VIABILIZAR OS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA: ESTUDO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DE JOÃO PESSOA/PB**

Aprovada em: 31 de maio de 2017

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Orientadora (UFPB)



Profa. Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Membro Interno (UFPB)

Profa. Dra. Mirian Alves da Silva
Membro Externo (UFPB)

A Deus, que está ao meu lado em cada momento.
Aos meus pais, Washington Luiz (in memoriam) e Hedelma Bianca,
Pelo o amor, dedicação e incentivo ao longo da vida.
As minhas irmãs Luana e Isabel,
Pelo o estímulo, carinho e compreensão durante esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por está sempre comigo, dando-me forças, sabedoria e perseverança para trilhar este caminho.

Aos meus pais, Washington Luiz (*in memoriam*) e Hedelma Bianca, pelo amor, dedicação, compreensão e incentivo. Sempre estiveram presentes na minha trajetória de vida, acadêmica e profissional. São exemplos de perseverança e essenciais na realização dos meus sonhos e objetivos.

As minhas irmãs, Luana Jesus e Isabel Bianca, que me compreenderam nos momentos árduos, acreditaram na minha capacidade e estimularam o cumprimento de cada etapa desta jornada.

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Barreto Cavalcanti pelo apoio, dedicação e orientação durante todas as etapas de desenvolvimento deste trabalho. Pela competência, ensinamentos e valiosas contribuições que foram fundamentais para a consolidação deste estudo.

Às professoras Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda e Dra. Mirian Alves da Silva pela disponibilidade e importantes contribuições durante o processo de construção deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba e aos docentes que colaboraram no decorrer do meu processo de formação no Mestrado Acadêmico.

Aos amigos conquistados no Mestrado e na caminhada da vida, os quais compartilharam comigo os momentos alegres e os difíceis, em especial à Joacely, Maria Danielle e Anailce.

Aos profissionais de saúde das equipes multiprofissionais voluntários deste estudo, pela prestatividade em participar da pesquisa e pela contribuição com a realização deste trabalho.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos, Casa da Divina Misericórdia, Instituição Espírita Nosso Lar e Vila Vicentina Júlia Freire, pela disponibilidade e acolhimento durante a fase de aplicação da pesquisa.

Aos idosos que tive a honra de compartilhar a minha trajetória de vida e profissional, os quais foram fonte de inspiração para a construção deste estudo.

A todos que acreditaram em meus esforços, meus agradecimentos e minha gratidão.

“Outrora, a velhice era uma dignidade; hoje, ela é um peso”

François Chateaubriand

RESUMO

O processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado na atualidade pela população brasileira nos revela o crescimento intenso e heterogêneo do envelhecimento em nosso país. Para estudarmos este fenômeno torna-se fundamental compreendermos as especificidades das necessidades dos idosos, bem como os aspectos sociais, econômicos, históricos e culturais que exercem influência nesse contexto. Com vistas a atender as expressões da questão social suscitadas com o aumento do envelhecimento da população, o Estado estabeleceu normatizações através de leis, portarias e decretos. O presente estudo teve o objetivo de analisar qual a contribuição das equipes multiprofissionais para a viabilização dos direitos sociais das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB. Tratou-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de campo e descritiva, a qual foi realizada com uma amostra de 17 (dezesete) profissionais de nível superior, dentre eles: Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Pedagogo e Psicólogo que compõem as equipes multiprofissionais de 03 (três) entidades de João Pessoa/PB: Casa da Divina Misericórdia, Instituição Espírita Nosso Lar e Vila Vicentina Júlia Freire. O período de realização da pesquisa ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2016. Os instrumentos e técnicas utilizados para a coleta de dados foram a observação participante; a entrevista semiestruturada escrita com questões referentes ao perfil dos sujeitos da pesquisa, aos direitos sociais da pessoa idosa e relacionadas a atuação da equipe multiprofissional. Foram também utilizados o levantamento bibliográfico e a pesquisa documental. No que se refere ao processamento e análise dos dados, procedemos alocando as informações quantitativas em gráficos e tabelas elaborados no *Microsoft Office Excel 2010*. Já os dados qualitativos, foram tratados através da análise crítica dos fragmentos dos depoimentos a luz do corpo teórico selecionado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e durante sua execução respeitou os aspectos éticos, visto que os sujeitos concordaram participar voluntariamente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo ao seu final evidenciou a desresponsabilização estatal em relação ao idoso institucionalizado, ficando transferida tal responsabilidade para o terceiro setor. Os resultados também revelaram o conhecimento ínfimo das legislações sociais pelos os profissionais de saúde que atuam nas ILPIs pesquisadas. Ademais, detectou-se que persistem lacunas no que se refere à formação continuada das equipes em relação aos direitos constitucionais relacionados ao idoso, impactando na atuação. Quanto ao processamento das demandas, não há uma organização sistemática, ou seja, os profissionais dão resolutividade à medida que surgem no cotidiano das ações. Os dados ainda indicaram que a contribuição das equipes multiprofissionais relaciona-se as articulações e aos encaminhamentos realizados para os órgãos que atendem as demandas dos residentes, além de auxiliarem no vínculo entre a família e os idosos institucionalizados. Por fim, a pesquisa sinalizou que a contribuição das equipes multiprofissionais na viabilização dos direitos do idoso ainda se mostra inconsistente num reflexo da incoerente rede de proteção social destinada ao segmento.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Direitos Sociais. Equipe Multiprofissional. Serviço Social.

ABSTRACT

The process of demographic and epidemiological transition currently experienced by the Brazilian people reveals the intense and heterogeneous growth in the aging in the country. In order to study such phenomenon, it is essential to understand the specificity of the needs of the aged, as well as social, economic, historical and cultural factors exerting influence in that context. To meet the expressions of the social question raised by the increase in population aging, the State has set norms through laws, regulations and decrees. This study aimed at analyzing what is the contribution from multiprofessional teams to the feasibility of the social rights of elderly people living the Long-Term Institutions for the Elderly in Joao Pessoa, PB. It is a quantitative-qualitative, field and descriptive research, done with a sample of 17 professionals with higher education, including: social worker, nurse, physical therapist, medical doctor, nutritionist, pedagogue and psychologist who make up the multiprofessional teams in three entities in Joao Pessoa/PB: *Casa da Divina Misericordia*, *Instituicao Espirita Nosso Lar* and *Vila Vicentina Julia Freire*. The duration of the research occurred between the months of July and September 2016. The tools and techniques used for data collection were: participant observation; written semi structured interview with questions related to the profile of the surveyed subjects, the social rights of elderly people and the performance of the multiprofessional team. Also bibliographic survey and documental research were used. With respect to data processing and analysis, we proceeded by allocating the quantitative data in charts and tables elaborated through *Microsoft Office Excel 2010*. The qualitative data were treated through critical analysis of the testimony fragments in light of the selected theoretical corpus. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of UFPB, and it respected the ethical aspects through all its execution, since the subjects agreed to participate voluntarily through signing the Informed Consent Form. In the end, the survey evidenced lack of responsibility from the State to the institutionalized elderly, such responsibility being transferred to the third sector. The results also revealed the scant knowledge of social legislation by the health professionals working in the surveyed *ILPIs*. Furthermore, persistent lacunae were detected regarding the continuous education of the teams about constitutional rights of the elderly, impacting their performance. As to the processing of the demands, there is no systematic organization, meaning that those professionals solve such issues as they occur in the execution of the actions. The data also pointed out that the contribution of the multiprofessional teams is related to the articulations and the forwarding to the organs that meet the demands from the residents, besides aiding the bond between family and the institutionalized elderly. Lastly, the survey signalized that the contribution of the multiprofessional teams to the feasibility of the rights of the elderly is still inconsistent, mirroring the incoherent social protection network designed to that segment.

Keywords: Elderly person. Social rights. Multiprofessional team. Social Work.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Área de Formação.....	78
Gráfico 2 – Tempo de Atuação na ILPI.....	80
Gráfico 3 – Conhecimento dos Profissionais sobre as Legislações.....	83
Gráfico 4 – Qualidade dos Programas e Serviços voltados a Proteção Social dos Idosos no Município.....	86
Gráfico 5 – Participação em Ações de Controle Social.....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura de uma rede assistencial à pessoa idosa (interface SUS-SUAS).....	96
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos Dados Demográficos dos Profissionais.....	77
Tabela 2 – Descrição da Percepção dos Profissionais acerca do Encaminhamento das Demandas.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPAN – Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde
CAISI – Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEPICS – Centro de Práticas Integrativas e Complementares
CMDI – Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPM – Instituto de Previdência do Município
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PMJP – Prefeitura Municipal de João Pessoa
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNH – Política Nacional de Humanização
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

RMV – Renda Mensal Vitalícia

SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SEDES – Secretaria de Desenvolvimento Social

SEPSASS – Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social

SESC – Serviço Social do Comércio

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I – ESTADO, PROTEÇÃO SOCIAL E DIREITOS SOCIAIS NA VELHICE.....	20
1.1 A Velhice como Expressão da Questão Social no Brasil.....	20
1.2. Direitos Sociais e Aportes Legais na Proteção Social aos Idosos.....	31
CAPÍTULO II – O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE JUNTO A IDOSOS.....	52
2.1 Conexões e Entornos do Trabalho Multiprofissional.....	52
2.2 Atribuições e Competências Profissionais na Produção do Cuidado em Saúde junto a Idosos Institucionalizados.....	63
CAPÍTULO III – A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA VIABILIZAR OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NAS ILPIS DE JOÃO PESSOA/PB.....	74
3.1 Perfil dos Entrevistados.....	75
3.2 Questões Relacionadas aos Direitos Sociais da Pessoa Idosa.....	82
3.3 Questões Relacionadas à Atuação da Equipe Multiprofissional.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa.....	110
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
ANEXO A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	115
ANEXO B – Termo de Anuência da Casa da Divina Misericórdia.....	116
ANEXO C – Termo de Anuência da Instituição Espírita Nosso Lar.....	117
ANEXO D – Termo de Anuência da Vila Vicentina Júlia Freire.....	118

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de amplitude mundial e o Brasil também está inserido neste cenário. Trazermos para análise a temática da pessoa idosa no contexto da sociedade atual sob a ótica dos direitos que estão estabelecidos na legislação brasileira torna-se imprescindível para aqueles que se debruçam nos estudos inerentes ao envelhecimento humano.

Para analisarmos o processo de envelhecimento e os direitos constituídos em nosso país, precisamos de uma percepção integral acerca dos fatores sociais, econômicos, culturais e históricos que influenciaram na atual conjuntura.

A população do Brasil está envelhecendo de forma rápida e intensa, além disso, os grandes centros urbanos já tem um perfil demográfico semelhante a dos países desenvolvidos, no entanto, ainda não dispõem da estrutura necessária para atenderem às demandas desta população (IBGE, 2009).

Dessa forma, o processo de envelhecimento se reflete nos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pois apontam que o número de idosos na população brasileira nos últimos vinte anos dobrou. O IBGE indicou em 2000 que 1 em cada 10 brasileiros tinham mais de 60 anos, com previsão que deverá alcançar 1:5 até 2050. No censo realizado em 2010 (último realizado), o número de pessoas idosas era de 20.622.018, enquanto que em 2000, o número era de 14.536.029, versus 10.722.705 em 1991 (IBGE, 2011). Segundo projeção do citado órgão, em 2030, a cada três pessoas na população uma terá ao menos 60 anos de idade (IBGE, 2015). Ademais, no país entre 2005 e 2015, a proporção de pessoas com mais de 60 anos de idade cresceu em velocidade superior a da média mundial, saindo de 9,8% para 14,3%.

A nossa pesquisa aborda o tema do envelhecimento humano e o nosso objeto de estudo refere-se ao trabalho multiprofissional com idosos institucionalizados. Dentre os direitos assegurados na legislação brasileira para a pessoa idosa, tomamos como foco o direito à saúde, tendo em vista que se apresenta como uma das necessidades fundamentais durante a fase do envelhecimento, principalmente para idosos institucionalizados.

Este estudo vincula-se ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, inserindo-se na área de concentração Serviço Social e Política Social, especificamente na linha de pesquisa Serviço Social, Trabalho e Política Social. Outrossim, optamos pelo direito à saúde, conforme citamos acima, pois a pesquisa está

relacionada ao Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), fazendo parte do projeto integrado desenvolvido no período entre (2015-2017), sob o título – Aproximações e Distanciamentos entre a Política de Saúde para a Pessoa Idosa e as Políticas de Proteção Social à Velhice: a intersectorialidade em questão, vinculado ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), apresentando como fruto de tal projeto esta dissertação e outra intitulada – O Serviço Social e as Expressões da Questão Social do Envelhecimento: análise da produção do conhecimento nos periódicos da área.

A relevância desta dissertação está no fato de ampliarmos o conhecimento acerca do envelhecimento para os âmbitos acadêmico, científico e social, com a finalidade de subsidiarmos novas reflexões no intuito de propormos e definirmos novas estratégias de atuação para este segmento populacional. Dentre as principais contribuições desta pesquisa, elencamos: evidenciarmos a necessidade de maior articulação do trabalho multiprofissional, qualificarmos a organização do trabalho e destacarmos socialmente a ausência do Estado. Além disso, sabemos que, o envelhecimento populacional é crescente, o que requer políticas sociais voltadas para as necessidades deste público. Sendo assim, o estudo trouxe benefícios à população idosa e para os profissionais de saúde que atuam com este público, visto que verificamos a contribuição deles para a efetivação dos direitos sociais dos idosos institucionalizados preconizados na legislação brasileira.

Nesta perspectiva, o presente estudo justifica-se pela necessidade observada no campo teórico (produção do conhecimento) de pesquisar a garantia de direitos relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde para idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), visto que enfatizamos o conceito ampliado de saúde que não se restringe apenas a ausência de doenças. Além destes aspectos, observamos em incursões teóricas sobre este campo temático, que a produção do conhecimento ainda se mostra incipiente em se tratando de estudos relacionados às ILPIs, notadamente em relação as suas dinâmicas internas construídas entre os profissionais e as demandas postas pelos idosos.

Despertamos para esta temática a partir da inserção em equipe multiprofissional¹ como Assistente Social no período entre abril de 2014 até dezembro de 2015 em duas ILPIs no município de João Pessoa/PB: Instituição Espírita Nosso Lar e Vila Vicentina Júlia Freire.

Ademais, é importante salientarmos que foram desenvolvidos estudos e realizada pesquisa neste tema para o Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão

¹ Adotamos essa nomenclatura, em função de esta ser a denominação adotada no campo de pesquisa.

Pública pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, cujo produto do trabalho foi defendido em Março de 2015.

Neste sentido, o objetivo principal desta investigação foi analisar qual a contribuição das equipes multiprofissionais para a viabilização dos direitos sociais das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB, e tivemos como objetivos específicos: constatar o grau de conhecimento das equipes multiprofissionais acerca dos direitos sociais assegurados a pessoa idosa e identificar como as demandas relacionadas aos direitos sociais da pessoa idosa são processadas pela equipe multiprofissional.

Diante disto, surgiram as seguintes questões de pesquisa, as quais nortearam este estudo: Qual a contribuição das equipes multiprofissionais para viabilizar os direitos sociais das pessoas idosas residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB? Qual o grau de conhecimento destas equipes multiprofissionais sobre os direitos sociais das pessoas idosas? Como são encaminhadas e processadas pelos profissionais que compõem essas equipes multiprofissionais as demandas vinculadas aos direitos sociais das pessoas idosas?

Nessa direção, nossa hipótese foi que as equipes multiprofissionais que atuam nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB, contribuem para a viabilização dos direitos sociais deste público, através do processamento que dão as demandas postas pelos usuários. Deste modo, consideramos fundamental a atuação destes profissionais para o encaminhamento dos direitos.

Em relação aos procedimentos metodológicos, é importante ressaltarmos que para a concretização deste estudo foi necessário determinarmos os critérios de investigação que orientaram esta pesquisa, ou seja, foi imprescindível a delimitação do caminho percorrido.

Nesta perspectiva, para termos uma visão ampla da temática adotamos a abordagem quanti-qualitativa. No que se refere à tipologia, a pesquisa foi de campo e descritiva. Marsiglia (2007) afirma que nos últimos anos, vem se firmando a ideia de que os métodos quantitativos e os qualitativos devem ser vistos como complementares, o que pode levar a um melhor desenvolvimento das pesquisas com objetos complexos.

Deste modo, elegemos como locais de pesquisa 03 (três) Instituições de Longa Permanência para Idosos localizadas no município de João Pessoa/PB, as quais são: Casa da Divina Misericórdia, Instituição Espírita Nosso Lar e Vila Vicentina Júlia Freire. Utilizamos como critério de inclusão e exclusão a acessibilidade às entidades, visto que duas das

incluídas no estudo havia um contato prévio, devido à atuação da pesquisadora como Assistente Social.

Em primeiro lugar, realizamos o levantamento bibliográfico e das legislações que orientam os direitos instituídos para a pessoa idosa, o que possibilitou o conhecimento primário e o aprofundamento da temática direcionada ao trabalho das equipes multiprofissionais nas entidades de João Pessoa/PB, bem como as contribuições desses profissionais para viabilizar os direitos dos idosos residentes.

Em relação aos aspectos éticos, esta pesquisa atendeu aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que instituiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS em 19 de Maio de 2016, sob o CAAE: 55981416.9.0000.5188 e número do parecer: 1.554.970 (conforme anexo A), iniciamos a aplicação da pesquisa de acordo com o cronograma pré-estabelecido.

A pesquisa foi realizada com os profissionais de nível superior que compõem as equipes das instituições supramencionadas, visto que tínhamos o objetivo de consultarmos a priori 100% do universo, isto é, 21 (vinte e um) profissionais de saúde. Entretanto, como nossa amostra foi por acessibilidade, entrevistamos 17 (dezessete) profissionais, dentre eles: Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Pedagogo e Psicólogo.

No tocante ao processo de coleta de dados, utilizamos como instrumentos e técnicas: a observação participante, posto que no decorrer do processo de efetivação do estudo, interagimos com os sujeitos da pesquisa nas visitas realizadas as entidades, bem como efetuamos o registro detalhado de como ocorria a atuação dos profissionais de saúde no cotidiano das ILPIs; a entrevista semiestruturada, a qual realizamos de maneira escrita, ou seja, de acordo com as respostas dos entrevistados íamos registrando no questionário e ao final de cada pergunta líamos o conteúdo para confirmarmos com o participante se estava tal qual ao seu depoimento; o levantamento bibliográfico e a pesquisa documental. Destarte, realizamos as entrevistas somente com o consentimento dos sujeitos da pesquisa, ou seja, a partir do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo preconiza a Resolução 466/12 do CNS, a qual assegura o sigilo acerca da identidade nominal dos entrevistados.

É significativo relatarmos as dificuldades encontradas no processo de coleta de dados, dentre as quais, destacamos: a falta de regularidade para encontrarmos alguns profissionais de saúde nas ILPIs, ou seja, a equipe multiprofissional não estava completa todos os dias,

principalmente porque uma parte dos profissionais não possui vínculo empregatício com as entidades, visto que alguns são voluntários, outros são cedidos pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), vinculada a Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP); a grande quantidade de demandas apresentadas para alguns dos profissionais das equipes, o que inviabilizou a aplicação da pesquisa com mais tempo e de forma mais tranquila; adversidade para agendar horário específico com os profissionais, devido estarem poucos dias nas ILPIs com horários flexíveis e terem outros vínculos de trabalho; o fato da pesquisadora residir na cidade de Jaboatão dos Guararapes/PE, devido a atuar como Assistente Social efetiva pela Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes/PE em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e as ILPIs selecionadas para o estudo serem localizadas na cidade de João Pessoa/PB.

No que se refere ao processamento e análise dos dados, o material coletado auxiliou na construção dos capítulos teóricos da dissertação. Em relação aos dados quantitativos, os dispomos em gráficos e tabelas elaborados no *Microsoft Office Excel 2010* que em conjunto com os dados qualitativos, foram organizados e alocados em três tópicos, a saber: o perfil dos sujeitos da pesquisa; o conhecimento deles acerca dos direitos sociais da pessoa idosa estabelecidos na legislação brasileira e os aspectos relacionados à atuação da equipe multiprofissional nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Todos os dados empíricos captados foram tratados num processo gradativo de relacionarmos os conteúdos e informações expressas nos depoimentos dos consultados e os arcabouços teóricos pertinentes apoiados na teoria social crítica, buscando-se desse modo à construção de uma análise crítica dos temas levantados no decurso da pesquisa. Sendo assim, é relevante especificarmos que em cada campo do saber percorrido utilizamos autores que se debruçaram sobre cada área do conhecimento, dentre os quais destacamos: no tocante a velhice e aos seus desdobramentos, citamos – Camarano e Pasinato (2004), Groisman (1999), Teixeira (2008), Veras (2001); referente à proteção social aos idosos, mencionamos – Boschetti (2013), Faleiros (2012), Paiva (2014), Yazbek (2010); em relação ao trabalho multiprofissional, fizemos referência a – Backes et al. (2014), Gelbcke et al. (2012), Peduzzi (2007), Severo e Seminotti (2010); em referência as atribuições dos profissionais de saúde em ILPIs, usamos os autores – Lemos e Barros (2012), Piexak et al. (2012), Quadros e Patrocínio (2015), Salcher et al. (2015).

Importa salientarmos que, o roteiro da dissertação foi sistematizado em três capítulos, os quais se articulam organicamente entre si, com o intuito de recortar a temática específica do envelhecimento humano, no contexto dos direitos sociais assegurados pela legislação

brasileira para os idosos e como ocorre esta viabilização por meio das equipes multiprofissionais nas ILPIs.

Assim, o primeiro capítulo intitulado Estado, proteção social e direitos sociais na velhice apresenta uma revisão de literatura, o qual foi subdividido em dois subtítulos: a velhice como expressão da questão social no Brasil; direitos sociais e aportes legais na proteção social aos idosos.

O segundo capítulo discorre sobre o trabalho multiprofissional na produção do cuidado em saúde junto aos idosos, tendo como subitens: as conexões e os entornos do trabalho multiprofissional; atribuições e competências profissionais na produção do cuidado em saúde junto a idosos institucionalizados.

Já o terceiro capítulo foi resultado da pesquisa de campo realizada nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB, citadas anteriormente, nas quais o objeto de estudo foi problematizado, a partir das mediações e referências contidas no tema estudado. Apresenta, por conseguinte, o perfil dos entrevistados, questões relacionadas aos direitos sociais da pessoa idosa e temáticas referentes à atuação da equipe multiprofissional.

Portanto, evidencia-se a complexidade do fenômeno do envelhecimento humano no Brasil, visto que, é resultado das condições sociais, culturais, econômicas e históricas, ou seja, para além da questão cronológica há diversos fatores que lhe inflexionam. Destarte, o poder público precisa apropriar-se dos diversos condicionantes que influenciam neste processo, com vistas a desenvolver políticas sociais que atendam as demandas dos idosos.

CAPÍTULO I- ESTADO, PROTEÇÃO SOCIAL E DIREITOS SOCIAIS NA VELHICE

Para falarmos sobre o envelhecimento populacional é imprescindível apreendermos o conceito de velhice, visto que as pioneiras análises científicas começaram a emergir no século XVI com cientistas como Bacon e Descartes. Na contemporaneidade, a partir da década de 1970, os novos estudos começaram a incorporar as transformações sociais decorrentes desse processo, além dos aspectos físicos e mentais. Nesse período, ocorreram várias mobilizações e discussões acerca dessa temática, bem como as ações da sociedade civil foram acentuadas. No Brasil, o debate emergiu com a constatação do aumento da população idosa.

Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional é um fenômeno que sucede em âmbito mundial, pois a partir desta comprovação as agências multilaterais: Banco Mundial, Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveram estudos e recomendações, com vistas a arrefecer os impactos nos países dessa transformação no perfil demográfico mundial.

Na realidade brasileira, como nos países em desenvolvimento, tanto a transição demográfica como a epidemiológica ocorrem em extrema velocidade. Outros fatores que influenciaram neste processo foram o declínio das taxas de natalidade e mortalidade.

Este fato rebate como um desafio para toda a sociedade, visto que o Brasil apresenta um complexo panorama de pobreza, desigualdade social e instituições não totalmente consolidadas. Neste sentido, esse fenômeno evidencia-se como uma expressão da questão social, visto que repercute diretamente no aumento da demanda para as políticas de seguridade social.

1.1 A Velhice como Expressão da Questão Social no Brasil

A definição do que é ser velho na atualidade revela a complexidade desta delimitação. Pinheiro Junior (2005, p. 3) traz questionamentos fundamentais para compreendermos esta demarcação, tais como: Qual o momento em que se inicia o envelhecimento? Quais são as

situações que contribuem para o início da velhice?

Silva (2008) enfatiza que o surgimento da velhice procede de um processo complexo, o qual engloba questões políticas, práticas sociais, interesses econômicos e disciplinas especializadas. Dessa maneira, a cultura e o tempo são fatores essenciais que influenciam a forma de analisar o envelhecimento.

Com isso, ao longo da história, a percepção em torno desse fenômeno teve modificações. Os estudos apontam que no século XIII essa fase ocorria aos 30 anos, já no século XIX, aos 40 anos. Nos dias atuais, a definição da idade sobre a qual se conceitua que uma pessoa é idosa está apoiada na demarcação cronológica do aparato legal, isto é, a partir dos 60 anos (HUENCHUAN; NAVARRO apud SIQUEIRA, 2008).

O autor ressalta a indefinição a respeito do termo velhice, pois afirma que a complexidade deste fenômeno deriva de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Diante disto, expõe que é impossível determinarmos conceitos padrões para o envelhecimento, visto que há influências políticas, culturais e ideológicas relacionadas a essa definição. Assim, é perceptível que a sociedade e o meio no qual estamos inseridos, têm repercussão direta neste processo, ou seja, o contexto sociocultural é de extrema relevância.

Os estudos de Silva (2008) ainda apontam que a velhice surge com o processo de modernização das sociedades ocidentais, isto é, a partir do curso da vida moderna que data da passagem entre os séculos XIX e XX. Neste cenário, dois aspectos são imprescindíveis: o desenvolvimento de novos conhecimentos da medicina em relação ao corpo envelhecido e a institucionalização da aposentadoria.

Diante de tal exposição, Katz apud Groisman (1999) corroboram com este pensamento referindo-se as “tecnologias de diferenciação” para fazerem alusão às mudanças ocorridas em relação ao curso de vida. Com isso, reportam-se a três tecnologias fundamentais para os estudos históricos, a saber: a formulação de um discurso científico sobre o envelhecimento; o surgimento das pensões e aposentadorias; e os asilos de velhos.

Camarano e Pasinato (2004) colocam que o envelhecimento de uma pessoa relaciona-se a um processo biológico de diminuição das capacidades físicas, vinculado às fragilidades psicológicas e comportamentais. Dessa forma, permanecer em plenas condições de saúde associa-se mais a capacidade do organismo em realizar as atividades de vida diária do que a idade cronológica.

As autoras também acrescentam que o conceito de idoso apresenta três limitações, as quais são: a diversidade dos indivíduos no que se refere a grupos sociais, raça/cor e no tempo; a conjectura de que os aspectos biológicos independem dos culturais e o objetivo social do

conceito de idoso.

É válido mencionarmos que o século XIX foi caracterizado por grandes mudanças sociais, políticas e econômicas. No Brasil, os velhos já viviam nas ruas, mesmo que junto a outras categorias sociais. Na primeira metade desse século, ocorreu a separação entre os pobres que faziam jus a receber assistência e aqueles que eram vistos como ociosos e vadios. Havia uma preponderância da caridade cristã para nortear as obras sociais.

A partir da segunda metade do século XIX, a velhice passa a ser elemento de interesse dos legisladores sociais, o que viabilizou a organização de instituições específicas, por exemplo, as caixas de aposentadorias para a velhice, visto que começa a ser matéria de interesse da coletividade com o envelhecimento das primeiras gerações de operários. Além disso, Groisman (1999) enfatiza que ocorre um fortalecimento da filantropia, bem como o processo de composição da medicina social, ambas transformaram as ações voltadas para a pobreza.

Deste modo, as ciências que se dedicam ao estudo deste processo são a geriatria e a gerontologia, a primeira se estabeleceu no século XX e se debruça sobre os aspectos fisiológicos da velhice, definindo-a como declínio físico. A gerontologia analisa os aspectos sociais, configurando-se como área de conhecimento multidisciplinar, pois no decurso do século XX utilizou-se de saberes populares, das ciências sociais, psicologia, entre outros.

Groisman (1999) enfatiza que nos anos 1990 aconteceu um “boom gerontológico”, pois a velhice passou a ser uma temática de interesse coletivo, como também a mídia teve forte influência nesta disseminação.

A formação do grupo de idosos ocorreu através do crescimento da população nesta faixa etária em todas as classes sociais, o que aumentou as demandas por direitos sociais e ações públicas tanto para a classe trabalhadora como para as classes intermediárias, ou seja, repercutiu sobre a extensão das políticas de seguridade social.

Contudo, a visibilidade social dada pelos especialistas vinculados aos organismos internacionais foca na questão do crescimento demográfico, como um grupo com características similares, ou seja, não trazem para o debate de que forma esta força de trabalho foi explorada e desapropriada durante a vida. Assim, expõem que este problema social repercute da mesma maneira para todos, não considerando os diversos modos de envelhecer, gerados pelas condições de vida sob a ótica do capital (TEIXEIRA, 2007).

É importante dizer que no Brasil na década de 1990, houve um crescimento considerável do número de profissionais geriatras e gerontólogos. Assim, as transformações nas perspectivas de representação da velhice denotaram a emergência de um novo problema

social – o envelhecimento populacional brasileiro. O principal motivo de este fato ter se tornado uma questão pública, reside no “crescimento do número de idosos em comparação com outros segmentos etários” (GROISMAN, 1999, p. 68).

Assim, Faleiros (2012) menciona que quando a velhice começa a ser vislumbrada pela esfera pública, ou seja, deixa de ser visualizada apenas como uma questão privada ou filantrópica, sua inclusão ocorre predominantemente através do direito do trabalhador e não decorrente do direito do idoso.

Este contexto proporcionou que algumas das reivindicações da classe trabalhadora fossem aceitas e atendidas por meio de ações pontuais do Estado. Diante do exposto, ficou explícito que atender algumas demandas da classe trabalhadora tinha o objetivo de “desmobilizar a luta de classes”.

Entretanto, é fundamental colocarmos que as respostas elaboradas no tocante a problemática do envelhecimento utilizaram combinações entre o público e o privado, isto é, as ações de enfrentamento dessa expressão da questão social tinha a pretensão de gerar o consenso.

Teixeira (2009, p.64) afirma que “é a classe trabalhadora a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social”. Outrossim, argumenta que este processo não é um problema social devido às restrições biológicas do organismo, pelo aumento demográfico de idosos ou pela redução dos papéis sociais da família. Discute também, que não é para todas as classes que o envelhecimento promove consequências imediatas de exclusão das relações sociais e dos processos que desencadeiam desigualdades sociais.

A perspectiva das lutas sociais implica a constituição de sujeitos políticos e mecanismos de reivindicações, mobilizações, de problematização de necessidades sociais, cujas respostas, mediante políticas sociais, como mecanismo de administração dos conflitos e de manutenção da ordem, são partes constitutiva de um padrão legítimo de trato às refrações da questão social, de um modelo hegemônico de proteção social, que o estado da luta de classes e a correlação de forças vão constituindo. (TEIXEIRA, 2008, p. 25).

A autora aborda que o envelhecimento do trabalhador é uma expressão da questão social, a qual demanda resposta do Estado e da sociedade, dando proeminência à relação capital/trabalho e às lutas sociais.

Veras (2001) ratifica a construção de Teixeira (2009), pois afirma que a classe social, a raça e o gênero são elementos de estratificação social dos idosos. E, ao enfatizar a situação das mulheres idosas brasileiras, descreve que pobreza, solidão e doença acometeriam com

mais frequência este grupo.

Dessa forma, fica claro que para analisarmos as necessidades decorrentes do envelhecimento populacional no nosso país e os direitos assegurados na legislação brasileira é imprescindível uma percepção integral acerca dos fatores sociais, históricos, políticos, econômicos e culturais que influenciaram na contemporaneidade, conforme descreve Paiva:

A magnitude da transição demográfica; do complexo perfil epidemiológico; da escassez de profissionais qualificados e ambientes devidamente planejados; *do desemprego estrutural; do empobrecimento dos (as) trabalhadores (as); da flexibilização dos direitos sociais conquistados;* do desmantelamento dos equipamentos, inclusive os da saúde pública, para atender à referida população; a *mercantilização dos serviços de proteção social*, com ênfase nos de saúde; aliados à responsabilização e culpabilização do velho (a) pela inviabilização das políticas que compõem e extrapolam a formalizada tríade da Seguridade Social [no Brasil] fazem parte do cenário. (PAIVA, 2014, p. 168, grifos nosso).

É importante dizer que no decorrer da história da humanidade, as percepções da velhice e do processo de envelhecimento se transformaram. Neste sentido, Pinheiro Junior (2005, p.09) afirma que ocorreram alterações nos padrões culturais, os quais estimularam um distanciamento entre as idades cronológicas, de geração e maturidade.

Siqueira (2008) expõe que o limite entre a idade adulta e a velhice está vinculado a idade fisiológica, ou seja, com a decadência natural em todos os sentidos que o corpo humano vai evidenciando.

Em relação ao termo “terceira idade”, vale ressaltar que surgiu nos anos 1970 e resultou da constituição da sociedade contemporânea, o qual é utilizado por se considerar não ter um sentido depreciativo, bem como para atender as necessidades do mercado de consumo emergente (DEBERT apud SIQUEIRA, 2008). Faz referência aos idosos que estão na faixa etária entre 60 – 70 anos, que dispõem de uma boa saúde e possibilidade para novas experiências.

Assim, corroboro com o pensamento de Siqueira (2008) quando afirma que essa expressão é uma maneira sutil de desviar o foco das problemáticas enfrentadas pela população idosa, as quais são graves e relacionam-se as questões estruturais.

Groisman (1999, p. 68) afirma que “a terceira idade tornou-se uma espécie de moda, com a constituição de um mercado de consumo específico”. Ademais, é uma possibilidade de quebrar as imagens negativas em torno da velhice.

Diferentemente da “velhice”, a “terceira idade” se caracterizaria por ser uma fase da vida em que as pessoas aproveitariam intensamente o seu tempo, na busca de realizações pessoais. O lazer, os cuidados com o corpo e a saúde, a ampliação do círculo social e até mesmo o exercício da sexualidade parecem estar presentes nessas novas representações sociais do envelhecimento. (GROISMAN, 1999, p. 84).

Perante o que expomos, fica claro que o processo de envelhecimento é heterogêneo, pois envolve questões históricas, sociais, culturais, econômicas, bem como as condições de saúde e educação que este segmento populacional está submetido. Diante disto, em nossa sociedade o idoso é visto como fonte de gastos para as políticas da seguridade social, especialmente as de saúde e previdência social.

Com tais considerações, Teixeira (2007) apresenta uma relevante contribuição acerca da composição do envelhecimento, visto que se insere como expressão da questão social, pois está vinculado diretamente a vulnerabilidade da classe trabalhadora, ou seja, o idoso perde a capacidade para o trabalho e deixa de produzir riquezas para o capital. A autora salienta que o envelhecimento do trabalhador é central na formação deste fenômeno, vinculando-se a realidade, bem como destaca o recorte de classe na constituição da velhice, de acordo com o trecho a seguir:

[...] não é para todas as classes que o envelhecimento promove efeitos imediatos de isolamento, exclusão das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtores de desigualdades sociais. (TEIXEIRA, 2007, p. 02).

Nesta perspectiva, as organizações internacionais definiram um momento específico para se considerar a fase da velhice. A Organização das Nações Unidas delimitou 60 anos, já a Organização Mundial da Saúde, adotou os 65 anos. Assim, é perceptível que a demarcação em relação à fase do envelhecimento começou com a questão cronológica.

A partir dessas definições, as organizações internacionais passaram a buscar entender quais seriam as repercussões da mudança demográfica para as nações, especialmente nos países em desenvolvimento, nos quais a transição ocorreu de maneira mais intensa. Estes órgãos debateram propostas, principalmente referente à questão da previdência social e os sistemas de saúde que foram impactados com o crescimento da demanda. Portanto, recomendaram medidas de prevenção, as quais no Brasil foram largamente adotadas e difundidas.

Silva e Souza (2010) salientam que as questões referentes ao envelhecimento sempre foram tratadas pela ONU em foros de natureza econômica, visto que o intuito das agências multilaterais é diminuir as despesas para os sistemas de saúde e extinguir qualquer obstáculo para o desenvolvimento dos países. Além disso, estes organismos defendem o “envelhecimento ativo”, com o discurso de integrar o idoso na vida social e econômica do país.

Ademais, precisamos incluir nessa discussão as particularidades do envelhecimento no Brasil, visto que nos países desenvolvidos este processo aconteceu gradualmente, em contraposição dos países em desenvolvimento, nos quais ocorreram de maneira acelerada e sem a estrutura necessária para acolher tais mudanças.

Kalache (2008) adverte que nos países em desenvolvimento o envelhecimento populacional prossegue de maneira mais acelerada, o que está acontecendo antes de ampliarem sua estrutura econômica, configurando-se como um desafio para o sistema de seguridade social.

De tal modo, como esse fenômeno incide de maneira distinta no contexto mundial, as políticas sociais não podem ter um caráter homogêneo. Silva e Souza (2010) também retratam sobre a questão das aposentadorias e pensões direcionadas aos aposentados e pensionistas que recebem apenas um salário mínimo, os quais são a maioria, e que este montante não supre as suas necessidades fundamentais. Além do mais, as autoras destacam que grande parte da população brasileira atua no mercado de trabalho informal, pois geralmente inserem-se durante a infância ou adolescência em condições insalubres, penosas e degradantes, ou seja, sem nenhum amparo legal.

Com a promulgação do Decreto 1.948/1996 que regulamentou a Política Nacional do Idoso (PNI) que definiu a idade de 60 anos como o período relacionado a este segmento, isto é, este marco legal delimitou o tempo relativo à velhice no contexto brasileiro. Apesar de esta política ser uma legislação moderna, a qual confirma a peculiaridade brasileira de leis complexas, abundante em proteção social, todavia não se concretiza em ações efetivas.

Essa Política reafirmou os princípios postos na Constituição Federal de 1988 no tocante a descentralização e a participação popular. Entretanto, Teixeira adverte que esta descentralização:

[...] busca transferir encargos e, ao mesmo tempo, corresponsabilizar a sociedade civil na gestão social de políticas sociais, redefinindo as estratégias de controle social, em colaboracionismo, em novas formas de legitimação do Estado e das ações e iniciativas de proteção social da sociedade civil. (TEIXEIRA, 2007, p.11).

Vale salientar, que no cenário brasileiro o debate a respeito das questões que configuram o envelhecimento e a velhice, emergiu de forma mais evidente nos anos 1990 em função do crescimento acelerado da população idosa e que somente assim, as questões vinculadas a tal processo ganharam visibilidade.

Para avançarmos nesta construção, torna-se fundamental identificarmos qual é o perfil do idoso brasileiro e em quais condições vive. Paiva (2014) assinala alguns indicadores sociais que caracterizam os idosos no Brasil, dentre eles destaca: em proporção o maior crescimento foi das pessoas com 75 anos ou mais. Veras apud Paiva (2014, p.197) apontam ainda três importantes elementos que precisam ser levados em consideração: “feminização, urbanização e heterogeneidade do envelhecimento populacional”.

Em relação ao processo de feminização do envelhecimento, é importante salientarmos que a proporção de mulheres idosas vem aumentando sistematicamente nas últimas décadas. Durante a velhice conforme afirma Silveira (2013), a vulnerabilidade que a mulher experimentou por toda a vida tende a se potencializar. Camarano; Kanso e Mello (2004) destacam que levando em consideração a totalidade da população idosa, 55% são compostas por mulheres e se torna mais significativa esta dimensão quanto mais idoso for o segmento. Ademais, revelam que a preponderância das mulheres idosas ocorre nas áreas urbanas. Já nas rurais, se sobressaem os homens.

Queiroz (2010) destaca que apesar de viverem mais, as idosas não desfrutam de boa qualidade de vida, geralmente estão na condição de viúvas ou solteiras, vivem mais sozinhas, têm baixo nível de instrução e renda, bem como apresentam um número maior de queixas de saúde.

Em alusão a estruturação por cor ou raça há o predomínio da população de cor branca, correspondendo a 54,4%, logo após a parda com 36,3% e 8,1% é constituída por negros (IBGE, 2013). No que se refere ao recorte étnico há um processo de disparidade, no qual a esperança de vida da população é de 71,3 anos. Em contrapartida, as pessoas de raça asiática têm a maior expectativa de vida equivalente a 75,75 anos; os de raça caucasiana (europeia) 73,99 anos e os de descendência afro-brasileira têm em média a perspectiva de viver 67,87 anos (PARDINI apud PAIVA, 2014).

Quanto à situação do domicílio, 84,3% residem em área urbana e 15,7% é a pessoa de referência do domicílio (IBGE, 2013). Uma das características que faz o grupo de idosos mais vulneráveis refere-se à escolaridade, visto que em meio às pessoas ocupadas de 60 anos ou mais, a média de anos de estudo equivale a 5,7. Além do mais, constatou-se que este

segmento apresenta a introdução mais prematura no mercado de trabalho, com 43% tendo começado a trabalhar entre 10 a 14 anos de idade, e 24,7% com menos de 09 anos de idade (IBGE, 2016).

Uma questão primordial para destacarmos refere-se aos rendimentos, visto que a grande maioria dos idosos 76,3% recebia algum benefício da previdência social, sendo que 76,2% dos homens e 59,4% das mulheres eram aposentados; já 40,8% possuíam renda de todas as fontes de até um salário mínimo (IBGE, 2013).

Outro fator importante diz respeito ao tipo de arranjo domiciliar no qual os idosos estão incluídos. Aproximadamente 1 em cada 4 idosos convivia em arranjo composto por casal sem filhos, outros familiares ou agregados. Verificou-se também que outro arranjo frequente é das pessoas idosas que viviam com os filhos com 25 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,2% (IBGE, 2013).

A partir dos dados e da conjuntura apresentada, vale lembrarmos a adesão do Brasil ao modelo neoliberal, visto que buscou seguir a risca os ditames do Consenso de Washington. Nesta perspectiva, Fernandes e Soares (2012) destacam que as políticas públicas em nosso país emergiram com o propósito de acatar os anseios da classe industrial, sem ponderar as principais necessidades da população.

As autoras também advertem que o resultado são políticas fragmentadas, as quais ao invés de arrefecerem os efeitos da exclusão e desigualdade social, perpetuam a seletividade dos benefícios e serviços, ou seja, o acesso é para poucos.

Diante desse contexto, Veras (2001, p. 21) destaca que “envelhecimento e despesas andam juntos”, pois segundo o autor os recursos disponibilizados não conseguem manter a lógica do sistema de saúde, o qual se direciona pela “doença” ao invés da “saúde”.

De acordo com as projeções da ONU em 2050 haverá 2 bilhões de pessoas idosas em todo o mundo, visto que pela primeira vez terá mais pessoas maiores de 60 anos do que menores de 15 anos. No que se refere ao Brasil, as projeções deste organismo internacional é que entre 2000 e 2050, o número de idosos aumentará sua importância relativa, passando de 7,8% para 23,6%.

Neste sentido, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística irão confirmar o crescimento acentuado do grupo etário de 60 anos ou mais, visto que em suas projeções no período de 2000 a 2020, passará de 13,9 para 28,3 milhões o número de idosos, já em 2030 irão representar 28,8% da população, aumentando em 2050 para 64 milhões. Vale ressaltar que em 2030 o quantitativo de idosos irá ultrapassar em aproximadamente 4 milhões o número de crianças e adolescentes de até 15 anos de idade (IBGE, 2009).

De acordo com a pesquisa intitulada *Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População* realizada pelo IBGE em 2016, confirma que há um crescimento constante do índice de envelhecimento da população brasileira. Os dados revelam que em 1970, o índice era somente de 12,1 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade. Em 2010, ampliou para 39,3. Já em 2020 e 2050, pressupõem-se 66,1 e 208,7 idosos para cada 100 crianças, respectivamente (SIMÕES, 2016).

Esse estudo aponta que as pessoas com 60 anos ou mais duplicarão, pois enquanto em 2000 o número foi de 14,2 milhões de pessoas, passará em 2020 para 29,3 milhões, e em 2050 abrangerá 66,5 milhões de idosos, representando um aumento de 239%. Além do mais, estima-se que em 2020, haverá 21,2 idosos para cada 100 pessoas em idade ativa, pois de acordo com as projeções do órgão mencionado, este número poderá aumentar para 51,9, em 2050.

Outro elemento relevante refere-se ao gasto médio das internações, embora a dimensão de crianças e adolescentes em relação ao total da população ser, em média, de 25,5% versus 10,0% dos idosos, o custo com internações entre os idosos chega a ser 36,7% maior. A partir deste dado, fica claro que uma das maiores necessidades dos idosos está relacionada às questões de saúde (SIMÕES, 2016).

Além disso, a justificativa para o aumento da população idosa está na extrema diminuição das taxas de fecundidade, especialmente nos grandes centros urbanos. Os processos de transição demográfica em nosso país são heterogêneos e vinculam-se as condições sociais desiguais (VERAS, 2001).

Diante dos dados apresentados, é perceptível que este fenômeno vem demandado e irá demandar ações de enfrentamento por parte do Estado, ou seja, tornam-se necessárias novas estratégias por meio da legislação vigente e de políticas públicas. Portanto, apesar do aumento da longevidade da população, há uma insegurança quanto às estruturas e possibilidades de cuidados que a população idosa tem acesso.

De acordo com Santos e Silva (2013, p. 360) nas últimas décadas, a população brasileira vem passando por mudanças no seu perfil demográfico e epidemiológico, constituído pelo envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônico-degenerativas. Com isso, é perceptível que esta nova representação demográfica coloca-se como um grande desafio, principalmente em relação às políticas de saúde.

Assim, torna-se imprescindível frisarmos outros desafios que este processo acarreta, dentre eles: o envelhecimento de uma parcela considerável da população é algo novo para a

sociedade; esta realidade tem sido interpretada como ônus para as políticas públicas; este fenômeno demanda o desenvolvimento de políticas para pessoas de todas as faixas etárias, gênero e condição social com ações inclusivas, multissetoriais e interdisciplinares (GIACOMIN, 2012).

Nesta perspectiva, uma questão relevante que surge para o debate é referente à divisão de responsabilidades determinada pela Constituição Federal de 1988 entre o Estado, a família e a sociedade no cuidado as demandas provenientes do envelhecimento populacional, o que desperta dúvidas ao que compete a cada um desses entes executarem.

Freitas e Noronha (2013) afirmam que é preciso haver uma rede de apoio integrada: o Estado, a família e a sociedade, para que o cuidado não seja apenas uma ação técnica e pontual. A interligação dessas esferas buscaria contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e das relações entre as gerações.

Perante a exposição dos autores, é perceptível que a legislação que assegura os direitos sociais é incoerente, visto que ao mesmo tempo fixa os deveres das instâncias públicas e reafirma a divisão das responsabilidades nas formas de proteção social.

Neste sentido, as respostas elaboradas para atender a esta problemática encobre a centralidade do envelhecimento do trabalhador, como também intensifica a “cultura privacionista”, logo faz associações recíprocas entre o “público e privado”. Estes fatos são expressos por meio da responsabilização do indivíduo, pois transforma problemas sociais em problemas individuais, refletindo na mercantilização dos serviços que eram públicos, elevando as responsabilidades sociais para a sociedade civil (TEIXEIRA, 2007).

Destarte, fica claro que com o aumento do envelhecimento populacional há uma ampliação das demandas para o poder público nos três níveis de governo, bem como há o crescimento da necessidade de políticas públicas direcionadas para: saúde, educação, previdência social, assistência social, transportes, trabalho e emprego, dentre outras. Isto nos revela que este fenômeno precisa ser trabalhado com políticas que visam à integralidade e intersetorialidade das ações.

A partir desta discussão, é válido ressaltarmos que a própria legislação não prioriza o Estado como assegurador de direitos, porém apenas como regulador, normatizador e cofinanciador, pois compartilha as responsabilidades de proteção social com a sociedade civil, por meio de atividades realizadas por organizações não governamentais, família ou comunidade.

A forma como o Estado, capturado pelas classes dominantes, é subserviente às necessidades da acumulação do capital nacional, associado ao capital internacional, e como se estrutura a classe trabalhadora, bem como os canais de institucionalização de suas demandas e reivindicações no aparelho de Estado, constitui também particularidades nas relações Estado/sociedade e no modo como se estruturou o sistema de proteção social. (TEIXEIRA, 2008, p. 33).

Contudo, sabemos que o papel de garantir direitos é do Estado, já que administra os recursos públicos, porque transmitir suas responsabilidades a sociedade civil configura-se como uma negação de direitos, visto que repassa para o mercado a função de propiciar o bem-estar através de ações que atuam na perspectiva da caridade, solidariedade e ajuda voluntária. Deste modo, as iniciativas de caráter privado não são regidas por princípios de universalidade, pois majoritariamente dão respostas frágeis, esporádicas e locais (TEIXEIRA, 2007).

1.2 Direitos sociais e Aportes Legais na Proteção Social aos Idosos

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população colocam-se como fenômenos contemporâneos importantes. Nesta perspectiva, efetivar políticas que avancem no sentido da integralidade do cuidado, bem como atendam as necessidades e vulnerabilidades da população idosa é um desafio para o Estado brasileiro, principalmente no que se refere ao sistema de seguridade social.

É interessante ressaltarmos que o poder público não reconhece o envelhecimento como conquista ou valor para a sociedade. Nas palavras de Giacomini (2012, p. 22), “a ação e a inação das políticas públicas reforçam a imagem do envelhecimento como um terrível vilão para a seguridade social”.

Neste sentido, Prado (2012) enfatiza que para analisarmos a experiência brasileira de proteção social precisamos compreender primeiro as especificidades históricas, econômicas e culturais, as quais forneceram peculiaridades às políticas sociais brasileiras. Dentre estas singularidades, podemos citar: o tipo de colonização que foi submetido o Brasil, o forte viés escravocrata e o processo de industrialização tardio.

Silva e Yazbek (2014) afirmam que a formação de um sistema de proteção social no Brasil abrangeu dois marcos históricos: o primeiro consistiu no período pós 1930, o qual pode

ser considerado como a etapa inicial na construção do sistema com a consideração de direitos sociais nas áreas trabalhista e previdenciária. O segundo se estabeleceu pós Constituição de 1988, quando houve a incorporação da seguridade social, isto é, aconteceu uma ampliação da proteção social.

Fagnani (2011) aponta que em meados da década de 1970, com o surgimento do neoliberalismo em escala mundial, os direitos sociais foram tensionados por reformas, objetivando o retrocesso. Segundo o autor, o Brasil seguiu um horizonte oposto, pois desse período até 1988, percorremos no sentido contrário do mundo. Destaca ainda que:

[...] a partir de 1990, quando o Brasil fez opção tardia pelo neoliberalismo. A agenda do Estado Mínimo ganhou impulso. Nessa visão, o desenvolvimento social prescinde de políticas universais. A “estratégia” resume-se a uma única ação: focalização nos “mais pobres”. (ibid., p. 43, grifos do autor).

Em contraposição, a conjuntura mundial apresentou uma crise fiscal dos Estados de bem estar social, fator crucial para a inviabilização das conquistas sociais incorporadas no processo de redemocratização brasileiro.

A partir da década de 1990, as constantes amostras da crise estrutural do capital provocaram perdas nas conquistas adquiridas pela classe trabalhadora, apresentando-se em mudanças na composição das políticas sociais. Boschetti (2013, p. 357) enfatiza que “as políticas sociais compõem as estratégias de “desenvolvimento”, constituindo-se, portanto, em elementos indissociáveis das políticas macroeconômicas”.

Além disso, na América Latina, a evidência no crescimento do consumo, decorrente das políticas de transferência de renda, foi uma das táticas do “neodesenvolvimentismo” e marcou um caminho de políticas sociais focalizadas na extrema pobreza, ao invés do investimento em políticas sociais universais (BOSCHETTI, 2013).

Boschetti (2013) ressalta ainda os dados do Relatório do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013) para retratar as configurações da política social na atualidade, com evidência na retirada de recursos do orçamento da seguridade social para originar o superávit primário e custear os juros da dívida. Tais fatos trouxeram as seguintes implicações: inércia do sistema público de saúde, o qual abrange apenas 61% dos brasileiros e se discute para permanecer público e universal contra as ofensivas de privatização; consolidação do acesso à previdência social pública, deixando à margem do sistema metade da classe trabalhadora ativa e convive com o alarmante crescimento dos planos privados que corroboram com o mercado; ampliação da assistência

social pública, visto que um em cada cinco brasileiros sobrevivem com os recursos mínimos proporcionados pela assistência social.

Na contramão desse panorama, assistimos a mídia e as instâncias governamentais divulgarem transformações positivas nos indicadores sociais populacionais, ainda que isto ocorra através da priorização de políticas de transferência de renda ao invés de políticas de trabalho, o Brasil adota uma tendência de desproteção ao trabalhador na velhice, apesar do arcabouço legal, mais rigorosamente, quando ocorre a perda da capacidade funcional para o capital, o que demanda cuidados de longa duração (PAIVA, 2014).

No que se refere à proteção social a pessoa idosa no Brasil, um dos primeiros marcos legais foi a regulamentação do direito à aposentadoria dos funcionários dos Correios por meio do Decreto 9.912-A, de 26 de Março de 1888. Em relação às iniciativas do poder público, no tocante as políticas de previdência social, emergiram no começo do século XX para os trabalhadores do setor privado, mais especificamente em 1919 com a criação das leis do seguro de acidentes do trabalho. Outra iniciativa foi a Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, a qual designou a primeira caixa de aposentadorias e pensões.

A partir da década de 1930, em alinhamento com a conjuntura internacional, devido à crise de 1929, houve um declínio do modelo agrário-exportador e o início do predomínio da produção urbano-industrial. Neste cenário, sucedeu um aumento da população urbana, visto que tinham o propósito de obterem empregos nas indústrias, porém estas não absorveram a força de trabalho disponível. Isto refletiu em um processo de pauperização, e consequentemente, na agudização das expressões da questão social. Prado afirma que:

[...] entre as décadas de 30 e de 50, tem início a trajetória das atividades/luta dos trabalhadores aposentados. No entanto, restringia-se às questões específicas de categorias independentes (transportes, ferroviários, bancários, marítimos, dentre outros). (PRADO, 2012, p.72).

Desta forma, nos anos 1930 o nosso país dispunha de uma política de bem estar social, a qual abrangia previdência social, saúde, educação e habitação (GOMES apud COSTA; TOMAZ, 2014). Ademais, as autoras relacionam a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, como outra conquista fundamental para os direitos dos idosos, a qual foi promulgada na Assembleia Geral das Nações Unidas.

Camarano e Pasinato (2004) enfatizam que duas iniciativas nos anos 1960 foram fundamentais para o desenvolvimento das políticas brasileiras de proteção a população idosa. A primeira consistiu na criação em 1961 da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a qual tinha o propósito de estimular ações e obras sociais de assistência à velhice,

bem como colaborar com outras organizações preocupadas com atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas vinculadas a Geriatria e a Gerontologia. A segunda se referiu à ação do Serviço Social do Comércio (SESC) a partir de 1963, o qual transformou o trabalho de assistência social voltado a este segmento populacional, visto que até este momento as instituições direcionadas aos idosos tinham apenas o caráter de atendimento asilar.

No âmbito público, a iniciativa pioneira ocorreu em 1974 por meio do governo federal com ações preventivas desempenhadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como também a internação dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos. Além disso, nos anos 1970 foram criados dois benefícios não contributivos para os idosos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) criada em 1974, para os idosos necessitados urbanos e rurais.

Neste período, outra iniciativa do governo federal foi a edição pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1976, de um primeiro documento expondo algumas diretrizes para uma política social voltada a população idosa, o qual teve como título – Política Social para o Idoso: diretrizes básicas. As suas principais propostas foram: inserir sistema de mobilização comunitária, buscando manter o idoso na família; rever os critérios para conceder subsídios às entidades que abrigam idosos; instituir serviços médicos especializados para o idoso, inclusive atendimento domiciliar; releitura do sistema previdenciário; capacitação de recursos humanos para assistir os idosos, entre outras.

Groisman e Debert apud Silva (2008) enfatizam que as décadas de 1960 e 1970 compreenderam um dos períodos mais importantes para a história da velhice, a qual passou a ser uma problemática coletiva e ganhou visibilidade social.

Destarte, Camarano e Pasinato ressaltam que:

[...] as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 265).

Ante essa realidade, coloca-se em tela para o poder público a necessidade de desenvolver ações direcionadas para este segmento. Com este propósito, começaram a surgir às legislações com o intuito de garantir condições dignas de vida para a população idosa.

O crescimento rápido da população idosa é uma realidade crescente. Dessa forma, o envelhecimento ganha espaço nas discussões políticas e sociais, com o intuito de prevenir um envelhecimento populacional artificial, promovido apenas pelo avanço tecnológico e médico. Em conjunto com o desenvolvimento científico almeja-se o avanço das políticas sociais, tendo

em vista promover o aumento da expectativa e da qualidade de vida. (SANTOS; SILVA, 2013, p. 362).

Uma iniciativa pioneira na sociedade brasileira foi a criação em 1977 da Associação Cearente Pró-Idosos, a qual tinha o intuito de reivindicar os direitos dos idosos, desenvolver trabalhos conjuntos com o governo federal, além de organizar instituições de atenção a este público.

Diante disso, a partir da década de 1980, as questões relacionadas à pessoa idosa passaram a ser difundidas por meio da mídia, do mercado de consumo e através da indústria do turismo e do lazer. Conforme esta propagação, o Estado foi pressionado a posicionar-se acerca de garantias para este segmento populacional. Desta maneira, a velhice torna-se um assunto privilegiado, especialmente quando analisamos os desafios vivenciados na contemporaneidade.

Neste cenário, destaca-se a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento promovida pelas Nações Unidas em 1982, na cidade de Viena. O resultado deste encontro foi o primeiro Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, com a finalidade de sensibilizar os governos e a sociedade para a necessidade de dirigir políticas públicas para os idosos (FERNANDES; SOARES, 2012). Neste mesmo ano, foi inaugurada no Brasil a primeira Universidade da Terceira Idade e, na década seguinte estas instituições se expandiram pelo país.

Perante a conjuntura apresentada, ocorreu a promulgação da Constituição de 1988 que define a Seguridade Social como 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” (Artigo 194). A partir da Carta Magna, a saúde é preconizada como um direito de todos e dever do Estado, visto que garante no seu artigo 196 o acesso universal e igualitário através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Parafraseando Sposati (2009, p. 13), a Constituição Cidadã ao afirmar que os direitos humanos e sociais são de responsabilidade do Estado, operou, mesmo que conceitualmente, significativas mudanças no sistema de proteção social brasileiro, visto que incorporou na atuação do âmbito público um conjunto de necessidades que antes eram tratadas individualmente. Neste sentido, introduziu a seguridade social, a qual abriga três políticas de proteção social.

O sistema de proteção social brasileiro igualmente como nos países latino-americanos foi divergente daqueles constituídos nos países europeus, tendo em vista as singularidades da nossa sociedade, da sua formação histórica, além do moroso processo para aderir à

democracia. Sendo assim, o acesso a bens e serviços sociais foi marcado pela heterogeneidade, desigualdade e fragmentação.

A Constituição de 1988 trouxe novas bases para o nosso sistema de proteção social atual, visto que reconheceu os direitos sociais das classes subalternas em nossa sociedade. A dimensão de seguridade conjectura que os cidadãos tenham acesso a uma série de direitos e garantias, que diminuam, cubram ou previnam circunstâncias de risco e de vulnerabilidades sociais. Deste modo, a seguridade no Brasil surge como um sistema que abrange várias contingências sociais que podem atender a população em sua trajetória de vida, de trabalho e em condições de insuficiência de renda. É uma cobertura social que independe do custeio individual. Neste modelo, ressalta-se a Assistência Social como política social não contributiva e inovadora, a qual reconhece os direitos de seus usuários nos padrões jurídicos da cidadania (YAZBEK, 2010).

Entre as inovações deste dispositivo legal, destacam-se também outros elementos: a centralidade da responsabilidade do Estado no planejamento, normatização, regulação e implantação das políticas públicas na esfera da proteção social; a sugestão de descentralização e participação da comunidade nas deliberações democráticas voltadas ao controle das políticas sociais (YAZBEK, 2010).

Assim, é no percurso inverso das mudanças ocorridas no cenário internacional, pressionada pela estabilização do modelo neoliberal, pelas táticas de globalização do capital, com o seu perfil de focalização e privatização das políticas sociais que se estabeleceu o processo de construção da Seguridade Social no Brasil. A seguridade abarca três políticas de proteção: saúde, previdência e assistência social.

A política de saúde foi concretizada por meio da criação pela Constituição Cidadã do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi fruto de um extenso processo de embates entre vários setores da sociedade. Sua regulamentação ocorreu com a promulgação das leis 8.080/1990 e 8.142/1990, com vistas a assegurar a atenção integral à saúde de todos os cidadãos brasileiros, inclusive da população idosa.

No que se refere à previdência social, Marques et. al (2009) pontuam que a literatura sobre esta política aponta que o período de 1985-2008 pode ser subdividido em dois períodos, cada um com aspectos diferentes. O primeiro abrangeu de 1985-1991, no qual o propósito era ampliar os direitos previdenciários e aprimoramento na forma de sua concessão. O segundo, que compreendeu entre 1991-2003, foi o da contrarreforma, pois os ditames do neoliberalismo passaram a fazer parte das ações da maioria dos políticos e da mídia, como também da burocracia do Estado. Foi neste período que passou a ser hegemônica a temática

da globalização, por conta da concorrência dela emanada, favorecia-se a volta ao mercado, resultando na diminuição dos gastos vinculados a mão-de-obra (salários, férias, encargos sociais, salário maternidade, etc.).

Os autores também enfatizam que tais proposições, seguiam a risca o Banco Mundial, estabeleciam a superioridade do regime de capitalização, de conta individual e organizada por algum setor do mercado, em referência ao regime de repartição, constituído pelo Estado. Na realidade brasileira, essas propostas previam não apenas profundas transformações no regime geral da previdência social, bem como a adesão obrigatória aos fundos complementares. Neste período, essas propostas não tiveram continuidade, visto que o Estado não tinha possibilidades de custear a passagem de um regime para o outro. Entretanto, no contexto atual, a política de previdência social está passando por sérias reformas, as quais repercutem diretamente no direito do trabalhador.

Em relação à assistência social, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), foi aprovada em outubro de 2004 pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), com o intuito de implementar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Vale ressaltar, o avanço desta política em nosso país ao longo dos anos, pois vem sendo instaurada uma nova disposição ética, institucional política e informacional. A viabilização desta política como direito de cidadania e responsabilidade do Estado tem como objetivo central a gestão integrada de ações descentralizadas e participativas. É fundamental ressaltarmos, que nesse processo nos deparamos com a herança histórica que essa política social carrega, dentre práticas vinculadas à caridade e a filantropia.

Perante a exposição desse cenário, vale destacarmos que em nosso país historicamente os idosos jamais tiveram os direitos sociais amparados por uma legislação, tais como – saúde, previdência, assistência social, educação, habitação, transporte, dentre outros – visto que somente em meados dos anos 1990, a questão do envelhecimento começou a ingressar de maneira mais significativa na agenda das políticas públicas, devido à conjuntura internacional.

Esse período foi marcado pela reestruturação produtiva, com a flexibilização do mundo do trabalho e a inserção de novas tecnologias. Estes processos acarretaram a redução de postos de trabalho, a precarização das relações trabalhistas, privatizações das empresas estatais e o desemprego estrutural.

É válido refletirmos que algumas conquistas importantes foram efetivadas no processo de garantia de direitos dos idosos, dentre elas, a saúde, que é vista como elemento central, pois influi diretamente na qualidade de vida deste público.

Entretanto, esse direito não tem conseguido ser concretizado, principalmente por conta das determinações estruturais. E, no caso da população idosa, a qual é amparada por uma legislação específica, não ocorre de modo diferente.

Prado (2012, p. 83) também ressalta que apesar dos avanços ocorridos com a Constituição de 1988 “[...] o Estado transferiu, por meio de parcerias, a responsabilidade do enfrentamento das expressões da questão social para a família e para a sociedade civil”.

Assim, no atual contexto capitalista, no qual o lucro e a competição são priorizados, as políticas de atenção à pessoa idosa, as quais são estereotipadas como improdutivas e sem função econômica, tornam-se cada vez mais fragmentadas, visto que há uma propensão de transferir responsabilidades do Estado para o mercado e à família (FALEIROS, 2012).

Nessa perspectiva, é importante destacarmos outros instrumentos legais que amparam os direitos dos idosos, assegurando a saúde como um direito fundamental: a Política Nacional do Idoso – Lei 8.842/1994, a qual derivou das reivindicações realizadas pela sociedade. É composta por 06 (seis) capítulos e 22 (vinte e dois) artigos, sobressaindo-se as seguintes temáticas: direito à cidadania, não discriminação, participação, saúde, educação, trabalho, previdência, assistência social, habitação, cultura, esporte e lazer. Outrossim, designou também o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), o qual foi somente implementado em 2002.

No entanto, vale ressaltarmos que essa Política além de legitimar as várias iniciativas públicas e privadas de ações de proteção ao idoso, instituindo meios para padronizá-las, buscou também regularizar e impulsionar as entidades privadas como executoras da política. Neste sentido, estabelece:

[...] um “novo” e, ao mesmo tempo, um “velho” metier de fazer política social no Brasil, marcados por continuísmos históricos nas formas de proteção social, que as lutas por democratização e a Constituição Federal de 1988 não foram capazes de romper e de mudar, sob a retórica da participação da sociedade civil nas decisões, gestão, execução e fiscalização das políticas, expressas nos princípios de descentralização e participação social. (TEIXEIRA, 2007, p. 09, grifos do autor).

Nessa conjuntura, é importante acentuarmos a construção do segundo Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, fruto da II Assembleia Mundial da ONU que ocorreu em Madrid, no ano de 2002. No documento, cerca de 160 países tornaram-se signatários para inserir nas suas políticas econômicas e sociais, ações que viabilizassem a diminuição pela metade até 2015 do envelhecimento com pobreza, com o intuito de adequar-se aos objetivos de desenvolvimento do milênio.

Em 2003, no Chile realizou-se a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, na qual foram traçadas estratégias regionais para pôr em prática as metas estabelecidas em Madrid.

Destarte, é notório que os debates e as conferências mundiais influenciaram a mudança de postura do Estado brasileiro face ao envelhecimento populacional, visto que o cenário internacional pressionou para que fossem estabelecidos direitos sociais específicos.

O Estatuto do Idoso instituído pela Lei 10.741 em 1º de outubro de 2003, com vistas a regulamentar os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, integrou em um único instrumento legal as várias leis e políticas já postas, como também adicionou novos fatores com uma perspectiva integral, tornando-se um dos principais documentos de garantia de direitos dos idosos. Do mesmo modo que a PNI, transferiu e corresponsabilizou a sociedade civil na administração das políticas sociais, isto é, transformou as estratégias de controle social em colaboracionismo.

Outro fator importante, é que o Estatuto preconiza no Art. 15, § 1º que a prevenção e manutenção da saúde do idoso serão realizadas através de “unidades geriátricas de referência com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social” (BRASIL, 2003).

No que se refere à atenção a saúde, é imprescindível destacarmos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006), pois sua primeira versão (Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999) passou por revisão e atualização do Ministério da Saúde. Este documento afirma que o conceito de saúde para o idoso, traduz-se mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. Portanto, vale ressaltarmos que haja a interação entre o bem-estar físico, psíquico e social para que a saúde dos idosos seja integral.

Essa política reforça o que estava preconizado no Estatuto do Idoso, já que apresentou como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (PNSPI, 2006).

De acordo com a legislação citada, um dos desafios é a insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde das pessoas com sessenta anos ou mais. Dessa maneira, a PNSPI apresentou a necessidade de enfrentamento dos seguintes desafios: a falta de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, isto é, estruturas de assistência qualificada para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso; a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa e a implementação escassa ou mesmo a falta de implantação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (PNSPI, 2006).

Além dos aportes legais mencionados, é indispensável salientarmos a Portaria 399/GM divulgada em 22 de fevereiro de 2006, a qual enfatizou a prioridade de atenção a este segmento populacional, pois expressa como um dos objetivos no Pacto pela Vida – a Saúde do Idoso, com o propósito de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

Outro acontecimento importante foi a realização em 2006 da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a qual teve o propósito de expandir os direitos para este segmento e organizar a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI).

Sendo assim, o arcabouço legal vigente afirma que o cuidado com este público demanda uma atuação interdisciplinar, considerando os aspectos biopsicossociais. Além disso, enfatiza a importância da abordagem preventiva, pois se torna necessária a vigilância de todos os profissionais da equipe de saúde na observação dos sintomas e aplicação de instrumentos de avaliação.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. (PNSPI, 2006).

Diante do exposto, é importante frisarmos que essa política afirma que o Estado tem o dever de assegurar a saúde para a população idosa, para que nesta fase da vida seja mantido o equilíbrio biopsicossocial, com condições dignas de sobrevivência, propiciando a qualidade de vida.

Entretanto, mesmo com todo esse aparato legal, é perceptível que tais direitos estão longe de serem respeitados e concretizados, visto que diante do cenário atual de desmonte das

políticas públicas devido à questão estrutural, os direitos assegurados legalmente são postos em xeque.

Deste modo, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população colocam-se como fenômenos contemporâneos importantes, os quais demandam a atuação do Estado, o qual ao passo que assegura direitos também “é um instrumento da acumulação progressiva de capital e o parceiro do modo de produção capitalista” (MANDEL, 1982, p.335).

Faleiros (2012) aponta que os direitos dos idosos postos na Constituição, Leis e nas Políticas situam-se em um campo polêmico, porque consideram as relações com o mercado, os aspectos sociais da velhice, além das relações intergeracionais. Nesta perspectiva, o autor enfatiza que a lei não é neutra, pois se insere em um processo de correlação de forças, embora se utilize o critério de idade, o envelhecimento é um processo heterogêneo e desigual.

Cecchini e Martínez apud Silva e Yazbek (2014) ressaltam que se considerarmos a condição social dos países latino-americanos a partir dos direitos estabelecidos, há uma ampla distância entre as legislações conquistadas e a real concretização de direitos no cotidiano da população. Ou seja, “entre o Brasil Legal e o Brasil Real, há um fosso extenso e profundo” (KALACHE, 2012, p. 6).

Ademais, no tocante a efetivação dos direitos sociais, poucas evoluções aconteceram, já que mediante aos interesses do capital e suas múltiplas facetas, o que está posto pela lei é inviabilizado. Este fato é preocupante, tendo em vista o crescimento do número de idosos no Brasil.

Dentre os acontecimentos que estão inseridos nesse cenário, destacamos: as condições desiguais de vida e de trabalho a que esse segmento esteve submetido ao longo da vida; a heterogeneidade do processo de envelhecimento, ou seja, os diferentes perfis da população idosa; a nova composição familiar, a qual afeta a possibilidade das famílias cuidarem dos seus idosos, resultando no aumento da demanda de políticas públicas de cuidados; a falta de acesso universal aos atuais avanços médicos e tecnológicos para tratar as doenças; o baixo nível educacional que esta população ainda apresenta (LOUVISON; ROSA, 2012).

Nessa perspectiva, Oliveira (2013, p. 39) destaca que “o papel do Estado é “institucionalizar” as regras do jogo”, ou seja, criar o alicerce para a acumulação capitalista. Sendo assim, advém uma desresponsabilização estatal no enfrentamento das expressões da questão social e, as demandas provenientes do envelhecimento populacional se configuram como uma destas manifestações.

Siqueira (2008, p. 04) coloca que “a velhice na América Latina acontece sob três preocupantes marcas: contexto de muita pobreza, persistente desigualdade social e baixa cobertura da seguridade social”.

Camarano e Pasinato (2004) destacam que no Brasil, a questão do envelhecimento populacional adiciona-se a uma grande lista de problemas sociais não resolvidos, como a pobreza e a exclusão social, bem como os altos níveis de desigualdade.

Para pensarmos sobre a saúde e a concretização dos direitos legalizados, é necessário compreendermos a complexa realidade brasileira, a qual apresenta enormes contradições, desigualdades e uma ampla concentração de renda. Ou seja, “convive-se ainda com problemas básicos e primários a serem resolvidos, tais como, a falta de saneamento básico mínimo para toda a população, desnutrição infantil, mortalidade materna e grandes epidemias” (PIRES; DEMO, 2006, p. 62).

Dessa maneira, a implantação do Sistema Único de Saúde na década de 1990 ocorreu com a agudização das práticas políticas e econômicas neoliberais, em detrimento das ações progressistas da democracia, mesmo com a perspectiva inovadora que a Constituição de 1988 apresentou no que se refere à saúde. Nas palavras de Krüger (2014, p. 220), “a implementação do SUS nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e recentralização”. Assim, houve um fortalecimento do projeto de saúde vinculado ao mercado.

Logo, “é nesse contexto contraditório que o Sistema Único de Saúde se inscreve, trazendo em si as ambiguidades de se pretender universal, justo e democrático em plena crise mundial dos Estados de proteção social” (PIRES; DEMO, 2006, p. 63).

Mesmo com as propostas direcionadas para a flexibilização e revisionismo na contemporaneidade, o SUS permanece sendo, nos últimos vinte e cinco anos, a maior política social brasileira. Portanto, por ter um caráter universal, dispõe de: extensa rede de serviços públicos e convênios com o setor filantrópico e privado; ampla estrutura de gestão nas três instâncias de governo; financiamento vinculado, menor apenas do que o da educação; agrupamento de várias indústrias para produzir os seus suprimentos; inúmeros trabalhadores de diversas áreas; ampla rede de instituições educacionais públicas e privadas para formar os profissionais e efetuar pesquisas; vários institutos e laboratórios públicos de pesquisas e produção de remédios, vacinas e insumos (KRÜGER, 2014).

Diante do exposto e da estrutura apresentada pelo SUS, fica claro o porquê é uma política social intensamente “visada, disputada e tensionada” (ibid., p. 225) por diversos setores e interesses sociais, econômicos e políticos. Neste sentido, por conta do potencial mercadológico, o setor saúde tornou-se mais um alicerce para o desenvolvimento do país.

[...] o SUS perdeu sua radicalidade democrática, não por que seus princípios deixaram de existir, mas devido às interpretações e leituras que se tem feito deles, fazendo com que a saúde passe a ser sinônimo de desenvolvimento na medida em que se reconheça toda a sua dimensão e o potencial de expansão e lucratividade para o mercado. (KRÜGER, 2014, p. 225).

Ademais, é imprescindível reafirmarmos que os princípios norteadores dessa política estão sendo substituídos, visto que a integralidade passa a ser trocada por qualidade, humanização, acolhimento e vínculo. A partir disto, o fundamental é o acesso, não importando a forma como se dá, ou seja, não é visto como obrigação do Estado e possibilidade de transpor a desigualdade social (KRÜGER, 2014).

É notório que inerente à conjuntura exposta inserem-se as contradições resultantes do conflito capital e trabalho, ou seja, no âmbito da construção das políticas sociais existe um processo de correlações de forças, incluindo-se neste contexto as políticas direcionadas à população idosa.

Paiva (2014) assegura que os idosos passarão por sérias dificuldades para ter acesso aos serviços públicos de saúde, visto que as situações de doenças possivelmente serão agravadas devido suas condições socioeconômicas.

Dessa forma, fica explícito que são múltiplos os problemas do Sistema de Saúde Brasileiro, e mesmo a rede de proteção aos idosos abrangendo os serviços descritos abaixo, ainda é incipiente para a demanda apresentada:

- As Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde;
- A atenção às urgências;
- As unidades de atendimentos ambulatoriais especializados, compostas por: policlínicas, ambulatórios e centros especializados. É importante frisarmos que o atendimento especializado é essencial para manter e recuperar a saúde do idoso;
- As unidades de reabilitação que ainda são insuficientes no SUS;
- Internação Domiciliar: instituída pela Portaria 2.529/GM/MS, refere-se ao conjunto de atividades realizadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que demandem maiores cuidados além das modalidades ambulatoriais, no entanto, que possam ser cuidadas em casa por uma equipe direcionada para estes atendimentos.
- Atenção Hospitalar: ações e serviços voltados para promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, efetivados em ambiente hospitalar.

➤ Centros de Referência à Saúde do Idoso (CRASI): passaram a ser implantados a partir das Portarias 702 GM/MS e 249 SAS/MS, ambas de 2002. Este Centro de Referência é definido como um hospital com, no mínimo, 100 (cem) leitos, contendo quatro modalidades assistenciais – internação hospitalar, hospital-dia geriátrico, ambulatório especializado em saúde do idoso e assistência domiciliar. A Portaria GM/MS 702/2002 estabelece a quantidade máxima de 74 (setenta e quatro) CRASIs distribuídos nos estados brasileiros. Entretanto, os já implantados concentram-se na região Sudeste do país, e, em muitos estados ainda não foram inseridos.

Em relação ao panorama dos serviços de saúde ofertados para os idosos na cidade de João Pessoa/PB, podemos relacionar os seguintes: aproximadamente 186 (cento e oitenta e seis) Equipes de Saúde da Família; 04 (quatro) Unidades Básica de Saúde; 03 (três) Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS); 04 (quatro) Centros de Especialidades Odontológicas; 03 (três) Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 03 (três) Centros de Práticas Integrativas e Complementares (CEPICS); 03 (três) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 (um) Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso; Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); Residência Terapêutica; Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais; Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS; Laboratório Central do Município. Os idosos também recebem acompanhamento de grupos de convivência através das equipes de saúde da família, do Projeto João Pessoa Vida Saudável que disponibiliza atividades físicas nas praças, órteses e próteses, além de assistência farmacêutica e da rede hospitalar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, S/D).

No tocante a rede de serviços voltados para as pessoas idosas que constituem modalidades de atendimento na Política de Assistência Social, por meio do Sistema Único de Assistência Social, descritos através da Portaria nº 2.874 de 30 de Agosto de 2000 da Secretaria de Estado de Assistência Social, são organizados da seguinte forma:

➤ Atendimento em Grupo de Convivência/Projeto Conviver: refere-se a atividades desenvolvidas com idosos independentes em locais disponíveis na comunidade (igrejas, escolas, centros comunitários), por meio de ações que tenham no mínimo 06 (seis) horas semanais e com a programação voltada ao interesse dos componentes do grupo;

➤ Atendimento em Centro de Convivência: consiste em atividades efetivadas em espaço físico específico, com a infraestrutura adequada que possibilite a participação dos idosos e de seus familiares durante 16 horas semanais no mínimo, preferencialmente com permanência diurna de oito horas por dia. O propósito deste serviço é promover ações que

estimulem a sociabilidade, o desenvolvimento de habilidades, a informação, a atualização, atividades educacionais, artísticas, esportivas e de lazer, entre outras;

➤ **Atendimento Domiciliar:** é oferecido à pessoa idosa com algum grau de dependência, através de cuidadores que realizam pelo menos duas visitas domiciliares semanais. Direciona-se a apoiar idosos e sua família, nas atividades de vida diária, com o intuito de promover, manter e/ou recuperar a autonomia, permanência no próprio domicílio, fortalecimento dos vínculos familiares e melhoria da qualidade de vida;

➤ **Atendimento em Centro-Dia:** é um serviço de atenção em instituições especializadas, nas quais a pessoa idosa permanece durante oito horas por dia, sendo realizadas ações de atenção à saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, entre outras. Proporciona ao idoso manter os vínculos familiares, pois viabiliza o atendimento no período diurno e à noite o retorno para a sua residência;

➤ **Residência em República:** é uma importante opção de residência para idosos independentes, também formada por pequenos grupos, de acordo com o número de usuários, e cofinanciada com recursos da aposentadoria, do Benefício de Prestação Continuada (BPC), Renda Mensal Vitalícia e outras;

➤ **Residência em Casa-Lar:** é uma possibilidade de residência para pequenos grupos, de no máximo oito idosos, sobretudo para os que apresentam algum tipo de dependência. Dispõe de mobiliário adequado e pessoa capacitada para apoio às atividades de vida diária do idoso;

➤ **Residência com Família Acolhedora:** é um acolhimento em famílias cadastradas e capacitadas para ofertar abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias.

➤ **Atendimento Integral Institucional:** é o atendimento prestado em instituições acolhedoras conhecidas como: abrigo, asilo, lar e casa de repouso, durante o dia e a noite, às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de manter a convivência familiar. Estas entidades devem ofertar serviços assistenciais, de higiene, alimentação, saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, de lazer, cultura e outras, priorizando as necessidades dos usuários. Além disso, é responsável pelo desenvolvimento de ações contínuas para a reconstrução dos vínculos familiares que proporcionem o retorno do idoso à família.

No que se refere aos serviços socioassistenciais voltados para os idosos no município

de João Pessoa/PB, podemos mencionar: 11 (onze) Centros de Referência de Assistência Social; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, o qual também é responsável pela emissão da Carteira do Idoso que assegura a gratuidade e o desconto de meia passagem no transporte interestadual de passageiros idosos, com renda igual ou inferior a dois salários mínimos; 03 (três) Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); Serviço Especializado em Abordagem Social – Ruarter; Centro-Pop para a população em situação de rua; Residência Terapêutica; Programas de habitação com unidades habitacionais adaptadas para os idosos; Clube da Pessoa Idosa, o qual é uma instituição socioeducativa administrada pelo Instituto de Previdência do Município de João Pessoa (IPM). No âmbito governamental estatal, há o Centro de Convivência do Idoso, o qual oferta alimentação, atividades culturais, ocupacionais, física, acompanhamento psicológico e de enfermagem.

Quanto aos cuidados de longa duração, são ofertados por 05 (cinco) entidades privadas filantrópicas, a saber: Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes (ASPAN); Casa da Divina Misericórdia, Instituição Espírita Nosso Lar, Lar da Providência Carneiro da Cunha e Vila Vicentina Júlia Freire.

De acordo com a pesquisa realizada pelo IPEA, em 2008 foram contabilizadas 19 (dezenove) ILPIs na Paraíba que estavam distribuídas por 11 (onze) municípios, cobrindo somente 4,9% das cidades paraibanas. A maioria delas localizava-se em João Pessoa, totalizando 06 (seis) entidades. Quanto à natureza das instituições, o estudo revelou que aproximadamente 95% são privadas filantrópicas e apenas 5% denominaram-se pública, significando a expressiva ausência do Estado nas Instituições de Longa Permanência para Idosos na Paraíba.

A partir dos dados expostos acima, fica evidente que a realidade das ILPIs no Estado da Paraíba e mais especificamente, em João Pessoa, não apresentaram significativas mudanças, visto que mesmo decorridos nove anos da pesquisa, houve um decréscimo no número de entidades na capital.

Conforme apresentamos, a rede de proteção social ao idoso é extensa, contudo é falha, pois se vincula as políticas sociais que não são prioritárias no modelo de desenvolvimento econômico adotado historicamente pelo nosso país. Isto é, o Sistema Único de Saúde, o Sistema Único de Assistência Social e a Previdência Social, não têm primazia na implementação das políticas sociais no modo de produção capitalista.

É com esta trajetória que as políticas sociais carregam as contradições intrínsecas a esse modo de produção, pois procedem de lutas sociais e pactos que, na maioria das vezes, não são favoráveis aos interesses da maioria da população, principalmente devido à adequação

histórica da proteção social brasileira (MAURIEL, 2012).

A despeito das políticas sociais direcionadas aos idosos, Paiva (2014, p. 135) traz uma importante consideração: “para o capitalismo, não interessa reproduzir a vida de um ser obsoleto a esse modo de produção, em razão do caráter vinculativo do conteúdo da política social à reprodução do trabalho”, de outro modo, não é lucrativo para este sistema investir em uma parcela da população que não produz.

Desta maneira, as previsões legais não são concretizadas na realidade, uma vez que, com a ofensiva neoliberal e um Estado que atende aos mandos e desmandos do capital, os direitos estabelecidos não se materializam. Além disso, as leis citadas preveem que os cuidados com os idosos devem ocorrer preferencialmente nos seus “lares”, isto é, delegam as responsabilidades prioritariamente as famílias, dando ênfase na resolução por meio do âmbito individual.

Perante a esse fato, precisamos considerar o papel das famílias que é prevista como corresponsáveis nas legislações citadas anteriormente, como também passam a serem reconhecidas e estimuladas, principalmente na atual conjuntura de avanço neoliberal no tocante as políticas públicas. Na percepção de Teixeira (2008, p. 31) “o envelhecimento como problema social é correlato das reviravoltas econômicas que afetaram as estruturas familiares (como espaço de sociabilidade primária e de produção)”. Portanto, fica evidente que as transformações econômicas repercutiram diretamente nas estruturas familiares.

Parafraseando Teixeira (2007), o estímulo às redes de solidariedade familiares e comunitárias é pura retórica, ao que passo que tem denotado abandonar a família à sua própria sorte, forçando-a a recorrer aos serviços no mercado ou perecer na pobreza, para os que não têm possibilidade de custear os serviços.

Dessa forma, as ações profissionais com famílias conceituam-se por meio de dois eixos: o da normatividade e estabilidade e o do conflito e transformação (Sepilli, 1998; Miotto, 2000 apud Miotto, 2004). A partir da conceituação dos autores citados, salientamos o segundo eixo, o qual faz alusão às atuações voltadas às famílias enquanto sujeitos sociais, visando o desenvolvimento da cidadania e a defesa de seus direitos. Assim, os comportamentos e problemas vivenciados pelo grupo familiar são vistos como expressão de conflitos instalados no cenário de uma dinâmica familiar que é proveniente da sua história e estrutura, amplamente marcada pelas contradições da sociedade em que vive. Por isso, a importância de uma atuação unificada com atividades em diversos níveis, tais quais: o do planejamento, articulação e avaliação de políticas sociais; o da estruturação e articulação dos serviços e o da intermediação em situações familiares (MIOTTO, 2004).

Diante disso, está clara a importância de analisarmos a questão da mudança dos processos de intervenção com as famílias, o qual envolve além da crítica dos profissionais sobre a realidade e a consciência de que a resolução das demandas não reside nas limitações dos serviços (MIOTO, 2004).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental refletirmos acerca da desproteção e vulnerabilidade que as famílias estão sujeitas, visto que nem sempre dispõem dos meios necessários para viabilizarem assistência aos seus idosos, precisam recorrer às instituições que oferecem cuidados de longa duração.

A partir desse panorama, Werneck Viana apud Mauriel (2012) assinalam que em meio à desresponsabilização e desobrigação do Estado no que se refere ao enfrentamento da questão social e a requisição a iniciativa privada de ações que eram de incumbência pública, através da filantropia empresarial e atividades de organizações não governamentais, o aumento e a centralidade das políticas sociais voltadas ao combate à pobreza ocorre concomitantemente ao “desmonte da Seguridade Social”. Vale salientarmos, que esta desresponsabilização Estatal também incide sobre as políticas voltadas para a população idosa.

Podemos mencionar, como exemplo deste repasse de responsabilidades do Estado para a sociedade civil, os atendimentos direcionados aos cuidados de longa duração para as pessoas idosas, os quais se materializam por meio das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Com isso, vale destacarmos que a maioria das instituições brasileiras são filantrópicas, pois compõem quase dois terços delas. Entretanto, é fundamental considerarmos que na primeira década deste século, à medida que 245 (duzentos e quarenta e cinco) instituições filantrópicas passaram a funcionar, 520 (quinhentos e vinte) com fins lucrativos e privadas, iniciaram suas atividades. Deste modo, conclui-se que houve um crescimento considerável das entidades privadas com finalidade de lucro (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

De acordo com o contexto histórico do nosso país, as ILPIs sempre estiveram atreladas a filantropia e a entidades religiosas, ou seja, denotam a ausência de políticas públicas para os cuidados de longa duração. Além disso, podemos frisar que institucionalizar um idoso em uma entidade, ainda caracteriza-se como um ato polêmico, o qual carrega um viés preconceituoso. Este estigma pode ser derivado do histórico de institucionalização da velhice, sendo decorrente da pobreza individual e familiar, já que o termo asilo ficou relacionado a instituições para idosos pobres.

Em nosso país, o primeiro registro de asilo foi de uma instituição voltada para soldados, os quais faziam jus a descansar durante a velhice – a Casa dos Inválidos, inaugurada em 1797, na cidade do Rio de Janeiro.

Em relação aos asilos direcionados especialmente para as pessoas idosas, o primeiro referenciado foi o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, fundado em 1890 no Rio de Janeiro, com o intuito de atender os velhos pobres dentro da perspectiva filantrópico-assistencialista. A origem desta instituição sinalizou o início de um novo período para a velhice que se configurou:

[...] a institucionalização da velhice – é inevitavelmente esbarrar na questão de se identificar um movimento que separou uma determinada parcela da população – no nosso caso, os velhos – e lhe conferiu uma identidade própria, elegendo-a como alvo específico de uma prática assistencial. (GROISMAN, 1999, p. 176).

Nesse sentido, conforme Giacomini (2012) a rede de proteção ao idoso, principalmente ao que tem maior grau de dependência, engloba a residência e as modalidades de assistência e de cuidado, asseguradas nas políticas sociais, as quais possuem distintos níveis de complexidade e podem ser de natureza pública, privada ou filantrópica. A autora ainda enfatiza que a ILPI é somente “um dos elos da rede de cuidados ao idoso. No entanto, a intersetorialidade e a responsabilidade do poder público são fragilíssimas e a rede, que deveria ter elos, tem enormes buracos” (ibid., p. 31-32).

Dessa forma, cabe refletirmos sobre a complexa questão da institucionalização da velhice no Brasil, o que traz à tona a omissão do Estado em relação a estes cuidados, bem como nos adverte acerca da diversidade de pessoas que são acolhidas por estas entidades.

Salientamos que as ILPIs devem orientar-se pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 26/09/2005, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esta resolução define as ILPIs como:

Instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. (ANVISA, 2005, p. 3).

Camarano e Kanso entendem ILPI como:

[...] uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados. (CAMARANO; KANSO, 2010, p. 234).

Para Giacomini (2012) as Instituições de Longa Permanência para Idosos precisam ser compreendidas como um equipamento de interesse e importância para a sociedade, nas quais ocorrem cuidados voltados para a saúde e bem-estar dos idosos. Consiste em um serviço vinculado a alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social, tendo a coordenação desta política e o apoio das políticas de saúde, educação, cultura, esportes, dentre outras.

Nas ILPIs, as intervenções se constroem fundamentalmente via trabalho da equipe multiprofissional, cujo entendimento de Peduzzi:

[...] uma modalidade do trabalho coletivo que é construída pela relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas dos vários profissionais e pela interação entre esses agentes, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais. Portanto, distingue trabalho em equipe de trabalho coletivo, caracterizando o primeiro eminentemente pela relação recíproca entre duas dimensões complementares – trabalho e interação social. (PEDUZZI 1998, 2001 apud PEDUZZI, 2007, p. 86-87).

No Brasil, a ideia disseminada é que essas instituições são “depósitos de idosos”, visto que foi estabelecida a concepção de que nesses ambientes há pessoas solitárias, desprovidas de laços familiares, e, que residem ali por conta do abandono. No entanto, devemos considerar que esta percepção está mudando, pois é possível encontrarmos pessoas idosas que vão morar nas Instituições de Longa Permanência por decisão própria (FREITAS & NORONHA apud ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

No estudo realizado por Alves-Silva; Scorsolini-Comin e Santos (2013) apresentou-se o perfil dos idosos residentes em ILPIs, a partir de pesquisas precedentes. Dentre as características constatadas, podemos destacar: a predominância do sexo feminino, o que é compatível com os dados da realidade mundial e brasileira; o baixo nível de escolaridade, tendo em vista que a educação não era prioritária durante a infância desses idosos; a maior parte ao longo da vida desenvolveu trabalhos braçais e pouco remunerados, dependendo apenas da aposentadoria, da qual maior parcela é transferida para a entidade em que residem; e um alto percentual de idosos solteiros. No tocante as patologias, são prevalentes as condições crônicas.

Parafraseando Gonçalves et. al (2008), geralmente o perfil do idoso institucionalizado define-se pela intensificação do sedentarismo, a redução da autonomia e o afastamento dos familiares, como também as influências dos aspectos biológicos, patologias e outras causas externas frequentes na fase do envelhecimento, salientando a ocorrência de quedas, como um dos agravantes à saúde mais importante.

Nesse contexto, uma das maiores necessidades dos idosos residentes em instituições são as questões vinculadas à saúde. Por isso, o processo de garantia de direitos relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde são fundamentais, tendo em vista o conceito ampliado de saúde que não se restringe apenas a ausência de doenças.

Portanto, o crescente número de pessoas idosas no Brasil e a requisição por políticas sociais públicas, evidenciam-se como um desafio na atualidade, já que as garantias estabelecidas pelas legislações não conseguem atender as relações antagônicas implícitas nesta expressão da questão social. Somam-se a estes fatores as peculiaridades históricas deste país, dentre elas: as características da formação social brasileira, as estruturas internas de dominação de classe e de superexploração do trabalho; o alto índice de concentração de renda, uma ampla desigualdade social, altos níveis de pobreza e exclusão social.

É essencial ressaltarmos a forte atuação do terceiro setor nas políticas direcionadas aos idosos no Brasil, alterando o padrão de proteção social. O crescimento das ações não governamentais através de “ “novas” formas de filantropia empresarial – uma expressão da proteção social que emerge da sociedade civil” (TEIXEIRA, 2008, p. 26, grifo da autora), os quais são funcionais a reprodução do capital.

Para Yazbek (2010), o que se verifica, é que no Brasil, a precariedade e vulnerabilização do trabalho coexistiram com o desgaste do sistema público de proteção social, assinalada por uma visão de compressão dos gastos públicos na área social e pela constante sujeição das políticas sociais aos ditames econômicos, com uma perspectiva de privatização e refilantropização.

Enfim, cabe a nós refletirmos o papel do Estado sob a regência do capital, como também a insuficiência das políticas sociais para atenderem as amplas demandas desta sociedade. Portanto, não é diferente com as demandas provenientes da população idosa, pois os direitos sociais regulamentados pela legislação não eliminam a luta de classes.

CAPÍTULO II – O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE JUNTO A IDOSOS

Na contemporaneidade, a realização do trabalho multiprofissional envolve uma diversidade de fatores, conceitos, relações, desafios e perspectivas. Partindo destas premissas, iremos expor no decorrer deste capítulo os principais conceitos sobre multiprofissionalidade, bem como as conexões e cenários que permeiam esta discussão. Além disso, iremos especificar e problematizar a atuação da equipe multiprofissional, suas possibilidades e dificuldades na área da saúde, no que concernem as ações construídas individualmente e quando em processo de equipe junto aos idosos residentes em ILPIs.

Nesse contexto, trataremos particularmente das atribuições e papéis dos profissionais de saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, apresentando as determinações dos aparatos legais que regulamentam as normas e os recursos humanos necessários para o funcionamento dessas entidades.

Desse modo, entendemos que, para abordarmos integralmente as ocorrências que repercutem na saúde da população idosa, determina-se a necessidade do trabalho em equipe. Ou seja, a produção do cuidado em saúde a idosos residentes em ILPIs, demanda a atuação de uma equipe multiprofissional integrada e coesa, tendo em vista as múltiplas necessidades deste segmento populacional.

2.1 Conexões e Entornos do Trabalho Multiprofissional

Historicamente, a assistência à saúde da população brasileira, foi marcada por um traço assistencialista, verticalizado e pontual, com pouco destaque no trabalho multiprofissional, na participação popular e nos intercâmbios. A gênese do Sistema Único de Saúde proporcionou um novo percurso para as políticas desta área. Ele preconiza a descentralização e universalidade, como também indica uma lógica horizontal e sistemática de planejar, conduzir e gerir as ações e serviços de saúde.

Além disso, as diretrizes do SUS recomendam um novo perfil dos gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços. Diante disto, para traçarmos os vínculos,

processos e desafios que envolvem a multiprofissionalidade, buscamos expor as definições acerca do trabalho multiprofissional, bem como as conexões necessárias para a sua prática.

O setor saúde é composto por particularidades, para além do seu histórico e dos ganhos legais. Na atualidade, vivenciamos um momento de análise dos saberes e tecnologias, os quais estão em constante processo de renovação, focando em uma abordagem mais complexa que abranja as necessidades individuais e coletivas. No tocante a realidade do nosso país, esse movimento ocorre inserido numa diversidade de aspectos, dentre eles: transição demográfica e epidemiológica, fatores sociais, econômicos e culturais.

O trabalho em equipe multiprofissional é um tipo de trabalho coletivo que é estruturado pela relação mútua, de mão dupla, dentro de várias atuações técnicas dos diversos profissionais e pela integração entre esses atores, representado, por meio da comunicação, articulação das atividades e a colaboração entre os profissionais. Logo, difere trabalho em equipe de trabalho coletivo, sendo o primeiro marcado pela relação mútua entre duas dimensões que se complementam – trabalho e interação social (PEDUZZI apud PEDUZZI, 2007).

Alves et al. apud Gelbcke; Matos; Sallum (2012) afirmam que o trabalho multiprofissional refere-se ao estudo de um objeto por diversas disciplinas, sem haver concordância entre os conceitos e métodos. Luz apud Gelbcke; Matos; Sallum (2012) concordam que o objeto no trabalho multiprofissional é decorrente de uma soma de percepções e métodos, derivados de disciplinas ou práticas distintas, sejam discursivas ou normativas, expostas pelos profissionais.

Ferreira citado por Silva et. al (2013) corroboram com os autores mencionados anteriormente, e conceituam uma equipe multiprofissional como uma modalidade coletiva de trabalho, a qual se caracteriza pela relação recíproca entre as várias intervenções técnicas e o intercâmbio de profissionais de áreas distintas, indicando um locus de aproximação de saberes na busca de respostas para as demandas em saúde.

O debate acerca do trabalho em equipe mostra-se fundamental se analisarmos que todo agente detém um ponto de vista específico da realidade. Sendo assim, é uma forma de trabalho que consideramos a percepção dos outros, aprimorando a qualidade das ações. Ademais, propicia o pensamento sobre a atribuição profissional e as formas de trabalho dentro das instituições, por meio de espaços de diálogos e impressões no tocante as atividades e as complicações na integralidade das ações (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Diante disso, refletirmos sobre o trabalho em equipe pressupõe reconsiderarmos os papéis, as relações de poder e as temáticas incluídas, com o propósito de ultrapassar a

estagnação das instituições. De tal maneira, a comunicação exerce uma função essencial nas relações postas, com vistas à articulação dos conhecimentos e das disciplinas (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Assim, a equipe multiprofissional, qualificada e constituída como pequeno grupo, permite aos seus componentes a realização de intercâmbios, sistematizações e subjetivações. O número reduzido de integrantes – entre oito e doze – viabiliza que todos se vejam e ouçam concomitantemente, e que, conjuntamente se percebam e reconheçam nas suas formas de ser, nas similaridades e divergências que existem entre si (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Além disso, alguns fatores devem ser considerados para um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a saber: identificar o perfil profissional, as atribuições e responsabilidades de cada um dos participantes, dividir informações, debater os mecanismos e comportamentos, tendo em vista reinstalar as problemáticas no conjunto da estrutura e ordenação do trabalho (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Perante o exposto, entendemos que o trabalho em equipe demanda trocas de conceitos, ideias e metodologias, assim como de práticas, pois cada profissional possui conhecimentos distintos, por isso torna-se necessário atuarem em conjunto entre a equipe e no contexto em que estão inseridos.

Na área da saúde, a percepção de trabalho em equipe surgiu em um cenário no qual podemos destacar três fatores mutuamente relacionados: o primeiro está vinculado à ideia de integração formulada e propagada nos anos 1950 pelo movimento da medicina preventiva; nos anos 1960, pela medicina comunitária; e nos anos 1970 pelos programas de extensão de cobertura e de integração docente-assistencial, os quais foram inspirados nos dois citados anteriormente. O segundo fator diz respeito às transformações na abordagem de saúde e de doença, percorrendo entre os conceitos de unicausalidade, multicausalidade e determinação social (LAURELL; FACCHINI; AROUCA apud PEDUZZI, 2007). Já o terceiro, refere-se às mudanças no processo de trabalho em saúde, baseadas na procura de expansão do objeto de intervenção, no redirecionamento do propósito do trabalho e na reorganização e inserção de novos recursos e tecnologias (PAIM apud PEDUZZI, 2007).

Macedo (2007) destaca que há um longo período já se tem a concepção que a melhor maneira de assistência aos pacientes é o trabalho multiprofissional, devido aos cuidados ser complexos, pela probabilidade de conseguir mais eficiência na abordagem ao doente, pela fragmentação de ações na assistência, além da potencialidade terapêutica que esses profissionais em interação podem atingir.

A autora enfatiza que uma equipe de trabalho é um organismo vivo, e ainda atuando por parâmetros democráticos e com participação, sempre haverá algum nível de divisão de poder dentre os participantes, elementos autorreguladores, delimitações hierárquicas, disputa e conflitos de interesses e, por conseguinte, situações de tensão.

No decorrer dos anos 1980, a ideia de trabalho em equipe de saúde se sobressaiu, principalmente nas discussões a respeito das políticas de saúde e as modificações do modelo assistencial e, mais especialmente, das políticas de recursos humanos em saúde, as quais foram inspiradas de um lado, pela proposta da Reforma Sanitária, a qual permitiu a determinação de um conceito ampliado de saúde e já preconizava a busca da integralidade das ações, registrados na Constituição de 1988 (PAIM apud PEDDUZZI, 2007) e, de outro lado, pelo ideário neoliberal e de reforma do Estado, num cenário de reestruturação da produção (CAMPOS; MENDES apud PEDDUZZI, 2007).

Nos anos 1990, retornaram as discussões sobre a integralidade na saúde com mais intensidade, colocando como aspecto central o trabalho multiprofissional, ao passo que ampliou a compreensão sobre os diversos significados da integralidade que abrangem a conexão das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o entendimento contextualizado e ampliado das necessidades de saúde e a sistematização conjunta da rede e dos serviços (MATTOS apud PEDDUZZI, 2007). Foi durante essa década que ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), designado posteriormente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas a reorganizar a atenção à saúde, introduzindo o trabalho em equipe nas suas diretrizes para a reestruturação do método de trabalho.

Nesse sentido, a concepção de equipe de saúde surgiu fundamentada especialmente pela ideia de atenção integral ao paciente, tendo em vista as questões preventivas, curativas e de reabilitação, as quais precisariam ser projetadas através dos conceitos de evolução saúde-doença e de história natural das doenças e do método de integração. É importante destacarmos o papel da Medicina Comunitária, a qual concebeu um processo concomitante de simplificação e crescimento do âmbito de intervenção das ações de saúde, pela distribuição de atividades com referência, em que a atenção à saúde passa a ser desempenhada por um grupo de agentes que integram a equipe, os quais auxiliam o trabalho do médico ao invés de apenas complementá-lo (PEDDUZZI, 2007).

A autora afirma que o Movimento da Medicina Preventiva, transferiu o eixo norteador da assistência médica, simbolizado pelo conhecimento científico de natureza biológica, para a assistência à saúde, a qual se configura pela prevenção das doenças, bem como pela associação entre prevenção, recuperação e reabilitação. Esclarece ainda, que o trabalho

multiprofissional não se define somente pela racionalização da assistência médica, no intuito de assegurar a melhor vinculação custo-benefício do trabalho médico e aumentar o alcance e cobertura para os usuários, como também cumpre a necessidade de conexão disciplinar e profissional, compreendida segundo o novo ponto de vista tridimensional do processo saúde-doença, como essencial para a evolução dos procedimentos de saúde.

Precisamos salientar que o conhecimento fracionado em disciplinas, o qual apenas conhece a sua especificidade, suprime a complexidade dos fenômenos vinculados à saúde, isto é, separa as problemáticas em partes isoladas e, em extremo patamar, reduz o ser humano a um objeto subdividido em fragmentos. Deste modo, o saber disciplinar não consegue resolver os seus problemas internos, ainda mais ter a capacidade de atender aos multidimensionais e complexos problemas de saúde. Aliás, a visão unilateral do saber disciplinar debilita a criatividade, interação, a capacidade crítica e reflexiva dos profissionais (BACKES et al., 2014).

Uma questão relevante trazida por Ceccim e Feuerwerker (2004) trata da formação dos profissionais de saúde, enfatizando que a abordagem hegemônica é a biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O padrão pedagógico de ensino é focado em conteúdos, sistematizado de forma dividida e isolada, seccionando os seres humanos em especialidades da clínica, desagregando os saberes dos setores básicos e conhecimentos do setor clínico, estimulando a especialização antecipada e conservando formas tradicionais de prática em saúde.

Besse; Cecílio e Lemos (2014) acrescentam que disciplinas separadas não abrangem as soluções devidas a um mundo que contém múltiplos aspectos que não são reciprocamente excludentes, pelo contrário, são percebidos na sua ligação com os outros. Deste modo, o mundo não é composto de partes desconexas, determinando uma complementação de saberes para que possamos entendê-lo e desenvolver ações nele. No tocante a saúde, esta percepção se refere a compreender o ser humano e o processo saúde-doença integralmente.

Esse tipo de conhecimento “[...] não passa de um saber míope, dicotômico, alienante e altamente contraditório a proposta ousada do SUS, que pressupõe por excelência uma compreensão ampliada e sistêmica de saúde” (BACKES et al., 2014, p. 284).

Neste debate, precisamos considerar que o processo saúde-doença é um fenômeno multifacetado e não se restringe ao fator biológico, apenas com uma percepção integral consegue ser tratado satisfatoriamente. Além disso, é necessário aprimorar a gama de conceitos para atuação de cada profissional, bem como a formação de equipes multiprofissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma, para a construção de práticas que ultrapassam a fragmentação, é preciso superar o modelo biomédico hegemônico, porque ele coloca em segundo plano os fatores sociais, econômicos e subjetivos na definição do processo saúde-doença e qualifica-se pelo reducionismo, ao lidar com os fenômenos complexos como se fossem simples, e através da dualidade corpo-mente. Em contrapartida, o modelo mais abrangente foi denominado de biopsicossocial, visto que proporciona a reorientação das funções profissionais (ENGEL apud MOTTA; AGUIAR, 2007).

O padrão médico-hegemônico evidencia um grupo de interesses sociais que delineiam uma maneira tecnológica de produzir os cuidados em saúde, extinguindo o aspecto da integralidade, sujeitando a clínica ao pouco contato com os usuários, como também a baixa autonomia deles, além da subordinação dos procedimentos decisivos a respeito da ordenação do sistema de saúde à busca da uniformização do processo saúde-doença, do enfoque das práticas entre ações básicas de saúde e atuações tecnológicas extremamente especializadas, as quais desintegram as populações sob assistência, os cuidados que devem ser garantidos, os tipos de acesso aos serviços e tecnologias, as condutas multiprofissionais, as fases de adoecimento, as etapas do campo clínico e todas as outras questões que vão de encontro à integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante da exposição dos modelos presentes na produção do cuidado em saúde, é notório que: “a formação de recursos humanos deve pautar-se na compreensão do modelo biopsicossocial aplicado ao envelhecimento e na necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional” (MOTTA; AGUIAR, 2007, p. 366). Nessa perspectiva, a formação dos profissionais precisa ser pautada na competência para ofertarem assistência integral, bem como nas diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde.

Para Campos (2000) uma teoria a respeito da produção em saúde necessitaria favorecer todas as práticas sanitárias, além disso, inserir na sua lógica, todos os meios sociais através dos quais se originam saúde e doença. Nesta perspectiva, a teoria acerca do processo saúde/doença/tratamento, não deve ser centralizada ou um instrumento restrito da saúde coletiva, porém de toda área. Sendo assim, não tem possibilidade de ultrapassar o modelo biomédico sem o aporte da clínica, apenas com contribuições da epidemiologia e das ciências sociais. Além disso, centrando-se unicamente nos aspectos biológico e subjetivo não é possível elaborar políticas de atenção integral à saúde.

Por conseguinte, o autor revela que para conceituarmos o processo saúde/enfermidade/intervenção, temos que compor o acervo básico e essencial de todos os ramos científicos e de todos os procedimentos que compreendem o setor mais abrangente da

saúde. Desse modo, orientaria todas as práticas sanitárias e não se embasaria exclusivamente numa concepção centralizada no social ou na epidemiologia, entretanto na utilização de diferenciados conhecimentos.

Perante essa análise, evidenciamos que as ações em saúde e a atuação de cada área profissional se compõem historicamente e, conseqüentemente, reiteram a fragmentação e a segmentação dos ramos do conhecimento, dos saberes e das profissões. Para restabelecê-lo, demanda um empenho de integração e sistematização que não advém imediatamente das vicissitudes do entendimento do processo saúde e doença, o qual é objeto de atuação das diferentes profissões (PEDUZZI, 2007). Por conseguinte, o trabalho em equipe no setor da saúde é uma estratégia coletiva que objetiva reduzir o forte processo de especialização que tem qualificado as práticas em saúde na atualidade (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Sendo assim, fica claro que o trabalho em equipe multiprofissional no campo da saúde, tem sido visto como tática para confrontar o acentuado processo de especificação em disciplinas, do qual resulta a decomposição e o esfacelamento do trabalho. Contrariamente, a atuação em saúde deve ser construída através do encontro entre trabalhadores e usuários, englobando constantemente grau de disputa e planos de cuidado (BESSE; CECÍLIO; LEMOS, 2014).

Uma das estratégias apontadas para a redução desta fragmentação refere-se à comunicação entre os profissionais de saúde e destes com os usuários, pois é um elemento fundamental para a integração das equipes multiprofissionais, principalmente por ser o meio pelo qual ocorre a articulação das ações e interação dos agentes. Os autores que estudam esta temática legitimam que a comunicação é indispensável para o trabalho em equipe multiprofissional de saúde (PEDUZZI, 2007).

Todavia, a inexistência de diálogo e reflexão nas equipes multiprofissionais, facilita a reprodução de metodologias baseadas na desagregação entre as disciplinas e seus diversos objetos de estudo e atuação (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Nesse contexto, é fundamental ressaltarmos os vários obstáculos para compormos um trabalho multiprofissional, especialmente se levarmos em conta a importância de cessar com uma prática fragmentada, resultado da formação constituída por disciplinas e de enaltecimento das especializações, além da maneira como o trabalho no setor saúde tem se desenvolvido. Este padrão de fragmentação, no qual cada profissional executa partes das ações sem junção das outras áreas implicadas, precisam alcançar um trabalho mais integrador, objetivando a dimensão do cuidado em saúde. Destarte, compreendemos como imprescindível as diferentes percepções dos profissionais, até mesmo para atender o que estabelece o SUS

com o princípio da integralidade – uma das bases de sustentação da atenção à saúde (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Severo e Seminotti (2010) corroboram com as autoras citadas acima, pois salientam que as ações segmentadas que emergem no processo de trabalho das equipes, chocam com o que preconiza o princípio da integralidade. De tal modo, segmenta-se o objeto de estudo em inúmeras partes a serem examinadas separadamente. Enquanto na saúde coletiva, a integralidade, o olhar sistêmico e o modelo de atenção biopsicossocial, proporcionam o debate entre as divergências e o surgimento de um sujeito complexo.

Os autores explicitam que no fazer profissional coletivo, cada trabalhador precisa estar vinculado à equipe, ao serviço e à rede assistencial, visto que por meio da sistemática de trabalho e das atividades intersetoriais entre os profissionais, que a sistematização do fazer nas equipes e nos serviços estabelece o cuidado integral, o qual diverge de práticas fragmentadas e desconectadas. De tal modo, compreendemos que a atenção integral a saúde apenas é possível quando ocorre uma articulação no trabalho, extinguindo os saberes e práticas segmentadas.

Além disso, o trabalho na saúde tem particularidades que precisamos levar em consideração, prioritariamente ao pensarmos na multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, por ser uma atuação que necessita da cooperação de conhecimentos diferentes, como o técnico, o científico, o social e os oriundos dos âmbitos éticos e político. Caracteriza-se também pela complexidade e multiplicidade profissional, dos agentes, das tecnologias, das relações sociais, da sistematização do ambiente e dinâmica. Entre outras peculiaridades, podemos elencar: a heterogeneidade por causa da diversidade de processos de trabalhos simultâneos e; o fracionamento conceitual, do refletir e agir, da técnica e divisão social do trabalho. Finalmente, o trabalho em saúde é evidenciado por subjetividades, por ligações interpessoais entre os profissionais da equipe, e destes com os usuários (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

É importante ressaltarmos que no campo da saúde há relações paradoxais e complexas, as quais geram conflitos e tensões, vinculados ao poder e aos interesses postos, podendo acarretar perda e alienação nos processos de trabalho, como também falha na comunicação e relacionamento, o que repercute sobre os usuários dos serviços de saúde. Outra questão que precisamos considerar são os vínculos, pois geralmente os profissionais se defrontam com a relação profissional-paciente-família, a qual é bastante complexa. Vale salientar, que os usuários que usam os serviços públicos, trazem consigo uma série de vulnerabilidades e

estigmas no percurso da sua história, majoritariamente com os seus direitos violados (MACEDO, 2007).

Diante disso, precisamos destacar que geralmente os profissionais dessa área encontram-se debilitados, bastante atarefados e alheios ao sofrimento humano, visto que eles também se sentem vitimados pelo sistema de saúde pública, desprotegidos continuamente nas suas necessidades de trabalho, ou seja, sem condições dignas de atuação, com salários ínfimos, e enxergam nos pacientes possíveis geradores de tensões (MACEDO, 2007).

Assim, a atuação em equipes multiprofissionais na saúde coletiva reporta à complexidade e permite troca de experiências que determinam a aproximação entre as fronteiras das disciplinas, com as diferenças e com as vulnerabilidades dos atores sociais (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

É essencial destacarmos que no Brasil, o termo saúde coletiva começou a ser usado em 1979, quando um grupo de profissionais, proveniente da saúde pública e da medicina preventiva e social buscou criar um campo científico com uma direção teórica, metodológica e política que priorizava o social como categoria de análise (NUNES apud CAMPOS, 2000).

Em uma perspectiva dialética, a saúde coletiva seria uma fração da área da saúde. É uma parcela dinâmica e com inclusão e intervenção no mínimo em dois planos no setor da saúde. Em um âmbito horizontal, no qual conhecimentos e práticas constituem parte dos saberes e ações de outros grupos e agentes sociais. Deste modo, todas as profissões de saúde, as vinculadas na clínica ou na reabilitação ou no cuidado, precisam agregar em sua formação e em sua execução fatores da saúde coletiva. Nesse sentido, a sua responsabilidade é de induzir a mudança de conhecimentos e práticas de outros atores, cooperando para modificações do modelo de atenção e da racionalidade com que operam todos os serviços de saúde. Já no âmbito vertical, a saúde coletiva se introduz como um campo específico de intervenção, ou seja, um ramo especializado com valor de uso próprio, distinto da clínica ou de outros campos de atuação (CAMPOS, 2000).

A partir do que está posto, precisamos refletir acerca do modo de organização das práticas em saúde atual, que requerem a integração das diversas áreas profissionais e de seus atores, transformando-se em um instrumento para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços oferecidos. Desde o princípio, o trabalho em equipe passou a compor, um dos elementos das recomendações de reorganização dos serviços de saúde na concepção da atenção integral (PEDUZZI, 2007).

Ademais, para desenvolvermos o debate, torna-se fundamental conceituarmos a interdisciplinaridade, visto que no espaço acadêmico surgiu a discussão no âmago da crítica à

fragmentação do saber e da produção do conhecimento (MOTA; AGUIAR, 2007). É entendida como uma fase de um processo sucessivo, dentre elas: começa na pluri/multidisciplinaridade, ou seja, profissionais trabalhando em conjunto e com opiniões correspondentes; prossegue para um entendimento, concordância e complementaridade de disciplinas, transcende o paralelismo e define-se em um processo interdisciplinar; e, quando se alcança um ponto de unificação, nos leva a uma compreensão da totalidade (POMBO apud SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

O progresso de ações interdisciplinares abrange a flexibilização dos deveres sociais e revisão das normativas profissionais, como também o aumento destas práticas na formação dos trabalhadores, procurando uma nova profissionalização apta a confrontar-se com os novos desafios teórico-práticos. Engloba a associação do ensino-pesquisa-extensão, a democratização da hierarquia institucional e a oportunidade de rompimento das defesas corporativas, admitindo a troca e o aprendizado (VASCONCELOS apud MOTA; AGUIAR, 2007).

No âmbito da saúde, a interdisciplinaridade menciona a possibilidade do entendimento do ser humano integralmente, na conjuntura das relações sociais e do processo saúde-doença. Sua estruturação transcende a simples melhoria de estratégias educativas, precisando ser firmada pela reforma acadêmica e institucional através do comprometimento com as necessidades sociais de saúde (MOTA; AGUIAR, 2007).

Severo e Seminotti agregam que:

[...] é no processo interprofissional das equipes de trabalhadores e na política pública em saúde que observamos movimentos em direção aos processos interdisciplinares, revelando a complexidade das relações humanas e da coletividade. É através da reflexão no processo grupal e nas relações intersubjetivas que se desvelam as contradições, as rupturas e as possibilidades de reinvenção e reforma de pensamento, manifestando a inseparabilidade entre sujeito e objeto. (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p. 1691).

As dificuldades encontradas no aspecto da interdisciplinaridade estão vinculadas à busca da unificação na pluralidade e vice-versa, além de descobrir como lidar com suas particularidades e com as dos outros. A diversidade de conhecimentos não deve ser vista como empecilho as atuações, porém como meio de aumentar e impulsionar as formas de interação e descobrir inúmeras respostas para os problemas de saúde, os quais geralmente são decorrentes de múltiplos fatores (BACKES et al., 2014).

Igualmente, precisamos evidenciar mais uma dificuldade posta para o trabalho interdisciplinar, a qual se refere ao processo de formação acadêmica, pois há uma divergência existente entre as reflexões teóricas e a atuação profissional. Ou seja, os conhecimentos disseminados pelo âmbito acadêmico, apresentam-se fragmentados e os saberes disciplinares de maneira desagregada.

Motta e Aguiar (2007) reafirmam que mesmo o trabalho interdisciplinar sendo recomendado, é executado com limitações, as quais abrangem desde a frágil formação dos alunos na graduação até a resistência corporativa das profissões, sendo perpassado por relações de trabalho que precisam incluir fundamentos do trabalho em equipe, prevenção, reabilitação, inserção familiar e paliativismo.

Todavia, a pesquisa desenvolvida por Besse; Cecílio e Lemos (2014) preconiza que o trabalho interdisciplinar, além de ultrapassar as demarcações das disciplinas, carece incorporar também a efetiva participação dos usuários, familiares, comunidade e governo, posto que o gerenciamento do cuidado gerado por profissionais isolados, não é o bastante para responder todas as demandas do processo de envelhecimento.

Diante do exposto, devemos distinguir o termo interdisciplinaridade da transdisciplinaridade. O primeiro está relacionado à abertura de todas as disciplinas tanto as que a perpassam como as que a ultrapassam, já o segundo objetiva a junção de dois ou mais componentes curriculares na estruturação do conhecimento (MORIN apud BACKES et al., 2014). A transdisciplinaridade foi apontada como uma nova área do saber em 1970, por Jean Piaget, a qual difere da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, no encontro *Interdisciplinaridade – Ensino e Pesquisa nas Universidades*, especificamente na Universidade de Nice, na França (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Portanto, com embasamento nos desafios apontados para viabilizar o trabalho em equipe multiprofissional ao longo dessa discussão, torna-se imprescindível à adoção de estratégias, dentre elas, podemos destacar: suscitar ambientes abertos de debates, reflexões e questionamentos das diretrizes curriculares entre os alunos dos diversos cursos de graduação da área da saúde; incentivar métodos de ensino que possibilitem assimilar, conectar e problematizar os fenômenos de saúde, ao contrário de desagregá-los, ou seja, conectando os fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que constituem a complexidade e especificidade humana; expor que cada disciplina isolada compõe um todo complexo; fomentar, durante o processo de formação, locais de prática que viabilizem ao estudante unir os conhecimentos, como também as experiências em momentos complexos, nos quais o discente precise relacionar-se, analisar, interpretar a conjuntura e desenvolver a percepção de

trabalho em equipe; propagar uma cultura de valorização e afirmação do Sistema Único de Saúde no âmbito acadêmico, bem como salientar que ele é resultado de extensas reivindicações e uma conquista da população (BACKES et al., 2014).

Outra estratégia utilizada tem sido o investimento em programas de capacitação para os profissionais de saúde, tendo em vista a constatação da necessidade de cuidar dos trabalhadores, viabilizando conhecimentos para o uso na prática cotidiana. Este tipo de ação oferece atualizações e saber técnico, bem como é uma maneira de instrumentalizá-los para atuação, favorecendo uma melhor vinculação interprofissional. Possibilita a revisão de conceitos acerca do vínculo do trabalhador em saúde com o usuário e familiares, como também discorrem sobre as dificuldades em tratar com as ocorrências inesperadas (MACEDO, 2007).

Ademais, o investimento em programas de humanização nas diversas instituições, pautados na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, busca implantar ações no cuidado aos pacientes e nas relações entre os trabalhadores. Estas iniciativas têm a propensão de sensibilizar os profissionais para uma mudança de postura, entretanto, são rigorosas referente à maneira de organização e elaboração, com a aplicação de normas e metodologias de trabalho que tendem a ser controladoras e, conseqüentemente, geram objeções (MACEDO, 2007).

2.2 Atribuições e Competências Profissionais na Produção do Cuidado em Saúde junto a Idosos institucionalizados

O cuidado realizado ao sujeito em processo de envelhecimento envolve o próprio idoso, sua família, o cuidador e a comunidade em que ele vive. Diante do cenário descrito ao longo desse estudo, percebemos uma insuficiência de possibilidades para as famílias cuidarem dos idosos em seus lares, fomentando a demanda por lugares nos quais este segmento possa receber cuidados de forma definitiva, que é o caso das Instituições de Longa Permanência para Idosos ou durante um período diário, referindo-se aos Centros de Convivência e Centros-Dia.

Os Centros de Convivência são serviços da área social direcionados aos idosos independentes, com o intuito de preservar sua autonomia e fortalecer os vínculos do idoso com a família e comunidade, com a perspectiva de impulsionar a participação social e garantir

a sua qualidade de vida (FERRIGNO; LEITE; ABIGAIL apud QUADROS; PATROCINIO, 2015).

Já os Centros-Dia são equipamentos semirresidenciais para idosos dependentes, os quais contém a institucionalização do idoso, proporcionando que ele permaneça por mais tempo em seu ambiente familiar, ofertando à família o devido suporte ao seu cuidado. Além de auxiliar na reabilitação, conservação e o restabelecimento da capacidade residual dos idosos em um patamar psicofísico (NOGUEIRA apud QUADROS; PATROCINIO, 2015).

Em referência as ILPIs, esse cuidado passa a ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde. Desta maneira, é essencial que estas equipes estejam preparadas para atender de forma integral e equitativa as necessidades do idoso. Quadros e Patrocínio (2015) ratificam que essas entidades precisam ter acesso a uma equipe multiprofissional capacitada para a atuação na esfera gerontológica.

Entendemos que a importância da inclusão da equipe multiprofissional nas ILPIs está no fato de, disponibilizarem aos idosos institucionalizados uma assistência ampliada com vistas a acolher as suas múltiplas necessidades, garantindo uma atenção integral à saúde do idoso.

Neste sentido, explicita-se que o crescente número de pessoas idosas, demanda cuidados diferenciados e realizados por profissionais qualificados. Ou seja, é fundamental que os trabalhadores em saúde estejam capacitados para cuidarem dessa população. Dessa forma, o trabalho multiprofissional não deve se restringir as ações assistenciais, porém deve valorizar as atividades voltadas para a prevenção.

Remor et al. enfatizam que é preciso:

[...] reconhecer a importância de uma equipe integrada e com atitudes interdisciplinares que associam o conhecimento ao cuidado traz benefícios para a manutenção da autonomia e independência do idoso, abrangendo aspectos emocionais, sociais e físicos. (REMOR et al., 2011, p. 397).

Em analogia ao afirmado por Piexak et al. (2012) um dos maiores desafios do cuidado multidisciplinar à pessoa idosa é possibilitar que várias áreas do conhecimento atuem conjuntamente para um bem comum, isto é, atender a pessoa idosa nas suas peculiaridades, tendo uma visão multidimensional e buscando prevenir os agravos.

O Estatuto do Idoso, no Título IV, especificamente nos Capítulos II e III, dispõe sobre as responsabilidades das entidades de atendimento ao idoso, bem como normatiza as formas de fiscalização. No Artigo 50, inciso VIII, afirma que é obrigação das instituições proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso, e também no seu inciso

XVII, enfatiza que elas devem manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

De acordo com a PNSPI há uma carência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Todavia, o perfil demográfico atual da população brasileira requer cada vez mais a preparação adequada desses profissionais para atender as suas necessidades.

Uma dessas demandas têm sido os cuidados de longa duração, operacionalizados pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos. Geralmente os idosos institucionalizados, são portadores de doenças crônicas, fazem uso de vários medicamentos, precisam de acompanhamento nutricional e psicológico.

A legislação que define o regulamento técnico e normas de funcionamento das ILPIs é a RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Esta norma foi aprovada considerando as seguintes questões: a necessidade de assegurar a população idosa os direitos garantidos na legislação vigente; prevenir e minimizar os riscos à saúde dos idosos residentes em ILPIs; determinar os parâmetros mínimos para o funcionamento e avaliação, como também procedimentos de acompanhamento das ILPIs; qualificar a efetuação de serviços públicos e privados dessas entidades. Essa normatização, a posteriori obteve pequenas alterações por meio da RDC/ANVISA nº 94, de 31 de dezembro de 2007.

O objetivo desse regulamento é determinar o padrão mínimo de atuação das ILPIs e abrange toda entidade governamental ou não governamental, designada à residência coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem assistência da família.

No que compete aos recursos humanos, à norma estabelece que precisa apresentar profissionais com vínculo formal de trabalho, com vistas a efetivar tais ações:

- Para a coordenação técnica: Responsável Técnico, com atuação mínima de 20 (vinte) horas semanais;
- Para os cuidados aos idosos: define o número de cuidadores de acordo com o grau de dependência dos residentes;
- Para as atividades de lazer: um profissional com curso superior para cada 40 (quarenta) idosos, com a carga horária de 12 (doze) horas semanais;
- Para serviços de limpeza: um trabalhador para cada 100 (cem) m² de espaço interno ou fração por turno diariamente;
- Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 (vinte) idosos, assegurando a abrangência de dois turnos de 8 (oito) horas;

- Para o serviço de lavanderia: um trabalhador para cada 30 (trinta) idosos, ou fração, cotidianamente.

A resolução salienta ainda, que a entidade que dispor de profissional de saúde ligado à sua equipe, deve determinar o registro no seu conselho de classe específico. Ademais, precisa executar atividades de educação permanente na temática de gerontologia, com o intuito de aperfeiçoar tecnicamente os funcionários que prestam serviços aos idosos.

Diante disso, a RDC nº 283 não obriga a presença de uma equipe multiprofissional, porém exige a efetivação de atividades que cabem a profissionais especializados, tais como: elaborar um plano de trabalho que preze pela garantia dos direitos dos idosos institucionalizados; informar a Secretaria Municipal de Assistência Social, como também ao Ministério Público os casos de desamparo familiar ou falta de documentos civis; a cada dois anos, desenvolver um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em conjunto com o gestor local de saúde; oferecer refeições cumprindo o estabelecido no Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação; fazer notificação à vigilância epidemiológica em situações de suspeita de doença de notificação compulsória.

Entretanto, no seu Art. 2º essa resolução deixa claro que as secretarias de saúde estaduais e municipais podem adotar normas de caráter suplementar, com o propósito de adaptar às particularidades locais.

Neste sentido, o Conselho Municipal de Direitos do Idoso (CMDI) da cidade de João Pessoa – PB estabeleceu a Resolução nº 04/2010, denominada de Norma Técnica Especial que Regulamenta o Funcionamento de Instituições de Longa Permanência destinadas a Pessoas Idosas do Município de João Pessoa/PB, compreendendo as instituições de natureza privada filantrópica e pública civil ou militar.

Esse regulamento define as ILPIs como estabelecimentos, sob diferentes nomenclaturas: casas de repouso; abrigos; estabelecimentos geriátricos; lugares similares e equipados para assistir idosos, em sistema de internato ou não, perante pagamento ou não, ao longo de um tempo delimitado ou não, que possui um quadro de profissionais e funcionários legalmente contratados, baseado na legislação trabalhista em vigor, para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e realizar outras ações inerentes à rotina institucional.

Perante esta conceituação, é válido destacarmos que devido ao caráter híbrido dessas entidades, a SBGG recomendou empregar a nomenclatura Instituição de Longa Permanência para Idosos, a qual foi adaptada do termo Long-Term Care Institution, usado pela OMS. Tais

instituições precisam disponibilizar serviços nas seguintes áreas: social, de enfermagem, de fisioterapia, médica, psicológica, de terapia ocupacional, dentre outras, segundo a necessidade dos idosos residentes (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

A resolução citada acima apresenta como objetivo geral – designar normas e pré-requisitos para o funcionamento das ILPIs e, tem como objetivo específico, determinar critérios para o mais adequado trabalho das entidades, relacionados às condições e fatores legais, físico-estruturais, operacionais, higiênico-sanitários e ocupacionais.

Em relação aos recursos humanos, essa normatização é mais enfática, visto que no tocante a responsabilidade técnica, impõe que esses estabelecimentos apenas poderão atuar com profissional regularmente habilitado, da área de saúde, de nível superior, ou áreas relacionadas, com formação adequada ou com experiência na assistência à saúde do idoso.

Além disso, com a finalidade de regulamentar o quadro de profissionais necessários ao desenvolvimento das atividades pelas ILPIs, subdivide esses serviços conforme o porte e grau de dependência dos idosos. No que se refere ao porte, classificam-se: pequeno porte (01 a 20 idosos), médio porte (21 a 60 idosos) e grande porte (acima de 60 idosos). Quanto ao grau de dependência, categorizou-se: idosos sem dependência física e mental e idosos com dependência física e mental. Salientamos que o grau de dependência de um idoso determinará os cuidados a serem obtidos e, apesar dessas entidades não poderem ser classificadas como instituições de saúde, as ações desse tipo são as ofertadas majoritariamente (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

A partir desta identificação, foram assinalados 06 (seis) tipos de ILPIs, a saber: instituição de pequeno porte sem idosos dependentes; entidade de pequeno porte com idosos que possuem dependência física e mental; instituição de médio porte com idosos independentes; entidade de médio porte com idosos que tem algum tipo de dependência; instituição de grande porte que não possuem idosos dependentes e entidade de grande porte com pessoas idosas que apresentam dependência física e mental. Assim, o quantitativo de profissionais, a quantidade de dias e horas prestando serviços, depende do perfil de atendimento da instituição. A título de exemplo, iremos descrever quais os profissionais são necessários para uma entidade de pequeno porte sem a presença de idosos portadores de dependência física e mental: um profissional enfermeiro responsável pela supervisão das ações de enfermagem no mínimo uma vez por semana; um técnico de enfermagem no período de vinte e quatro horas; um nutricionista e um terapeuta ocupacional no mínimo uma vez por semana; um médico responsável pela avaliação dos idosos uma vez por mês, com anotação em ficha individual; profissionais como: psicólogo, assistente social e educador físico, duas vezes por semana;

profissionais como: fisioterapeuta, odontólogo e fonoaudiólogo, quando for necessário; dois cuidadores para cada vinte idosos, ou fração por turno.

Ante o exposto, torna-se fundamental refletirmos que apesar da ausência do Estado na proteção aos idosos no tocante as Instituições de Longa Permanência para Idosos, sua presença se impõe a partir da normatização (necessária). Por conseguinte, o poder público determina uma série de regras, não realiza a sua função e apenas exerce fiscalizações.

Em consonância com esse dispositivo legal, Santos e Silva citadas por Salcher; Portella; Scortegagna (2015) reforçam que para o processo de trabalho ter qualidade nas entidades que ofertam cuidados de longa duração para idosos, a equipe multiprofissional tem que ser formada por: assistente social, educador físico, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo, como também por cuidadores.

Quando nos reportamos à realidade na qual o nosso estudo se realizou, inferimos que em relação a tais necessidades, o município de João Pessoa ainda deixa muito a desejar.

Em pesquisa recente acerca das ILPIs no município de João Pessoa/PB, Lima et al. constataram que:

A maioria das ILPIs é filantrópica, funcionam entre 15 a 107 anos, são de origem religiosa, apresentam número de idosos que variam entre 11 a 110 residentes. A assistência à saúde é provida na maioria das vezes por médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos, e os cuidados são realizados por cuidadores de idosos e empregados domésticos. A infraestrutura física das ILPIs visitadas necessita de ajustes e, principalmente, de áreas que forneçam atividades que garantam a otimização da capacidade funcional no idoso institucionalizado. O apoio recebido pelas ILPIs é proveniente de ações voluntárias de familiares, religiosos, universidades e escolas de ensino técnico. Há carência de propostas voltadas às políticas públicas à pessoa idosa, há necessidade de apoio governamental em equipes de saúde no enfoque multidimensional. (LIMA et al., 2015, p. 10).

A normatização exposta anteriormente trouxe grandes desafios para o município citado. O contato com a realidade empírica atestou que as ILPIs do município de João Pessoa/PB precisam manter, em seus recursos humanos, profissionais com vínculo formal de trabalho, em conformidade com o porte e grau de dependência, dentre estes: Assistente Social, Auxiliar de Serviços Gerais, Cuidador, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Técnico de Enfermagem e Terapeuta Ocupacional.

A legislação preconiza ainda que além do quadro de servidores, a entidade tem a possibilidade de dispor de profissionais que trabalhem voluntariamente, conforme a Lei 9.608/98, a qual regulamentou o serviço voluntário.

Salientamos que esse regulamento especial afirma que os municípios brasileiros de modo geral, através de requerimento respaldado, propiciarão funcionários para a equipe multiprofissional, como institui o Fundo Municipal do Idoso.

Neste cenário, torna-se fundamental destacarmos as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. No estudo de Backes e colaboradores (2014), foram analisados nove cursos de graduação (Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional), para buscar quais os fundamentos no currículo se reportam ao trabalho em equipe multiprofissional, focalizando na interdisciplinaridade. Conforme tal pesquisa, as diretrizes curriculares avaliadas na sua totalidade garantem à importância de se desenvolver habilidades e competências para a atuação em equipe, no decurso da formação acadêmica.

No campo da gerontologia, a interdisciplinaridade é inerente à atuação em equipe, já que o processo de envelhecimento é demarcado por diversos elementos, o qual requer a colaboração de várias disciplinas para alcançar uma ampla compreensão que permita a estruturação de um acompanhamento mais integral na atenção à saúde do idoso (BESSE; CECÍLIO; LEMOS, 2014).

Destarte, evidenciamos que as resoluções mencionadas requisitam ações para serem viabilizadas por intermédio de uma equipe multiprofissional, para atender as necessidades de cuidado intrínsecas ao idoso, pois se configuram enquanto multifatoriais, ou seja, objetivam os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Entretanto, a legislação omite quais são as atribuições e os requisitos necessários de cada categoria profissional na produção do cuidado em saúde para os idosos e, ao mesmo tempo solicita a execução de atividades que devem ser efetivadas por profissionais específicos, como por exemplo: estimular e articular a participação da família e da comunidade na assistência ao idoso institucionalizado.

Em tal caso, usaremos a literatura disponível para buscarmos expor as atribuições de cada seguimento profissional dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos. A condição fundamental para os profissionais de saúde atuar nas ILPIs é entender o processo de envelhecimento para definir as ações que contemplem integralmente as necessidades dos idosos institucionalizados e atendê-los considerando os fundamentos da autonomia, com o intuito de realizar um cuidado com sensibilidade, convicção, prudência e responsabilidade (LEMOS; BARROS, 2012). Com isso, iremos discorrer sobre o papel de alguns profissionais de saúde e suas atribuições nas ILPIs, dentre eles: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A atribuição do assistente social consiste em manter e/ou recuperar as relações familiares, buscando com que a família se faça presente, proporcionando a assistência necessária ao idoso e aos profissionais que trabalham em prol dele no cotidiano. Geralmente este profissional, atua em instituições públicas ou filantrópicas (QUADROS; PATROCÍNIO, 2015).

Lemos e Barros (2012) discorrem sobre o papel fundamental do assistente social na construção de programas e espaços para as atividades, como também a probabilidade deste profissional viabilizar os direitos dos idosos, tais como, os relacionados ao INSS, a reivindicação de medicações de alto custo e exames de alta complexidade ao poder público. Ademais, tem a possibilidade de delinear e analisar o vínculo familiar de cada residente.

A atuação do enfermeiro compete à realização de cuidados de maior complexidade e que requer o saber científico. Possui tais incumbências: gerenciamento, o papel de cuidar, educar e de pesquisar. A primeira função vincula-se a suprimento de medicamentos e materiais de curativos, além de outros, conforme a necessidade da entidade; a criação de regulamentos e rotinas; a introdução e efetivação do prontuário dos idosos, bem como das escalas mensais dos profissionais. A segunda atribuição refere-se a proporcionar o cuidado de forma organizada e com qualidade por intermédio da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, a qual possui cinco fases interligadas: investigação, diagnósticos de enfermagem, planejamento, prescrições de enfermagem e verificação, bem como os cuidados principais com hidratação, alimentação, locomoção, comunicação, análise e efetivação de curativos durante mais vezes diariamente, entre outras tarefas, minimizando as necessidades de atendimentos médicos e internações (LEMOS; BARROS, 2012).

Ademais, o enfermeiro precisa articular a educação continuada dos profissionais no seu local de atuação, como um método de evolução pessoal, conduzindo-o a uma satisfação no trabalho, aprimorando a sua produtividade e cuidado realizado. No tocante ao papel de pesquisador, esse profissional deve buscar inovações, expandindo seus conhecimentos e contribuindo com troca de experiências e estudos que ainda são insuficientes sobre as temáticas da geriatria (LEMOS; BARROS, 2012).

A atuação do fisioterapeuta incide sob o seu objeto de estudo que é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e capacidades, seja nas suas modificações patológicas, seja nos seus impactos psicológicos e orgânicos, com a finalidade de resguardar, conservar, potencializar ou recuperar a integridade de órgãos, sistema ou função. Deste modo, a maior responsabilidade do fisioterapeuta é a locomoção física e perceber como cada doença motora pode interferir no cotidiano dos idosos. Neste segmento, há uma maior ocorrência e

frequência de doenças crônicas e degenerativas, as quais se não tiverem os cuidados e tratamentos adequados se transformam em incapacidades físicas para o idoso, deixando-o dependente (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

As autoras enfatizam também que a atuação do médico é voltada para definir o perfil de saúde de cada idoso, suas capacidades funcionais e seu estado psicossocial, com o propósito de elaborar um plano terapêutico individual e acompanhamento em longo prazo.

O nutricionista realiza a sua atuação objetivando os hábitos alimentares saudáveis, conforme o perfil de cada idoso, fundamentado nas suas necessidades e doenças pré-existentes, além da relevância em buscar ouvir as predileções alimentares. Isto ocorre por meio de análises nutricionais e antropométricas, considerando ainda a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, patologias crônicas, a exemplo da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Outrossim, a nutrição desempenha um trabalho educativo com os encarregados pela preparação dos alimentos, instruindo-os sobre o local correto para o manuseio das refeições no que se refere à temperatura, luminosidade, umidade, acústica, higienização, descongelamento, bem como faz recomendações aos residentes (LEMOS; BARROS, 2012).

A função do psicólogo traduz-se em apoiar o idoso a habituar-se às alterações advindas do processo de institucionalização, expondo formas para lidar com a convivência entre os demais residentes e a equipe. Realiza orientações aos familiares e funcionários quando necessário, sobre alguns comportamentos perante aos idosos. Além disso, concede assistência para o residente superar a solidão, sentimento de abandono, ansiedade, angústia, perdas, receio da morte, com vistas a minimizar as dores emocionais (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

Compete ao terapeuta ocupacional analisar a repercussão do envelhecimento, enfermidade ou transformação social em todas as tarefas do idoso. A principal finalidade deste especialista no trabalho com esse segmento reside em favorecer a independência e autonomia nas atividades de vida diária, como por exemplo, se alimentar e tomar banho, e nas atividades de vida prática, isto é, aquelas ligadas à gestão do espaço que se vive, tais quais, comprar alimentos e organizar o quarto, constituindo conexão entre a instituição e o ambiente externo. Outrossim, tem o intuito de reduzir o nível de ociosidade, dependência e solidão do idoso, através de atendimentos individualizados e coletivos, procura retomar a motivação, a dignidade e elevar o grau de emancipação e autossuficiência (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

Por fim, é primordial mencionarmos a necessidade da educação permanente para todas as categorias de profissionais de saúde, visto que “é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas

práticas” (CECCIM, 2004, p. 166). Nesta lógica, o cotidiano de atuação das equipes multiprofissionais em Instituições de Longa Permanência para Idosos requisita o constante aprimoramento desses profissionais por meio da educação continuada, em virtude da diversidade e complexidade de demandas deste segmento.

Com base nas atribuições em ILPIs para cada profissional de saúde expostas acima, fica claro que a qualificação deles e a ampliação de pesquisas científicas na área de geriatria e gerontologia são indispensáveis para se cuidar de forma específica e adequada da pessoa idosa. Deste modo, cuidar significa:

[...] empreender comportamentos e ações que envolvam conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. (WALDOW apud PIEXAK, 2012, p. 205).

É importante destacarmos, que além da capacitação dos profissionais de saúde para enfrentarem esta realidade, é essencial expandir as políticas sociais para melhor atenderem as necessidades da pessoa idosa. Assim, torna-se cada vez mais relevante a reflexão sobre o aperfeiçoamento das instituições designadas a prestar cuidados de longa duração à população idosa, a qual precisa de assistência integral, em relação às condições sociais, mentais, físicas e afetivas nas quais vivem.

Compreendemos que o segmento idoso é permeado por peculiaridades e, por isso, precisam ser executadas ações que objetivem adaptar as equipes quanto ao número de funcionários e qualificação dos profissionais, com vistas a aprimorarem a assistência a este público, influenciando no avanço da sua qualidade de vida (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Com essa perspectiva, as resoluções citadas neste subitem reafirmam que as entidades precisam desenvolver ações de educação permanente no âmbito da gerontologia, com o propósito de aperfeiçoarem tecnicamente os funcionários comprometidos a prestarem serviços aos idosos. É válido mencionarmos, que a norma técnica referente à condução das atividades nas ILPIs de João Pessoa/PB, especifica que esses locais devem disponibilizar recursos humanos qualificados e em número satisfatório para a efetivação das ações. Além disso, precisam estabelecer programa de capacitação de pessoal.

A partir do panorama exposto, ainda precisamos considerar as problemáticas postas para a atuação de uma equipe multiprofissional em Instituições de Longa Permanência para Idosos. No estudo efetivado por Salcher; Portella; Scortegagna (2015) em 14 (quatorze) ILPIs da cidade de Passo Fundo/RS, os profissionais que constituem as equipes de saúde

sinalizaram os seguintes desafios: a administração dos serviços, a organização das ações de cuidado, o cumprimento do regulamento técnico das ILPIs, a representação desestimada do cenário da institucionalização, o convívio e mediação de conflitos.

Outra importante questão exposta faz alusão à complexidade de delimitação do financiamento das ILPIs, passando por pontos tocantes à natureza dessas entidades, visto que elas ofertam serviços de assistência social, como também de saúde. De tal modo, as entidades direcionadas aos cuidados de longa duração para idosos, não dispõem de iniciativas e programas do poder Estatal, dirigidos especificamente para mantê-las.

A pesquisa supracitada indica ainda, as perspectivas dos profissionais quanto à atuação em ILPIs, registrando a gerontologia como uma especialização em expansão; a confiabilidade na efetivação das diretrizes legais para a inserção de uma equipe multiprofissional; a conscientização para o reconhecimento profissional e a ampliação de programas mantidos pelo setor público no contexto de cuidados de longa duração.

Ademais, a promoção do vínculo entre o idoso e sua família também traz benefícios à assistência integral à saúde. Sendo assim, cabe à equipe multiprofissional desenvolver estratégias para preservar e fortalecer este vínculo.

A pessoa idosa institucionalizada deve ter o contato familiar, pois o mesmo permite que se mantenham próximos ao ambiente familiar, preservando assim seus valores e mantendo sua autoestima. Uma constante preocupação dos profissionais de saúde da ILPI é procurar motivar os familiares a serem mais ativos no cuidado da pessoa idosa, estabelecendo vínculo entre a pessoa idosa, família e profissional de saúde. (PIEXAK, 2012, p. 207).

Destarte, “a família também deve estar envolvida e se posicionar no processo decisório sobre questões que envolvam a vida do idoso na instituição” (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015, p. 266-267). Sendo assim, é preciso sensibilizar os familiares, visto que também será núcleo de atenção, vislumbrando que a função da família é essencial na concretização das ações no interior das instituições (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Finalmente, é perceptível a relevância do trabalho multiprofissional para as ILPIs, pois as equipes multiprofissionais não só tornam o trabalho mais completo, como também a troca de experiências, o respeito ao trabalho e a opinião dos outros profissionais de saúde, enriquece o debate das questões que envolvem o envelhecimento humano.

CAPÍTULO III – A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA VIABILIZAR OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NAS ILPIs DE JOÃO PESSOA/PB

Este estudo utilizou uma abordagem quanti-qualitativa, exploratória e descritiva. No que se refere à tipologia, a pesquisa foi de campo, desenvolvida na cidade de João Pessoa/PB, no período de julho a setembro de 2016. Foram eleitos como locais da pesquisa, 03 (três) Instituições de Longa Permanência para Idosos, a saber: Casa da Divina Misericórdia, a qual iniciou suas atividades no ano de 1999, localiza-se na Rua Zélia Medeiros de Araújo, nº 127, Jardim Cidade Universitária e realiza atendimentos a 32 (trinta e duas) idosas; Instituição Espírita Nosso Lar, fundada em 1980, situa-se na Praça Abdon Milanez, nº 115, Castelo Branco I e desenvolve seus atendimentos a idosos de ambos os sexos, contabilizando 24 (vinte e quatro) mulheres e 13 (treze) homens; Vila Vicentina Júlia Freire vincula-se à Sociedade São Vicente de Paulo, foi fundada em 1944, encontra-se na Rua Etelvina Macêdo de Mendonça, nº 327, Torre e faz atendimentos a idosos de ambos os sexos, dentre estes, 33 (trinta e três) homens e 30 (trinta) mulheres. Tais entidades foram selecionadas devido à acessibilidade, pois a pesquisadora atuou anteriormente nas duas últimas descritas como Assistente Social.

Posteriormente, realizamos contato preliminar com os gestores das ILPIs e com a equipe de saúde, através de contato telefônico e visitas. Convidamos todos os profissionais de nível superior de diversas categorias que trabalham na área da saúde, dentre os quais foram incluídos: Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Pedagogo e Psicólogo. Deste modo, os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais totalizaram 17 (dezesete) profissionais. Foram excluídos, aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

A partir disso, efetivamos o levantamento bibliográfico e das legislações que orientam os direitos instituídos para a pessoa idosa, o que possibilitou o conhecimento primário e o aprofundamento da temática direcionada ao trabalho das equipes multiprofissionais nas ILPIs, bem como a contribuição desses profissionais para viabilizar os direitos das pessoas idosas residentes.

Realizamos a coleta de dados, por meio da observação participante, da entrevista semiestruturada, da pesquisa documental e do levantamento bibliográfico. O material coletado na entrevista produziu um banco de informações, das quais usamos para traçar o perfil dos

sujeitos da pesquisa e elementos da formação, além dos questionamentos acerca dos direitos da pessoa idosa e à atuação da equipe multiprofissional.

Para facilitarmos a compreensão, os dados quantitativos foram dispostos através de gráficos e tabelas. Enquanto os dados qualitativos foram organizados através da fragmentação dos depoimentos fornecidos e a posteriori analisados à luz da literatura vinculada à teoria social crítica, na qual buscamos um diálogo com a produção do conhecimento pertinente às temáticas relacionadas aos objetivos do estudo.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, por meio do CAAE: 55981416.9.0000.5188 e número do parecer: 1.554.970, em 19 de Maio de 2016. Em seguida, atendemos os critérios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Como já sinalizamos anteriormente, o objetivo desse estudo foi analisar qual a contribuição das equipes multiprofissionais para a viabilização dos direitos sociais das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de João Pessoa/PB. Logo, não apresentou riscos para os sujeitos envolvidos no estudo, como também não identificou os participantes da pesquisa.

Entretanto, trouxe benefícios à população idosa e para os profissionais de saúde que atuam com este público, tendo em vista que verificou a contribuição destes profissionais para a efetivação dos direitos sociais da pessoa idosa preconizados na legislação brasileira.

Neste capítulo, iremos expor os resultados obtidos no campo, o qual designa o título deste trabalho. Assim, organizamos os mesmos através dos seguintes tópicos: o perfil dos sujeitos da pesquisa; o conhecimento deles acerca dos direitos sociais da pessoa idosa estabelecidos na legislação brasileira e os aspectos relacionados à atuação da equipe multiprofissional nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

3.1 Perfil dos Entrevistados

Os dados demográficos e as categorias das respostas foram apresentados por meio de estatísticas descritivas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão), de frequência e porcentagem.

A primeira tabela apresenta os dados demográficos da amostra. Os resultados revelaram uma maioria de gênero feminino (94,12%), enquanto apenas (5,88%) do gênero masculino. Os dados apresentados corroboram com estudos anteriores, os quais discutem o processo de feminização da força de trabalho em saúde.

Dessa maneira, a inclusão da mulher nas ocupações e profissões de saúde é um fato em crescimento que está sendo analisado com o seguinte propósito: percepção do aumento no mundo do trabalho e das particularidades do setor saúde que revela mais de 70% dos trabalhadores do gênero feminino. Ou seja, debater a temática da feminilização nas atuações de saúde, significa pensar a respeito da saúde e qualidade de vida de profissionais nos seus cenários de trabalho e de formação (MATOS; TOASSI e OLIVEIRA, 2013).

Segundo os dados do IBGE, as mulheres representam a maioria dos estudantes de nível superior (61,7%), inclusive nas profissões vinculadas a área da saúde (COSTA et al. apud MATOS; TOASSI e OLIVEIRA, 2013). Outro fator relevante, é que mesmo as profissões até pouco tempo vistas como “historicamente masculinas” (médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários), ocorreu um crescimento da presença das mulheres nos grupos etários mais jovens (MACHADO et al. apud MATOS; TOASSI e OLIVEIRA, 2013). Observamos ainda que:

A divisão sexual do trabalho é uma constante nas práticas do trabalho na área da saúde que apresentam uma concepção de oposição entre o tratar (saber e fazer médico) e do cuidar (saber e fazer de enfermagem). Percebe-se nesta relação um processo de antagonismo, que de certa forma foi “naturalizado”, provocando inquietações sobre a existência de hierarquia e dominação nestas relações. Observa-se a permanência da feminização no trabalho na área da saúde, principalmente nos setores da enfermagem, higienização e nutrição, que são também caracterizados pela crescente precarização e flexibilização nas relações de trabalho. Historicamente, o campo de trabalho da área da saúde é um lugar de concentração de trabalho feminino. (PASTORE et al., 2008, p. 3).

Quanto à idade dos profissionais de saúde entrevistados, evidenciou-se que a amostra é composta majoritariamente pela faixa etária dos 41-50 anos (29,41%) e dos 51-60 anos (23,53%), o que sinalizou maturidade cronológica, contudo quando verificamos os dados referentes ao tempo de serviço nas ILPIs pesquisadas (cf. gráfico 2), observamos que quase metade das equipes se inseriu recentemente nesses espaços sócio ocupacionais.

Tabela 1. Descrição dos Dados Demográficos dos Profissionais. João Pessoa – 2016.

		F	%
Gênero	Feminino	16	94,12
	Masculino	01	5,88
Idade	21-30 anos	03	17,65
	31-40 anos	03	17,65
	41-50 anos	05	29,41
	51-60 anos	04	23,53
	Acima de 60 anos	02	11,76

Fonte: Pesquisa Direta

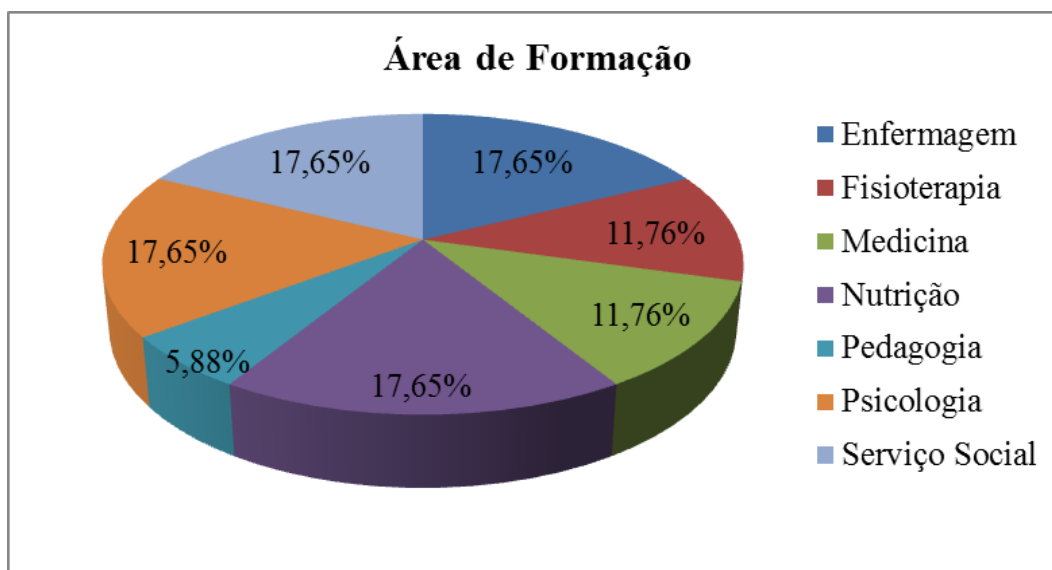
O gráfico 1 apresenta a área de formação dos sujeitos da pesquisa, os quais compõem as equipes multiprofissionais das 03 (três) ILPIs participantes desse estudo. Os resultados expressaram que as profissões vinculadas às áreas de: Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, tiveram a mesma representação equivalente a (17,65%). Posteriormente, a maior representatividade foi dos profissionais de Fisioterapia e Medicina, correspondendo cada uma delas a (11,76%) da amostra.

No estudo de Salcher; Portella e Scortegagna (2015), as pesquisadoras analisaram 14 (quatorze) Instituições de Longa Permanência para Idosos da cidade de Passo Fundo/RS e constataram que dentre os profissionais que compunham a equipe de saúde dessas entidades, existiam: 03 (três) Educadores Físicos, 10 (dez) Enfermeiros, 11 (onze) Fisioterapeutas, 08 (oito) Nutricionistas e 06 (seis) Psicólogos. As autoras também salientaram que mesmo essas entidades prestando serviço tanto no ramo da saúde como de assistência social, nenhuma delas possuía como membro da sua equipe multiprofissional o Assistente Social. Entretanto, nas ILPIs pesquisadas, constatamos a presença do profissional de Serviço Social em contraposição ao estudo supracitado.

É importante destacarmos que apenas (5,88%) dos profissionais têm a formação voltada para a área de Pedagogia. Este percentual nos revelou que a presença do Pedagogo nas ILPIs avaliadas é mínima. Outrossim, durante a pesquisa de campo nos foi informado que esse profissional teria o papel de substituir as funções do Terapeuta Ocupacional, visto que a equipe multiprofissional cedida pela Secretaria de Desenvolvimento Social, vinculada a Prefeitura Municipal de João Pessoa, não pode contratar profissionais da área de saúde.

Vale ressaltarmos, a importância da atuação do Serviço Social nas ILPIs, de acordo com o mencionado por Lemos e Barros (2012), visto que tem a função de encaminhar os direitos sociais dos idosos residentes, como também buscar preservar e/ou retomar os vínculos familiares, conforme exposto no estudo de Quadros e Patrocínio (2015).

Gráfico 1: Área de Formação. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta

No tocante ao processo de formação desses profissionais, a maioria (70,59%) afirmou que possui pós-graduação. Dentre esses, a maior parcela (75%) apresenta Especialização em diversas áreas, tais como: saúde pública, saúde da família e recursos humanos. No entanto, apenas (25%) têm Especialização na área de Geriatria ou Gerontologia.

Com base nas informações acima descritas, é fundamental enfatizarmos que diante do novo perfil demográfico dos brasileiros, aumentaram as demandas que requerem profissionais especializados no campo da Geriatria e da Gerontologia, porém a insuficiência de especialistas nessas áreas no Brasil é uma realidade sinalizada por Motta e Aguiar (2007). Nesta perspectiva, as ILPIs também precisam dispor de recursos humanos qualificados para viabilizar a assistência necessária, com o intuito de acolher as especificidades dos residentes, sobretudo, daqueles que tem o maior grau de dependência. Importante acrescentar que:

Para que ocorra uma reorganização do processo de trabalho e uma maior valorização dos sujeitos que constituem a equipe de saúde das ILPIs, é necessário promover uma formação profissional coerente ao contexto social contemporâneo, pautado na responsabilidade e no comprometimento com as questões emergentes da longevidade, juntamente com ações de educação permanente, para que os próprios profissionais sejam capazes de realizar modificações nas dinâmicas pertinentes ao exercício profissional. O engajamento das relações sociais entre equipe, usuários e gestores de saúde organiza e conduz os serviços a propiciar mudanças, tornando o trabalho cada vez mais qualificado. (SALCHER et al., 2015, p. 269).

De acordo com o evidenciado pela PNSPI (2006), os dados relativos ao processo de formação da nossa amostra corroboram com o que foi posto como desafio por este documento, ou seja, ainda perdura a insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento/saúde da pessoa idosa. Ademais:

O trabalho de uma equipe nas ILPIs, de acordo com os profissionais que a compõem, revela em seu cotidiano situações das mais diversas ordens que, vistas como uma problemática que requer ações conjuntas constituem desafios. Estes vão desde a gestão do serviço, sistematização das ações cuidativas, atendimento ao regulamento técnico das ILPIs, imagem desestimada do contexto da institucionalização até o fato de conviver e mediar conflitos. (SALCHER et al., 2015, p. 263).

Quanto à participação das equipes multiprofissionais em capacitações direcionadas aos direitos da pessoa idosa, a maior parte dos entrevistados (70,59%) expôs que já fizeram cursos e formações relacionados a esta temática. Vale ressaltarmos, que uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) refere-se a providenciar recursos adequados para garantir qualidade da atenção à saúde deste segmento. Especificou também, que é necessário prover recursos para práticas de qualificação e capacitação de recursos humanos, bem como desenvolvimento da capacidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na assistência à pessoa idosa.

Outrossim, a Lei 8.080/90 em seu artigo 14 estabeleceu como estratégia fundamental: a formação e a educação continuada dos recursos humanos do SUS. De tal modo, o estudo de Ceccim (2005, p.165) confirmou o que está posto no aparato legal, pois destaca que “a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde”.

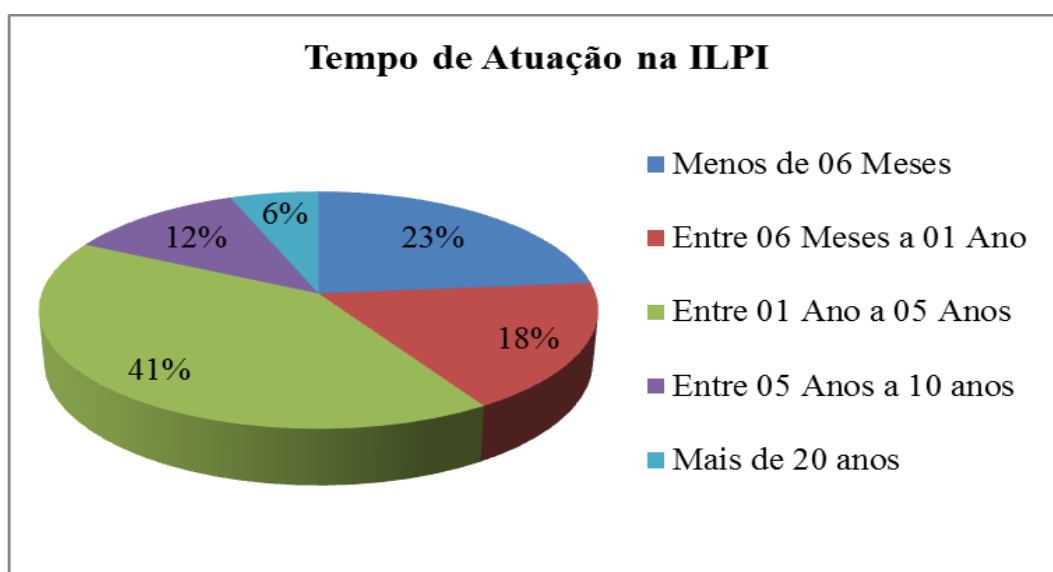
Em relação à educação em saúde, Miranda (2006) apontou que no ano de 2003, obteve regulamento de política pública e objetiva, através de modificações nos cursos de capacitação e desenvolvimento em saúde, como também pelo intercâmbio entre as entidades de ensino superior, profissional e o mercado de trabalho, realizar novas técnicas em saúde, direcionadas

para o comprometimento ético, humanização, administração democrática, capacitação técnica e política, educação permanente e controle social, no qual o lugar e a rotina de trabalho são objetos de análise e atuação. Outro fator importante destacado pela autora é o baixo investimento dos municípios em capacitações para os recursos humanos que atuam na área da saúde.

A partir disso, é necessário frisarmos que a inserção da Educação Permanente em Saúde², é uma estratégia imprescindível para reconstituir as atividades de atenção, formação, gestão, elaboração de políticas e controle social no campo da saúde, designando práticas intersectoriais e regulares com a área da educação, atrelando as modificações na graduação, na pós-graduação, nas residências e no nível técnico, a extensa porosidade dos direitos e necessidades de saúde dos usuários e da universalidade e equidade das atuações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

Em alusão ao tempo de atuação dos profissionais nas entidades que compõem a amostra, constatou-se que a maioria (41%) atua entre 01 (um) ano a 05 (cinco) anos nas instituições. Logo após, o percentual mais relevante é dos profissionais que exercem sua prática profissional nos locais pesquisados há menos de 06 (seis) meses (23%). Em contraposição, apenas (6%) exerce suas funções há mais de 20 (vinte) anos nas ILPIs, conforme expõe o gráfico abaixo:

Gráfico 2: Tempo de Atuação na ILPI. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta

² Termo adotado por CECCIM, R.B (2005).

Conforme estamos discutindo, esse tempo reduzido de atuação profissional nas ILPIs advém de alguns fatores. O primeiro deles se refere ao número pequeno de entidades e ao tempo de serviço recente no Brasil, especificamente na região Nordeste. Quanto ao tempo de atuação das Instituições de Longa Permanência para Idosos estudadas, conforme reportamos na apresentação deste capítulo, a Vila Vicentina Júlia Freire foi fundada em 1944, já a Instituição Espírita Nosso Lar iniciou suas atividades em 1980 e a Casa da Divina Misericórdia foi inaugurada no ano de 1999. Isso posto, constatamos que dentre as ILPIs pesquisadas, o tempo máximo de funcionamento corresponde a 73 (setenta e três) anos.

Ainda é pertinente evidenciarmos a rotatividade dos profissionais que atuam nessas entidades, bem como o tipo de vínculo empregatício a que estão submetidos, pois dentre a amostra de 17 (dezessete) entrevistados, 05 (cinco) membros das equipes foram cedidos pela Secretaria de Desenvolvimento Social e 04 (quatro) eram voluntários.

Em pesquisa realizada pelo IPEA (2008) foram identificadas 302 (trezentos e duas) ILPIs no Nordeste brasileiro, sendo que 1/3 (30,8%) das instituições estavam localizadas em Pernambuco e outras (27,2%), situavam-se no Estado da Bahia. Na Paraíba, constatou-se apenas 19 (dezenove) entidades distribuídas entre 11 (onze) municípios, equivalendo a somente (4,9%) de cobertura municipal, embora seja o Estado com a maior proporção de idosos (10,2%) da região supracitada.

O segundo fator é que as Instituições de Longa Permanência para Idosos ainda não são responsabilidade do Estado, ou seja, até esse momento não se colocam como prioridade na implementação tanto da PNI quanto da PNSPI, conforme já sinalizado no estudo de Teixeira (2008), o qual indicou a intensa atuação do terceiro setor nas ações voltadas para esse segmento etário. O terceiro que decorre dessa omissão é a responsabilização cada vez maior das famílias na produção do cuidado da pessoa idosa, visto que a própria legislação deixa evidente essa divisão de responsabilidades, bem como de acordo com as análises de Faleiros (2012) e Prado (2012), como já apresentamos nos capítulos teóricos dessa pesquisa.

3.2 Questões Relacionadas aos Direitos Sociais da Pessoa Idosa

De acordo com os nossos objetivos de pesquisa, buscamos informações acerca do conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos direitos sociais da pessoa idosa. O gráfico 3 demonstra que (59%) da amostra conhece integralmente o Estatuto do Idoso. Em contrapartida, nos revela que (35%) tem conhecimento acerca da Política Nacional do Idoso, e somente (30%) conhecem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Diante disso, fica claro que mesmo os profissionais atuando na área da saúde, um número significativo dos entrevistados ou conhecem parcialmente (41%) ou não tem conhecimento (29%) do instrumento legal – PNSPI, o qual norteia as ações voltadas para esse segmento populacional no campo da saúde. Paradoxalmente, o estudo de Piexak et al. (2012) concluiu que para reduzir as problemáticas e adversidades postas na assistência as pessoas idosas numa ILPI e para prestar um cuidado efetivo a esse público, é necessário que os trabalhadores de saúde conheçam e utilizem os objetivos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, assegurando seu bem estar, dignidade e o direito à vida.

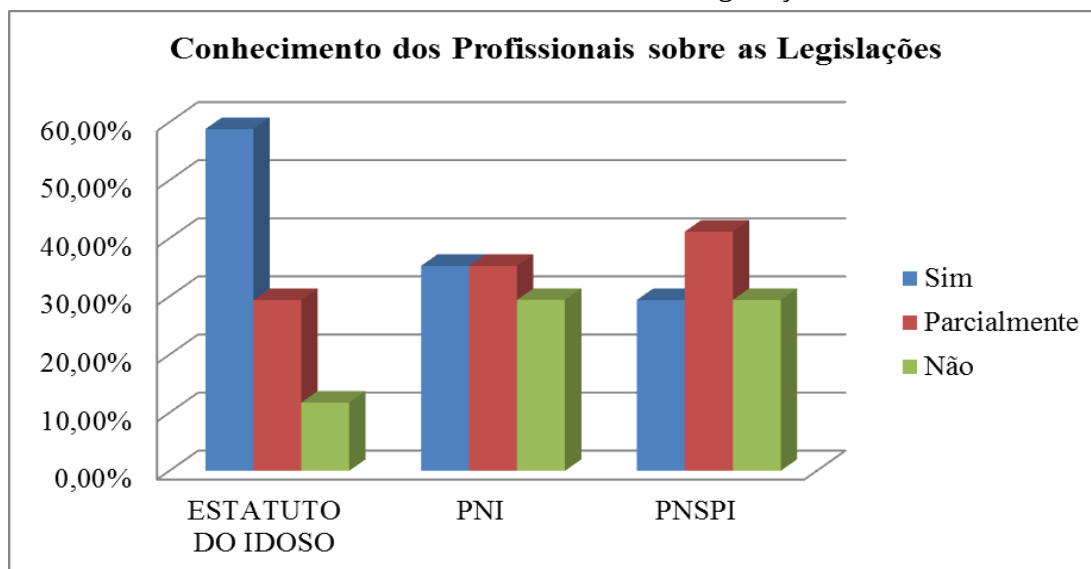
Com base nos dados descritos acima, emergiu o seguinte questionamento: De que maneira os profissionais das ILPIs pesquisadas implementam as práticas de saúde se somente 30% possui conhecimento da PNSPI? Torna-se válido enfatizarmos algumas ações previstas nesta Política, dentre elas: o incentivo as ações intersetoriais, objetivando a integralidade da atenção; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Mota e Aguiar (2007) reafirmam que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa indicou diretrizes fundamentais para obter a formação de recursos humanos especializados. Todavia, Piexak et. al (2012) salientam que a própria Política afirmou que há uma insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Apontaram ainda, que a assistência às pessoas idosas subentende abordagem integral, multidimensional e interdisciplinar, que considere a relação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais, os quais intervém na saúde dos idosos.

Ademais, visualizamos pela ilustração abaixo (gráfico 3) que a legislação mais difundida entre os profissionais das ILPIs pesquisadas é o Estatuto do Idoso. Tal dado, ratificou a pesquisa de Fernandes e Soares (2012), a qual sinalizou que este instrumento legal priorizou também aqueles usuários que já possuem um certo grau de dependência, tendo em

vista que a maioria dos idosos institucionalizados estão dentro deste perfil, explicando o motivo pelo o qual os profissionais de saúde das ILPIs tem mais compreensão acerca do Estatuto.

Gráfico 3: Conhecimento dos Profissionais sobre as Legislações. João Pessoa, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta

Diante dos dados acima expostos, também perguntamos aos 17 (dezessete) entrevistados, se a partir da promulgação do Estatuto do Idoso, de que maneira os direitos sociais passaram a ser efetivados no cotidiano dos idosos, vejamos os depoimentos a seguir:

“Eu acredito que o Estatuto do Idoso em algumas questões (as que são mais fiscalizadas) são mais efetivadas. Já aquelas que não são tão popularizadas não tem tanta efetividade, devido aos idosos não terem conhecimento dos seus direitos.” (Entrevistada nº 02 – Assistente Social)

A partir do depoimento descrito abaixo, verificamos uma contradição quando o entrevistado relaciona a concepção de seguridade social a presença do setor privado.

“Eu vejo uma melhor assistência, uma melhor seguridade comparado há alguns anos atrás. A garantia da assistência hoje é mais evidente. Não só o Estado, mas também o setor privado”. (Entrevistado nº 03 – Fisioterapeuta)

“Na prática ocorre de forma deficitária, não tem a prioridade que a Política diz. Eu acredito que com o Estatuto do Idoso ajudou, mas precisa melhorar”. (Entrevistada nº 06 – Psicóloga)

A fala acima revela uma dubiedade entre os instrumentos legais. Houve uma mistura entre Estatuto e Política. Essa confusão por parte dos entrevistados decorre do processo contraditório que ocorreu na área da proteção social à velhice no Brasil. Os estudos sobre políticas públicas sinalizaram que a legislação antecede a política pública em si, ou seja, a política pública é a materialização das garantias legais (informação verbal)³.

Por meio dessa informação, questionamos também ao corpo técnico das ILPIs se na sua prática profissional orientam os idosos residentes e/ou familiares acerca dos direitos assegurados na legislação brasileira citada anteriormente. A maioria dos profissionais entrevistados (47%) assegurou que orientam parcialmente aos idosos e/ou familiares e (29%) mencionaram que sempre orientam. Esses dados legitimaram os percentuais apresentados anteriormente em relação ao conhecimento sobre o aparato legal. Portanto, orientam parcialmente, porque conhecem parcialmente.

Ademais, solicitamos que os profissionais de saúde especificassem os direitos sociais que orientam aos usuários. Nesta perspectiva, torna-se relevante salientarmos as falas dos entrevistados:

“Direito ao BPC, direito à saúde, direito ao respeito, ao tratamento digno. A não violência, tanto física como psicológica, etc.”. (Entrevistada nº 15 – Assistente Social)

Os depoimentos abaixo apontaram uma dificuldade das categorias médica e da psicologia de se integrarem ao trabalho multiprofissional, já que se espera da equipe ações

³ Análise realizada pela orientadora do estudo a Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, durante orientação da elaboração deste capítulo, em João Pessoa, em fevereiro de 2017.

coletivas. Ou seja, presumem-se ações em comum, das quais fazem parte as orientações sobre os direitos sociais.

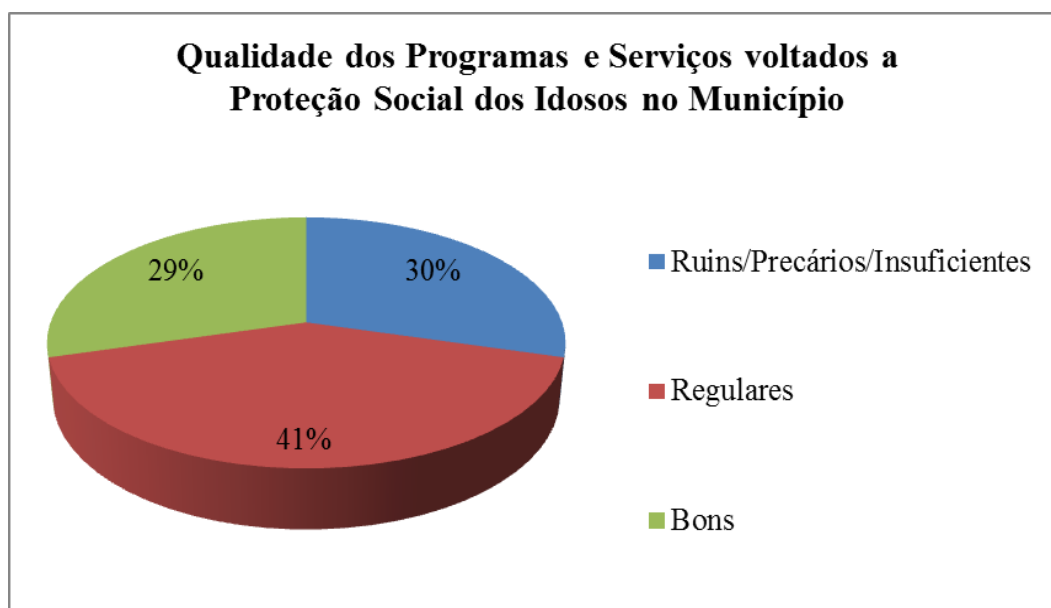
“Lá na instituição eles orientam bastante em relação ao benefício, a aposentadoria, a alguns exames. Essa parte de orientar com a Assistente Social na instituição melhorou bastante”. (Entrevistada nº 14 – Médica)

“Porque nem sempre eu tenho essa liberdade. É como se estivesse me metendo em algo que não lhe compete. Quando vou passar informação para outro profissional, acham que estou me metendo”. (Entrevistada nº 04 – Psicóloga)

Questionamos aos entrevistados sobre a qualidade dos programas e serviços relacionados à proteção social dos idosos ofertados pelo município de João Pessoa/PB. O gráfico 4, evidenciou que a maioria (41%) dos profissionais de saúde ressaltou que as ações direcionadas a pessoa idosa no município são regulares. Dentre os principais programas oferecidos para o segmento idoso no município de João Pessoa, podemos listar: 186 (cento e oitenta e seis) Equipes de Saúde da Família, Serviços de Atendimento Domiciliar, Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso – CAISI, atividades físicas nas praças por meio do projeto João Pessoa Vida Saudável e grupos de convivência.

Apesar dessa avaliação positiva da amostra, entendemos que persistem uma insuficiência de serviços para a totalidade da população, inclusive no tocante as especificidades inerentes à saúde do idoso, dado que este segmento conta com os serviços oferecidos pelo CAISI, os quais são exclusivamente voltados à população idosa (ARAÚJO, 2016). Além disso, é indispensável salientarmos que os serviços disponíveis são ínfimos, considerando-se o número de idosos na cidade de João Pessoa de 74.635, de acordo com os dados do último Censo demográfico (2010).

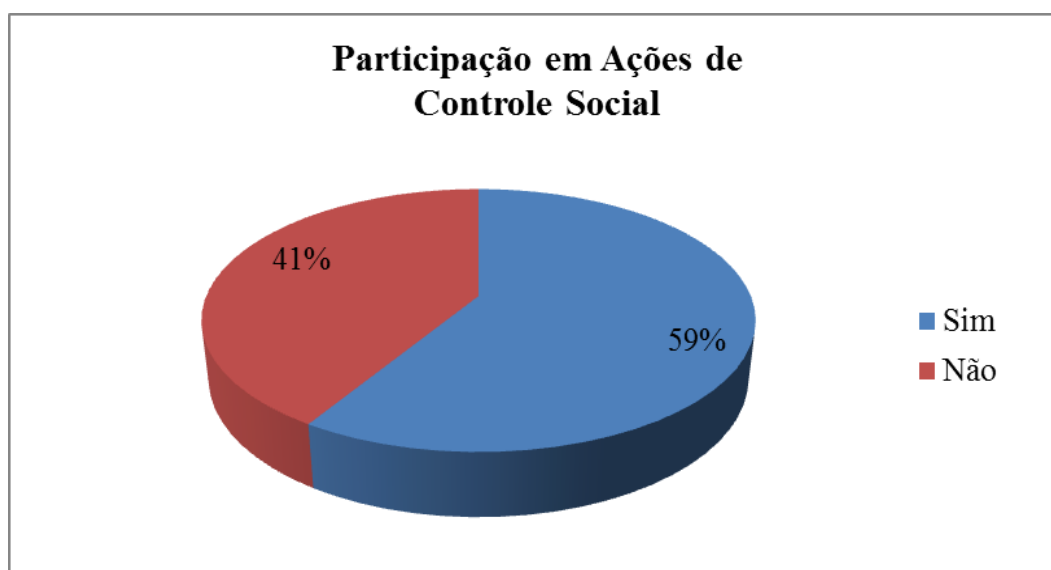
Gráfico 4: Qualidade dos Programas e Serviços voltados a Proteção Social dos Idosos no Município. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta

Em referência a participação das equipes multiprofissionais em ações relacionadas ao controle social, (59%) da amostra enfatizou que já participou de atividades junto ao Conselho Municipal dos Direitos do Idoso ou de Conferências Municipais e Estaduais vinculadas aos direitos da pessoa idosa, de acordo com o explícito no gráfico a seguir:

Gráfico 5: Participação em Ações de Controle Social. João Pessoa – PB, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta

Os dados acima revelaram um leque de contradições. Uma incoerência evidente diz respeito ao fato de apesar de afirmarem em sua maioria participar dos dispositivos de controle social, não conhecerem (em sua maioria) o aparato legal (vide gráfico 3). No entanto, vale ressaltarmos em que condições funcionam o CMDI de João Pessoa/PB, o qual foi criado pela Lei Municipal nº 12.303 de 2012. Essa legislação prevê em seu Art. 32, que é responsabilidade da SEDES proporcionar o apoio técnico administrativo e estrutura física adequada para o funcionamento deste Conselho. Com fundamento nas visitas realizadas a esse órgão, ficou notório, o espaço físico inadequado, pois dispõe apenas de uma sala para a realização de suas atividades, bem como o corpo técnico é composto por profissionais com vínculo precarizado, ou seja, são regidos através de contrato temporário com a PMJP. Além disso, para realizarem as visitas às instituições e as demais atividades, compartilham o meio de transporte com os outros Conselhos sediados no mesmo prédio (Casa dos Conselhos).

Contudo, o CMDI continua funcionando articulado ao Ministério Público Estadual, inclusive tendo sido responsável (através de resolução) pela inclusão de uma equipe multiprofissional nas Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de João Pessoa/PB. Apesar de se constituir num espaço de lutas, muito ainda há que se avançar em relação ao controle social no campo do envelhecimento, prova disso são as incoerências reveladas pelos consultados quando abordamos suas formas de participação nos mesmos.

3.3 Questões Relacionadas à Atuação da Equipe Multiprofissional

Neste subitem, iremos expor os questionamentos acerca do trabalho dos profissionais de saúde nas ILPIs de João Pessoa/PB. Indagamos as equipes multiprofissionais, sobre quais são as maiores demandas colocadas pelos os residentes das ILPIs. Dos 17 (dezessete) profissionais entrevistados, (94,12%) enfatizaram que a maioria das demandas são aquelas relacionadas à saúde. Este dado corroborou com estudo precedente realizado por Cavalcanti et. al (2016), o qual também enfatizou que as demandas mais recorrentes entre idosos residentes em uma ILPI são aquelas vinculadas à saúde, principalmente devido ao tratamento, à reabilitação e à cura de doenças crônicas inerentes ao envelhecimento humano.

Além disso, (47%) dos membros das equipes de saúde também destacaram que a prevalência das necessidades apresentadas pelos os idosos é inerente também às questões familiares, principalmente no que se refere à necessidade de maior presença das famílias. A

partir deste dado, podemos salientar o papel da família que é ressaltado nas legislações de proteção ao idoso, visto que a PNI e o Estatuto do Idoso reafirmam o compartilhamento de responsabilidades entre família, sociedade e Estado. Outrossim, acentuamos que a assistência concedida pelos os familiares aos idosos está relacionada à resolução de atividades concretas, já que quando nos referimos ao vínculo idoso-família a participação é muito baixa.

Ante ao exposto, é importante destacarmos a relevância do sistema de saúde no processo de envelhecimento, tendo em vista que as necessidades vinculadas a esta área desse segmento populacional, são cada vez mais complexas. De tal maneira, em consonância com o retratado por Kalache (2008), devido ao aceleração das tendências demográficas, ocorreu um crescimento na predominância de doenças crônicas, demandando a priorização de ações preventivas.

Nessa perspectiva, a pesquisa de Fernandes e Soares (2012) advertiu que um dos desafios fundamentais é o de reaver, constantemente, a luta pelos os direitos sociais e humanos da pessoa idosa, para a organização da sua cidadania, para a contingência das políticas para um segmento que é “SUS-dependente”. As autoras apoiadas nos dados do IBGE frisaram que cerca de 70% a 80% das pessoas idosas são dependentes, unicamente, dos serviços públicos de saúde, conduzindo a reflexão que o sistema de saúde pública necessita se adaptar ao processo de envelhecimento populacional, sobretudo referente à atenção primária.

Louvison e Rosa (2012) também enfatizaram que o cuidado com os idosos deve ser focado na atenção básica, direcionado ao território, acessibilidade aos serviços da rede nos diversos níveis de complexidade, consultas com especialistas, exames e internações.

Embora com a preconização dos princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, além de instrumentos legais exclusivamente direcionados as necessidades de saúde da população idosa, ainda há muito que se avançar para o atendimento as demandas apresentadas por este público.

Nesse contexto, é fundamental destacarmos a concepção formulada por Paiva (2014, p. 193), a partir da análise sobre elaboração e execução de políticas de saúde explanadas por Paim (2003), a qual deduz que: “o (a) velho (a) trabalhador (a) se insere, a rigor, no ‘SUS para pobre’. Ou pior, no ‘SUS para velho (a) pobre’”.

Outro questionamento realizado as equipes multiprofissionais, refere-se a como os profissionais se organizam para concretizar o encaminhamento das demandas identificadas. Segue alguns dos relatos:

“A equipe geralmente faz junto. Busco interação com o gestor e a equipe: a psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta para resolver as questões dos idosos”. (Entrevistada nº 07 – Enfermeira)

“[...] é difícil ter uma interligação com a equipe porque não bate os dias e horários. Nos comunicamos mais com a administração da casa”. (Entrevistada nº 16 – Nutricionista)

Destarte, fica claro uma interferência de como o processo de trabalho é organizado, ou seja, a partir das declarações dos entrevistados constatamos a ausência do trabalho multiprofissional nas ILPIs estudadas. Assim, os depoimentos contradizem a definição de trabalho multiprofissional que abordamos ao longo do segundo capítulo deste estudo, o qual é um tipo de trabalho coletivo que é composto pela relação mútua, de mão dupla, dentro de múltiplas ações técnicas dos diversos profissionais e pela junção entre esses sujeitos, simbolizado, através da comunicação, articulação das atividades e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 2007). O depoimento que segue revelou a insuficiência do trabalho multiprofissional nas entidades:

“As demandas são encaminhadas de forma isolada. Às vezes se comunica com outros profissionais e dá andamento aos procedimentos necessários. Se comunica com a rede, a família”. (Entrevistada nº 15 – Assistente Social)

Por outro lado, observamos outro tipo de entrave no que concerne ao enfrentamento das demandas e suas resolutividades. Algumas falas revelaram as concepções dúbias no que se refere às categorias multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, como bem ilustrou o depoimento a seguir:

“Na verdade depende do caso e da demanda. Não é a mesma forma de atuação. A equipe é multi e interdisciplinar, trocamos informações”. (Entrevistado nº 03 – Fisioterapeuta)

Sabemos da complexidade do campo da saúde e por ser também um campo político, constitui-se em uma arena de correlação de forças, pois é um lócus específico para ocorrer à

articulação cooperativa entre as disciplinas, conforme argumentam Cavalcanti e Carvalho (2010).

Desse modo, a multidisciplinaridade pressupõe uma sobreposição de várias disciplinas. Não presume, essencialmente, coordenação e trabalho em equipe, bem como não se pactuam metodologias e conceitos. Já a interdisciplinaridade, é caracterizada pelo nível de conexão entre as disciplinas e a amplitude de trocas entre os especialistas; desse sistema interativo, a totalidade de disciplinas precisam sair aprimoradas. Esse processo não se limita apenas a servir-se de fundamentos de outras disciplinas, porém é necessário confrontar, avaliar e absorver tais fundamentos na formação de uma disciplina modificada (COSTA, 2007).

A autora citada acima, ainda afirma que a interdisciplinaridade é uma necessidade intrínseca ao campo da saúde, tendo em vista a complexidade do seu objeto, ou como meio de relativizar e lidar com as relações de poder subentendidas na disciplinarização. Essa afirmação é corroborada por Motta e Aguiar (2007), visto que se reportam a perspectiva de compreensão do ser humano de forma integral, no contexto do processo saúde-doença e das relações sociais, por meio da interdisciplinaridade.

Destarte, é importante deixarmos explícito que “o trabalho em equipe multiprofissional não equivale à interdisciplinaridade, mas é uma prática que expressa à possibilidade de integração das disciplinas científicas” (COSTA, 2007).

Conforme o estudo de Luz apud Gelbcke; Matos e Sallum (2012), o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, consiste em múltiplos elementos disciplinares, os quais se cruzam, surgindo subdisciplinas teoricamente concentradas e especializadas em novos objetos, com novas metodologias de análise, novas percepções conceituais, com fundamento nas “disciplinas mães”.

Nessa perspectiva, a pesquisa de Deluiz apud Motta e Aguiar (2007) revelou que a Gerontologia é essencialmente interdisciplinar, visto que o processo de envelhecimento perpassa todas as questões da vida, bem como inclui assuntos científicos e técnicos de várias áreas, dentre as quais se sobressaem a biologia, a psicologia e as ciências sociais. Outrossim, Besse; Cecílio e Lemos (2014) ratificam essa ideia, pois devido às múltiplas necessidades decorrentes do processo de envelhecimento, a interdisciplinaridade é intrínseca ao trabalho em equipe.

Perguntamos aos profissionais de saúde, se ocorrem reuniões com a equipe multiprofissional para debaterem sobre as demandas e traçar as estratégias para os

encaminhamentos necessários, a maioria dos entrevistados (64,71%) salientou que sim, dentre esses (45,45%) especificaram que geralmente acontecem com uma frequência mensal.

Além disso, questionamos as equipes multiprofissionais se existe algum protocolo institucional relativo à resolução das demandas. A maior parcela (58,82%) afirmou que não existe. Alguns dos entrevistados relataram o desconhecimento deste instrumento, ou enfatizaram que a própria equipe vai formulando a resolução das demandas.

Em contraposição, dos profissionais que declararam existir um protocolo com a finalidade de solucionar as necessidades dos idosos, obtivemos os seguintes depoimentos:

“Temos o protocolo para recepcionar os pacientes. Se tem condições de saúde para ficar na instituição. Se precisa de cuidados médicos tem que ser cuidado primeiro para ser recepcionado. Solicitamos os exames médicos e faz uma entrevista com o Serviço Social para o idoso ser admitido”. (Entrevistada nº 11 – Médica)

“Este protocolo fica na direção. No dia a dia a gente já sabe. Mas, quando atropelamos o protocolo a direção ‘puxa as orelhas’”. (Entrevistada nº 01 – Enfermeira)

Parafraseando Werneck; Faria e Campos (2009), os protocolos são as rotinas dos cuidados e das práticas de gestão de algum serviço, equipe ou setor, desenvolvidos com base no conhecimento científico vigente, fundamentado em comprovações científicas, por profissionais habilitados e capacitados em uma área e que auxiliam e norteiam os fluxos, funções e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

No que se refere à natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços. Os primeiros são recursos condutores da atenção, dirigidos para a clínica e ações educativas, de prevenção e promoção. Já os outros, referem-se especialmente à organização do processo de trabalho, requisitando a delimitação do “que fazer” e de “quem fazer”.

A partir dos conceitos acima mencionados, é imprescindível ratificarmos a importância de um protocolo no atendimento em saúde, o qual pode auxiliar no cuidado e na gestão dos serviços, além de melhorar a qualidade das ações. Entretanto, fica claro na fala dos profissionais de saúde entrevistados na nossa pesquisa, diversas incoerências quanto à

existência de um protocolo clínico e/ou de organização dos serviços nas ILPIs participantes desse estudo.

Percebemos ainda que existem critérios para a admissão dos idosos nessas instituições, porém não é algo formalizado, tendo em vista que a formulação de um protocolo de cuidado à saúde requer planejamento, padronização das ações e do processo de trabalho, pois são instrumentos fundamentais para o enfrentamento de vários problemas na assistência e organização dos serviços.

A tabela 2 retrata a concepção dos trabalhadores das ILPIs de como acontece o encaminhamento das demandas provenientes dos idosos. Quanto à articulação da equipe multiprofissional com a família e/ou responsáveis pelos residentes, o maior número (64,71%) verbalizou que ocorre com frequência, contudo um percentual relevante de entrevistados (58,82%), também particularizou que somente às vezes eles auxiliam na solução das suas necessidades. Em alusão a consulta dos idosos perante o direcionamento das suas demandas, (64,71%) dos entrevistados, reverberou que isto é realizado frequentemente.

Tabela 2. Descrição da Percepção dos Profissionais acerca do Encaminhamento das Demandas. João Pessoa – PB, 2016.

		F	%
A equipe multiprofissional faz articulação com os familiares dos idosos para encaminhar as suas necessidades?	Frequentemente	11	64,71%
	Às vezes	06	35,29%
Os familiares/responsáveis apoiam na resolução das demandas?	Frequentemente	07	41,18%
	Às Vezes	10	58,82%
Os idosos são consultados no processo de encaminhamento das suas necessidades?	Frequentemente	11	64,71%
	Às Vezes	04	23,53%
	Nunca	02	11,76%

Fonte: Pesquisa Direta

Fundamentado nas informações expostas na tabela 2, é imprescindível reforçarmos a relevância dessa articulação entre as equipes multiprofissionais com os familiares dos idosos. Majoritariamente, essa interação ocorre por meio de contato telefônico dos profissionais de Serviço Social ou de Psicologia, os quais de acordo com as necessidades dos idosos convocam os familiares para comparecerem nas entidades e informam as demandas dos residentes. Ademais, a interação também acontece durante a reunião da família que geralmente é realizada mensalmente nas ILPIs, ou quando alguns dos parentes procuram os profissionais esporadicamente para buscar informações acerca dos idosos. Tais dados estão em consonância com os apresentados anteriormente, os quais confirmaram que quase metade dos profissionais questionados (47%), destacou que uma das maiores demandas vincula-se às questões familiares.

Nesse sentido, a pesquisa de Piexak et al. (2012) preconizou que uma preocupação frequente dos profissionais de saúde que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos, é buscar impulsionar os familiares a participarem ativamente no cuidado da pessoa idosa, desenvolvendo vínculo entre idoso, família e profissional de saúde.

Santos (2013) enfatiza a importância de atitudes e intervenções tanto da equipe multidisciplinar como dos gestores de ILPIs, com vistas a realizar ações de preservação da cooperação e papel da família na circunstância de vida do idoso institucionalizado, admitindo-a como parceira ao cuidado da pessoa idosa nessa conjuntura, objetivando promover a saúde dos residentes.

Desse modo, por mais importante que seja o cuidado proporcionado ao idoso em uma ILPI, não supre aquele realizado pelo grupo familiar, pois é preciso que ocorra uma sensibilização, visto que a família também será ponto de atuação, uma vez que a função desta tem um papel relevante na efetivação das atividades dentro da instituição (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Assim, as resoluções das demandas dos idosos institucionalizados também estão sujeitas a nova composição familiar, conforme o mencionado por Louvison e Rosa (2012). Outro elemento importante apresentado na Tabela 2 refere-se à consulta aos idosos no percurso de encaminhamento das suas demandas, a partir do que preconizou a PNSPI. Vale ressaltarmos, que os casos que os residentes não são consultados, estão intrinsecamente ligados a redução da sua capacidade funcional, em conformidade com o que indicou Gonçalves et al. (2008), como uma das características do perfil do idoso institucionalizado que é a diminuição da autonomia.

Todavia, precisamos reafirmar o que sinalizou Teixeira (2007) a respeito da função dos apoios informais (das redes familiares e comunitárias), os quais em um contexto de progresso da ideologia neoliberal, na esfera das políticas públicas, tornam-se cada vez mais estimulado e reconhecido. A responsabilização das famílias na prestação de cuidados aos seus idosos, bem como das ONGs, reduzem a ação do Estado a situações extremas de pobreza e abandono, sem aplicações significativas na política asilar ou de meios alternativos de assistência.

Ademais, os profissionais de saúde destacaram que os familiares colaboram da seguinte maneira na solução das necessidades dos idosos. Apresentamos a seguir, algumas colocações realizadas pelas equipes:

“Os familiares apoiam mais financeiramente. Para acompanhar ao médico fica mais para a equipe multiprofissional”. (Entrevistada nº 05 – Fisioterapeuta)

“Tem familiares que são bastante presentes, outros ausentes e alguns na base do empurrão. Temos mensalmente a reunião da família e o dia da família que é no sábado, a família pega o idoso para passar o dia com eles e volta no final do dia”. (Entrevistada nº 01 – Enfermeira)

“Depende da família. Tem família bem presente que traz os medicamentos, a dieta, está sempre visitando. Já tem família que a direção tem que está sempre cobrando. Já tem idoso que não tem família”. (Entrevistada nº 14 – Médica)

Ante o exposto, fica claro que os profissionais a partir de seus depoimentos exprimem uma visão equivocada da situação do idoso institucionalizado, ou seja, o Estado e os seus deveres frente às expressões da questão social do envelhecimento não são mencionados, revelando assim uma percepção bem contemporânea de “reprivatização da velhice”, conforme aludiu Teixeira (2008). A partir disso, entendemos que o termo utilizado pela autora refere-se ao reforço da ação do setor privado no trato das refrações da questão social e a responsabilização individual, simbolizada pela transferência de responsabilidades para a sociedade civil em detrimento da do Estado. No caso das ILPIs, há um comprometimento

cada vez maior das famílias e das equipes multiprofissionais, pois as falas dos profissionais expostas acima reforçaram esta compreensão.

Nessa lógica, o parâmetro de resposta à questão social, de incumbência do Estado, se modificou e passou a dividir responsabilidades, através dos meios de enfrentamentos locais, de autoajuda, apoio mútuo, ações realizadas por voluntários, familiares ou executadas em organizações não governamentais, que resultam na autorresponsabilização das pessoas que possuem problemas e carências, e transformam direitos em benesse (TEIXEIRA, 2007).

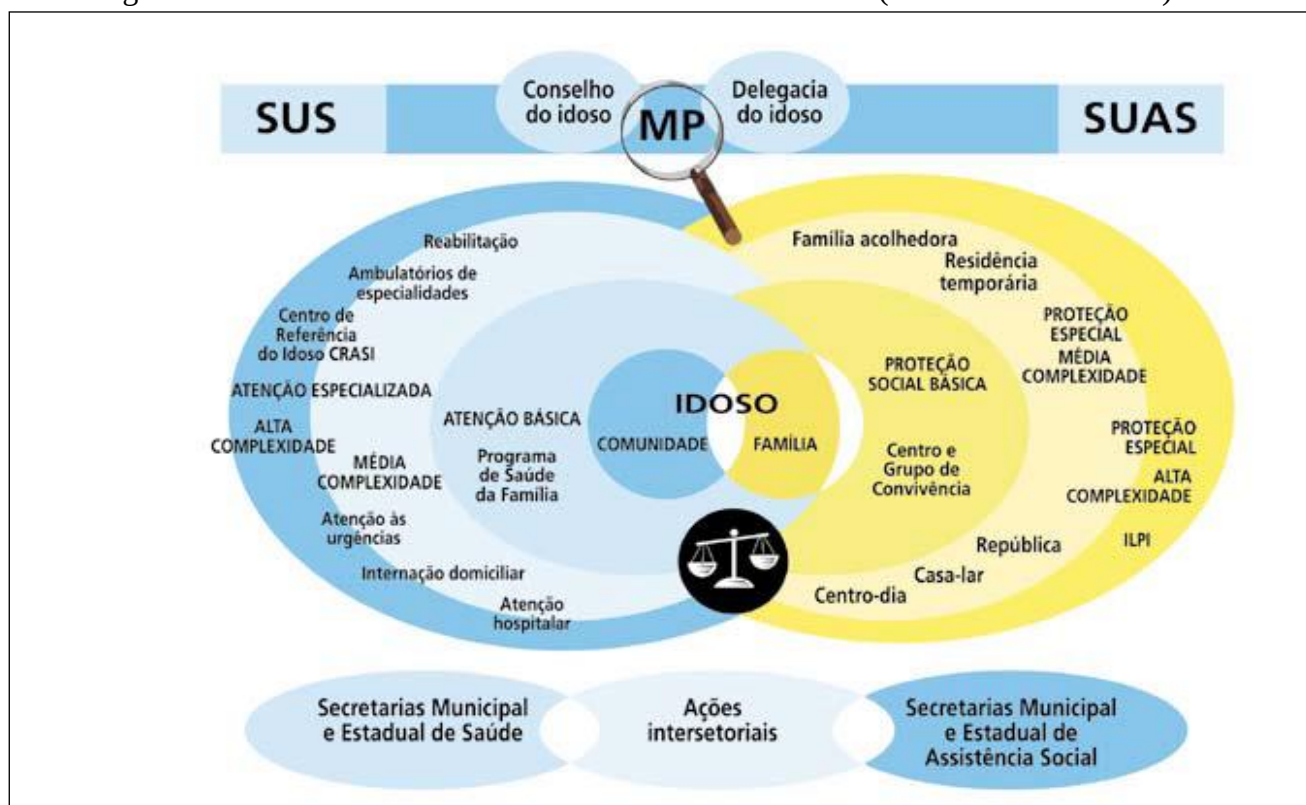
Buscamos informações junto às equipes multiprofissionais, de quais são as principais dificuldades encontradas quanto aos encaminhamentos realizados para os serviços da rede pública. Dentre a nossa amostra, (88,24%) ressaltaram como entrave a demora e/ou a burocracia nos atendimentos. Outros obstáculos evidenciados por (70,59%) dos entrevistados, foram a qualidade e as condições precárias dos serviços, bem como a falta de serviços especializados de atendimento a pessoa idosa. A ausência de atendimento humanizado pelos os profissionais dos serviços foi apontada por (29,41%) dos profissionais de saúde e o preconceito, a discriminação e a marginalização com as pessoas idosas institucionalizadas por (23,53%) das equipes participantes da pesquisa.

Em razão das problemáticas indicadas anteriormente pelos os profissionais de saúde das equipes multiprofissionais, faz-se necessário ratificarmos o que expusemos no subitem 1.2 deste estudo, ou seja, acerca da rede de (des) proteção social direcionada para o idoso no Brasil. Em outras palavras, embora no sistema de proteção social ao idoso estejam contemplados diversos serviços (cf. figura 1) no âmbito do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, não são prioritários na implementação das políticas sociais no modo de produção capitalista.

Sendo assim, na realidade essas políticas não têm apresentado impactos positivos, visto que a maioria dos programas existentes estabelecem intervenções incipientes e isoladas, propostas mal formuladas que não estão de acordo com a realidade dos idosos. Várias vezes são projetos decorrentes da influência exercida por grupos de interesses e postos em prática sem os devidos recursos, isto é: “não passam de cartas de intenção sem resultados efetivos” (SILVA; SOUZA, 2010, p. 93).

Diante disso, exibimos na figura 1 os setores e serviços que devem ser contemplados na rede assistencial à pessoa idosa, tanto no âmbito do SUS como do SUAS.

Figura 1: Estrutura de uma Rede Assistencial à Pessoa Idosa (Interface SUS-SUAS)



Fonte: Moraes (2008) apud Freitas e Moraes (2008)

Em relação aos desafios postos para a equipe multiprofissional de saúde para a atuação em Instituições de Longa Permanência para Idosos foram apontadas diversas questões, dentre as quais: a insuficiência de recursos financeiros e humanos; a escassez de insumos; a pouca valorização do trabalho da equipe multiprofissional; baixo salário para os profissionais; a falta de apoio do setor público as ILPIs; pouca efetividade dos serviços da rede pública; a limitação da legislação para a atuação da equipe multiprofissional em uma ILPI; a falta de atividades ocupacionais (atividades físicas e de lazer) para os idosos; espaço físico para atendimento individual e para atividades coletivas; a carência de atendimentos especializados; a gestão fechada das ILPIs – entidades privadas/filantrópicas, com caráter familiar e religioso; o pouco comprometimento de alguns profissionais; a inexistência de treinamentos e capacitações para a equipe; a dificuldade de trabalhar enquanto equipe multiprofissional; a necessidade de um profissional de medicina para dá assistência; ter informações acerca do histórico dos idosos com os familiares (o motivo da institucionalização). Com isso, torna-se fundamental citarmos a fala de um dos profissionais entrevistados:

“A dificuldade maior que encontramos é termos o apoio do setor público. As dificuldades financeiras, os recursos humanos que não conseguimos pessoas cedidas para atuar na ILPI. O setor público cobra muito, mas não dá o suporte necessário”. (Entrevistada nº 11 – Médica)

Frente às dificuldades vivenciadas pelas equipes multiprofissionais inseridas no nosso estudo, constatamos que a maioria dos desafios apontados está em consonância com o que foi indicado na pesquisa de Salcher; Portella; Scortegagna (2015). É notável, que dentre as dificuldades listadas algumas são relacionadas aos recursos humanos das instituições e, particularmente os profissionais de saúde, evidenciaram a falta de médico. Deste modo, confirmamos o analisado em estudo realizado anteriormente (Cavalcanti et al., 2016), ou seja, ocorre uma centralização no modelo de atenção curativo nas ILPIs. Por conseguinte, também corroboramos com o estudo de Alves-Silva; Scorsolini-Comin e Santos (2013), visto que há uma focalização na resolução de problemas, como a cura das doenças, ao invés do cuidado integral à saúde do idoso.

Com base no que expusemos, é fundamental reafirmarmos que o segmento idoso ainda não é prioridade na agenda pública brasileira, ou seja, falta a primazia na elaboração de políticas públicas para os idosos. Assim sendo, em consonância com o estudo de Teixeira (2009) é necessário à priorização da condição de classe como fator central na explicação da problemática social do envelhecimento, haja vista que o envelhecimento do trabalhador é uma expressão da questão social, ou seja, é primordial focalizarmos que “é a classe trabalhadora a protagonista da tragédia do envelhecimento” (TEIXEIRA, 2009, p. 64).

A autora também enfatizou que essa problemática demanda respostas do Estado e da sociedade, as quais emergem por meio de políticas sociais que se constituem como dispositivos de gestão dos conflitos e de conservação da ordem. Desse modo, o idoso perde o valor de uso para o capital, devido à idade. Na contemporaneidade, a proteção social a este segmento caracteriza-se por “novas simbioses entre o ‘público’ e o ‘privado’, pelas novas interpenetrações entre essas esferas” (TEIXEIRA, 2009, p. 70). Com isso, há uma reafirmação da “cultura privacionista”, por meio da filantropia empresarial, transformando problemáticas sociais em problemas individuais, o que conduz a uma redução da função do Estado que se restringe prioritariamente às ações normatizadoras no enfrentamento da questão social.

Enfim, é notável que ainda há muito que se avançar nas políticas de proteção aos idosos no Brasil, e especificamente nas ações direcionadas para os cuidados de longa duração,

visto que há uma ação majoritária do setor privado. Deste modo, frente ao acelerado crescimento demográfico da população idosa, a atuação de equipes multiprofissionais qualificadas é fundamental para a assistência adequada e a viabilização de direitos para este segmento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto no decorrer deste estudo, o envelhecimento populacional é uma realidade atual no cenário brasileiro. Tal fenômeno nos moldes do sistema capitalista apresenta-se como uma expressão da questão social. Diante deste contexto, o Estado para atender as necessidades desse segmento etário, se restringe a normatizar os direitos sociais por meio do aparato legal e intervém com políticas sociais vinculadas a Seguridade Social com um caráter fragmentado, focalizado e com a forte atuação do terceiro setor.

Embora em nosso país exista um conjunto de leis que asseguram a proteção integral aos idosos, tais instrumentos legais enfatizam o compartilhamento de responsabilidades entre o Estado, a família e a sociedade, reafirmando a “cultura privacionista”, ou seja, um “mix” de ações públicas e privadas. Dessa forma, tais direitos não conseguem ser efetivados, pois perante o panorama de desmonte das políticas públicas, o que está posto pela Lei é colocado em xeque.

Nessa perspectiva, uma das maiores demandas dos idosos são aquelas inerentes à saúde, principalmente devido às precárias condições de trabalho as quais essa população foi submetida ao longo da vida, bem como a (des) proteção social. Desta maneira, os cuidados de longa duração colocam-se na atualidade como uma “alternativa” para viabilizar a assistência devida ao “velho trabalhador”, e, nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, os cuidados serão viabilizados através da atuação das equipes multiprofissionais de saúde.

Esta pesquisa efetivou-se com o propósito de analisar a contribuição das equipes multiprofissionais para a viabilização dos direitos sociais das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de João Pessoa/PB. Para isso, buscamos constatar o grau de conhecimento dessas equipes acerca dos direitos sociais assegurados a pessoa idosa, bem como identificar de que maneira as demandas relacionadas aos direitos sociais são processadas pelas equipes multiprofissionais.

Trata-se de uma pesquisa social aplicada, com caráter descritivo e com emprego de técnicas quanti-qualitativas, ligada ao Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), da Universidade Federal da Paraíba. Neste sentido, as problematizações que nortearam esta investigação foram elaboradas através dos seguintes questionamentos: a) mediante ao cenário de desmonte dos direitos sociais, qual a contribuição das equipes multiprofissionais para viabilizar tais direitos aos idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB? b) qual o grau de conhecimento dessas equipes

multiprofissionais sobre os direitos sociais das pessoas idosas? c) como esses profissionais encaminham e processam as demandas vinculadas aos direitos sociais dos idosos institucionalizados?

De acordo com os resultados obtidos, constatou-se a feminização da força de trabalho nas ILPIs, a pouca especialização dos profissionais de saúde nas áreas de Geriatria e/ou Gerontologia e o tempo reduzido de atuação em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Além disso, percebemos a concentração das ações no modelo de atenção curativo, o qual se contrapõe ao cuidado integral à saúde do idoso.

Os resultados deste estudo também apontaram o conhecimento ínfimo das legislações sociais pelos os profissionais de saúde que atuam nas ILPIs, por isso orientam parcialmente os usuários e familiares quanto aos seus direitos. Além disso, as equipes de saúde que atuam nessas instituições, não possuem clareza acerca dos conceitos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Dessa forma, há dificuldade em realizar um trabalho interdisciplinar nessas entidades.

Em relação ao processamento das demandas dos idosos residentes nas ILPIs, constatamos que não há um protocolo para a resolução das suas necessidades, visto que geralmente ocorre articulação com os familiares para apoiarem nesta função. Ademais, embora não existam protocolos clínicos ou de organização dos serviços formalizados, existem alguns critérios para a admissão dos idosos nas instituições.

Dessa forma, as equipes multiprofissionais pesquisadas processam as demandas concernentes aos direitos sociais dos idosos conforme emergem no cotidiano das atividades nas ILPIs, ou seja, vão elaborando as estratégias de soluções de acordo com o surgimento das necessidades. Assim, não há uma organização sistemática para o processamento e atribuição de resolutividade das demandas postas para os profissionais.

Esta pesquisa também indicou que os profissionais de saúde possuem uma percepção errônea acerca da condição do idoso residente em ILPI, isto é, não atribuem ao Estado o seu papel mediante a essa expressão da questão social. Tal fato reflete, em uma rede de atenção a pessoa idosa fragmentada e fragilizada, conduzindo a agudização da (des) proteção social desse segmento.

A partir dos dados encontrados, podemos afirmar que a contribuição das equipes multiprofissionais relaciona-se as articulações e aos encaminhamentos realizados para os órgãos que atendem as demandas dos idosos, tais como: hospitais, Ministério Público, INSS, CMDI, dentre outros, com vistas a viabilizar os seus direitos. Outrossim, apoiam no vínculo entre a família e os idosos institucionalizados, por meio de contatos e reuniões para expor

suas necessidades e orientação de como devem proceder. Perante as contribuições apontadas, é válido mencionarmos os limites de atuação dos profissionais de saúde em ILPIs, os quais foram descritos no terceiro capítulo deste estudo.

Com base nos resultados apontados, podemos inferir que a nossa hipótese foi confirmada, tendo em vista que as equipes multiprofissionais pesquisadas encaminham e viabilizam os direitos sociais dos idosos residentes nas ILPIs, mesmo não ocorrendo uma sistematização no processamento das demandas.

Destarte, no modo de produção capitalista as políticas de Seguridade Social voltadas aos idosos não têm prioridade para implementação e, no âmbito da Assistência Social, especificamente, as Instituições de Longa Permanência para Idosos, ocorre uma tímida participação do poder público nesta modalidade de atendimento, haja vista que a ação majoritária fica sob a incumbência do setor privado, principalmente de entidades filantrópicas.

Afinal, em um contexto de crescimento acelerado da população idosa, ainda há muito que se evoluir nas políticas de proteção ao idoso no Brasil, visto que há um despreparo dos profissionais de saúde em atenderem as demandas dos idosos institucionalizados, como também em desenvolverem um trabalho interdisciplinar. Entretanto, compreendemos a complexidade e as particularidades do campo da saúde, como também os desafios, dificuldades e condições mínimas de trabalho a que esses profissionais estão submetidos.

Finalmente, o estudo constatou a mínima participação do poder público nos cuidados de longa duração a pessoa idosa, uma vez que repassa esta responsabilidade para as organizações não governamentais, reforçando a prática filantrópica e assistencialista. Deste modo, ocorre uma retração dos direitos sociais concernentes as Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, ou seja, tais políticas que são fundamentais na proteção aos idosos são formuladas e implementadas conforme a lógica do capital.

REFERÊNCIAS

- ALVES-SILVA, J.D; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M.A. Idosos em Instituições de Longa Permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p. 820-830, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n4/23.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.
- ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Regulamento Técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. RDC Nº 283, de 26 de Setembro de 2005.
- ARAÚJO, N.L. **Saúde do Idoso**: qualidade do atendimento na atenção de média complexidade em saúde em João Pessoa, PB. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2016.
- ARAÚJO, M.A.S.; BRITO, C.; BARBOSA, M.A. Atenção Básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Geriatrics e Gerontologia**, v. 3, n.2, p. 122-125, 2008. Disponível em: <http://ggaging.com/export-pdf/331/v2n3a06.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2016.
- BACKES, D.S. et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia**, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n.2, p. 277-289, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093/1037>. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BESSE, M; CECÍLIO, L.C.O; LEMOS, N.D. A equipe multiprofissional em Gerontologia e a produção do cuidado: um estudo de caso. **Kairós Gerontologia: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, ISSN 2176-901X, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 205-222, jun. 2014. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/22662/16432>. Acesso em: 09 jan. 2017.
- BOSCHETTI, I. Políticas de desenvolvimento econômico e implicações para as políticas sociais. **Ser Social**, Brasília, v. 15, n. 33, p. 261-384, jul.-dez. 2013. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/9517/7615. Acesso em: 08 set. 2016.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei nº 10.74 de 01 de Outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Resolução nº 145 de 15 de Outubro de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.
- _____. **Lei nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. **Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006.** Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Portaria nº 2.874, de 30 de Agosto de 2000.** Altera dispositivos da Portaria nº 2.854, de 19 de julho de 2000.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **Rev. Bras. de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.233-235, jan.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>. Acesso em: 05 de jul. 2016.

CAMARANO, A.A; PASINATO, M.T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf. Acesso em: 19 ago. 2016.

CAMARANO, A.A; KANSO, S; MELLO, J.L. Como vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf. Acesso em: 14 fev. 2017.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

CAVALCANTI, P.B. et al. A contribuição das equipes multiprofissionais para a visibilidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa para os idosos. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 143-156, maio-ago. 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5415>. Acesso em: 27 jan. 2017.

CAVALCANTI, P.B; CARVALHO, R.N. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos? **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 191-208, jul.-dez. 2010. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/679>. Acesso em: 29 março 2017.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comun., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set.-fev. 2005.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.–out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036. Acesso em: 22 nov. 2016.

CHRISTOPHE, M; CAMARANO, A.A. Dos Asilos às Instituições de Longa Permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 145-162.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO. **Norma Técnica Especial que regulamenta o funcionamento de Instituições de Longa Permanência destinadas a Pessoas Idosas do Município de João Pessoa**. Resolução Nº 04/2010.

COSTA, L.S; TOMAZ, Q.O. O envelhecimento populacional brasileiro e a evolução dos direitos assistenciais ao idoso. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Saúde do Idoso, p. 3049-3067, 2014. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13778/9712>. Acesso em: 23 ago. 2016.

COSTA, R.P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n.8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 15 março 2017.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Ser Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan.-jun. 2011. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/5621/4669. Acesso em: 02 ago. 2016.

FALEIROS, V. P. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade, política e constituição. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 45-66.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.6, p. 1494-1502, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

FLAUZINO, E. D. et. al. Centro de atenção à saúde do idoso: prevenção e promoção de saúde na terceira idade no município de Batatais – SP. **Revista Saúde**, Batatais, v. 1, n. 1, p. 117-131, junho, 2012.

FREITAS, A.V.S; NORONHA, C.V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 359-369, abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a10v14n33.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.

FREITAS, M.P. D; MORAES, E.N. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: BORGES, A.P.A; COIMBRA, A.M.C (Org.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD FIOCRUZ/ENSP, 2008, p. 291-302. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf. Acesso em: 03 março. 2017.

GELBCKE, F.L; MATOS, E; SALLUM, N.C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.4, p. 31-39, 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202/1087>. Acesso em: 16 dez. 2016.

GIACOMIN, K.C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 17-44.

GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.5, p. 938-945, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6845.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

GROISMAN, D. Asilos de velhos: passado e presente. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5476/3111>. Acesso em: 11 de jan. 2017.

GROISMAN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. **Cadernos Pagu**, v. 13, p. 161-190, 1999. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635289>. Acesso em: 14 de set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudos & pesquisas: primeiros resultados definitivos do Censo 2010**. Comunicação Social, 2011. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n.25. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 32. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 36. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Nordeste**. CAMARANO, AA, coordenação geral. Brasília: IPEA, 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro__CaractdasInstituicoesRegiao_Nordeste.pdf. Acesso em: 22 ago. 2016.

JOÃO PESSOA (Município). **Lei nº 12.303, de 12 de Janeiro de 2012**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, a Política Municipal do Idoso.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, jul.-ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/02.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2016.

KRÜGER, T.R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul.-dez. 2014.

LEMO, J.C.; BARROS, J.D.C. Equipe Multidisciplinar: essencial para o cuidado dos idosos em Instituição de Longa Permanência. **Anais eletrônicos do 15º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 2012. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I12375.E3.T1637.D3AP.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2017.

LIMA, R.J.; MEDEIROS, F.A.L.; NÓBREGA, M.M.L. Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) na região metropolitana do município de João Pessoa/PB. **Anais eletrônicos do 4º CIEH**, Campina Grande, 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA14_ID1608_10072015144056.pdf. Acesso em: 10 abr. 2017.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 155-179.

MACEDO, P.C.M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 33-41, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a05.pdf> . Acesso em: 05 jan. 2017.

MANDEL, Ernest. O Estado na Fase do Capitalismo Tardio. In: **O Capitalismo Tardio**. Trad. Carlos Eduardo S. Matos et. al. São Paulo: Abril Cultural, 1982, p. 333-350. (Os economistas).

MARQUES, R.M. et. al. A Previdência Social: da Constituição à reforma de Lula. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 8, n. 2, p.195-218, jul.-dez. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/6340/4639>. Acesso em: 20 set. 2016.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 383-398.

MATOS, I.B; TOASSI, R.F.C; OLIVIERA, M.C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 Mar. 2017.

MAURIEL, A.P. O. Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da política social brasileira. In: MOTA, A.E (Org.). **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia**. Cortez: São Paulo, 2012, p. 179-195.

MIOTO, R.C.T. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 3, n.1, p. 1-15, dez. 2004. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/979/5119>. Acesso em: 07 fev. 2017.

MIRANDA, A.P.R. **O visível e o invisível da política de recursos humanos no SUS**: um estudo de caso com os profissionais de nível superior da atenção básica em João Pessoa – Paraíba. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

MOTTA, L.B; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, mar.-abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a12v12n2.pdf> . Acesso em: 07 dez. 2016.

OLIVEIRA, F. **Crítica a razão dualista**: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo, 2013.

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

PASTORE, E; ROSA, L.D; HOMEM, I.D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Anais eletrônicos Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf. Acesso em: 10 Abr. 2017.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2007.

PIEXAK, D.R. et al. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 201-208, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/03.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PINHEIRO JUNIOR, G. Sobre alguns conceitos e características de velhice e terceira idade: uma abordagem sociológica. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1255>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, maio-ago. 2006.

PRADO, T. M. B. Proteção Social à Pessoa Idosa no Brasil. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

QUADROS, M.R.S.S; PATROCIONIO, W.P. O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia. **Kairós Gerontologia**: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, [s.l.], v.18, p. 77-97, jun. 2015. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26601>. Acesso em: 03 jan. 2017.

QUEIROZ, Z.P.V. O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. In: BERZINS, M.V; MALAGUTTI, W. (Org.). **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010. p. 295-307.

REMOR, C. B. et. al. Ambulatório multiprofissional de geriatria: uma perspectiva de assistência à saúde do idoso na busca da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n.3, p.392-399, set.– dez. 2011. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1597/pdf> . Acesso em: 29 set. 2016.

ROVER, A. **Metodologia da Pesquisa**. Joaçaba: Unoesc virtual, 2010.

SALCHER, E.B.G; PORTELLA, M.R; SCORTEGAGNA, H.M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00259.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

SANTOS, N.O. **Família de idosos institucionalizados**: perspectivas de trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

SANTOS, N.F; SILVA, M.R.F. As políticas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, p. 358-371. abr.-jun. 2013. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/97>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SEVERO, S.B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipe multiprofissionais na saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1685-1698, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080 . Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, M. R. F; YAZBEK, M.C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 102-110, jan.-jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n1/a11v17n1.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.

SILVA, P.A. et al. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Conscientiae Saúde**, ISSN1677-1028, v. 12, n. 1, p.153-160, mar. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92926313018.pdf> . Acesso em: 11 out. 2016.

SILVA, F.D; SOUZA, A.L. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.14, n.1, p.85-94, jan.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/356/4229>. Acesso em: 27 set. 2016.

SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 155-168, jan.-mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf>. Acesso: 08 dez. 2016.

SILVEIRA, L. Velhice e gênero: a violência familiar contra a mulher idosa em Vitória – ES. In: **Anais eletrônicos do XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA**: conhecimento histórico e diálogo nacional. Natal, 2013. Disponível em: <<http://www.snh2013.anpuh.org/site/anaiscomplementares#L>>. Acesso em 25 de ago de 2016.

SIMÕES, C.C.S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

SIQUEIRA, L.E.A. **Avanços e limitações dos Conselhos de Idosos**: confronto da realidade das cidades de São Paulo e Montevideu. Dissertação (Mestrado) – Programa de Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, M.S. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n.1, p. 63-77, jul.-dez. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/13/15>. Acesso em: 20 jul. 2016.

TEIXEIRA, M.S. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, M.S. Política Social de Proteção ao Idoso: a reafirmação da cultura privacionista no trato das refrações da questão social. **Revista de Políticas Públicas**, v. 11, n. 1, p. 101-124, 2007. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3098/2990>. Acesso em: 25 out. 2016.

VERAS, R.P (Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescom/UFMG, Coopmed, 2009.

YAZBEK, M.C. **Sistema de proteção social brasileiro**: modelos, dilemas e desafios. Seminário Internacional do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Brasília, 2010.

APÊNDICE A: Instrumento de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

Data: ____/____/____

Nº: ____

Pesquisadora: Priscila de Almeida da Costa – E-mail: priscilacosta17@hotmail.com

Orientadora: Prof^ª Dr^a Patrícia Barreto Cavalcanti

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – Perfil dos Sujeitos da Pesquisa:

1-Gênero: () Feminino () Masculino

2-Idade: () 21 aos 25 anos () 26 aos 30 anos () 31 aos 35 anos () 36 aos 40 anos
() 41 aos 45 anos () 46 aos 50 anos () 51 aos 55 anos () 56 aos 60 anos
() acima dos 60 anos

3-Qual sua área de formação em nível de graduação: () Enfermagem () Fisioterapia
() Fonoaudiologia () Medicina () Nutrição () Odontologia () Pedagogia ()
Psicologia () Serviço Social () Terapia Ocupacional () Outra

4- Qual o ano de conclusão? () antes de 1980 () 1980 a 1985 () 1986 a 1990
() 1991 a 1995 () 1996 a 2000 () 2001 a 2005 () 2006 a 2010 () 2011 a 2015

5- Tem algum curso de pós – graduação? () Sim () Não

5.1- Se sim, em que nível? () Especialização incompleta () Especialização completa
() Mestrado incompleto () Mestrado completo () Doutorado incompleto
() Doutorado completo

5.2- Em que área a pós-graduação?

6- Você já participou de algum curso de formação/capacitação relacionado aos direitos da pessoa idosa? () Não () Sim

7- Tempo de atuação na ILPI?

- () menos de 6 meses () entre 6 meses a 1 ano () entre 1 ano e ½ a 5 anos
 () entre 5 anos e ½ a 10 anos () entre 10 anos e ½ a 15 anos
 () entre 15 anos e ½ a 20 anos () mais de 20 anos

II – Questões relacionadas aos Direitos Sociais da Pessoa Idosa:**8- Você já ouviu falar ou conhece o Estatuto do Idoso?**

- () Não () Parcialmente () Sim

9 – Você já teve acesso e conhecimento sobre a Política Nacional do Idoso?

- () Não () Parcialmente () Sim

10 – Você possui algum conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?

- () Não () Parcialmente () Sim

11 - Em sua opinião, a partir da promulgação do Estatuto do Idoso, como os direitos sociais passaram a ser efetivados para os idosos no cotidiano?

12 - Na sua prática profissional, você orienta os idosos e familiares acerca dos direitos sociais assegurados na legislação brasileira (BPC; Estatuto do Idoso; PNI; PNSPI)?

- () Não () Parcialmente () Sim

12.1 – Se sim, cite alguns dos direitos sociais que são orientados aos usuários:

13. Você participa de alguma instância de controle social (CMDI, Conferências)?

- () Não () Sim

13.1 – Se sim, Qual (is)?

14- Qual a sua opinião acerca dos programas e serviços da política de proteção social aos idosos existentes no município de João Pessoa/PB?

() ruins/ precários/ insuficientes () regulares () bons () ótimos

III – Questões relacionadas à Atuação da Equipe Multiprofissional:

15- Como se constitui a equipe multiprofissional com quem o Sr. (a) atua?

16- Geralmente, quais são as maiores demandas apresentadas pelos os idosos a equipe multiprofissional?

() Relacionadas a saúde () Relacionadas a assistência social () Relacionadas a previdência social () Relacionadas a questões familiares

17- Ao identificar estas demandas, de que forma a equipe multiprofissional se organiza para encaminhá-las?

18- Existem reuniões com a equipe multiprofissional para discussão das demandas e traçar as estratégias para os encaminhamentos necessários?

() Não () Sim

18.1- Caso a resposta anterior tenha sido Sim, com que frequência?

() Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente

19 – Existe algum protocolo institucional relativo à resolução das demandas?

() Não () Sim

19.1 – Se Sim, descreva:

20 – A equipe multiprofissional realiza articulação com os familiares/responsáveis pelos os idosos para o encaminhamento das necessidades?

() Frequentemente () Às vezes () Nunca

21 – Os familiares/responsáveis apoiam na resolução das demandas apresentadas?

() Frequentemente () Às vezes () Nunca

21.1 – De que forma?

22 – As pessoas idosas assistidas são consultadas no processo de encaminhamento das suas necessidades?

() Frequentemente () Às vezes () Nunca

23 – Geralmente, quais as principais dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional quanto aos encaminhamentos realizados para os serviços da rede pública?

- () A demora e/ou a burocracia nos atendimentos
() A qualidade e as condições precárias dos serviços
() A falta de serviços especializados de atendimento a pessoa idosa
() A ausência de atendimento humanizado pelos os profissionais dos serviços
() O preconceito/ a discriminação/ a marginalização com as pessoas idosas institucionalizadas
() Outros – Quais?

24 – Em sua opinião, quais são os desafios à equipe multiprofissional para atuação em Instituições de Longa Permanência para Idosos?

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa com o título: “**A Atuação das Equipes Multiprofissionais para Viabilizar os Direitos da Pessoa Idosa: Estudo nas Instituições de Longa Permanência de João Pessoa/PB**” está sendo desenvolvida pela pesquisadora Priscila de Almeida da Costa vinculada ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sob a orientação da Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti.

O objetivo do estudo é analisar qual a contribuição das equipes multiprofissionais para a viabilização dos direitos sociais das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência de João Pessoa/PB. Ademais, possui os seguintes objetivos específicos: constatar o grau de conhecimento das equipes multiprofissionais acerca dos direitos sociais assegurados a pessoa idosa e identificar como as demandas relacionadas aos direitos sociais da pessoa idosa são processadas pela equipe multiprofissional.

Trata-se de uma pesquisa sobre sua percepção a respeito das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional nesta instituição. Serão realizadas algumas perguntas sobre diferentes aspectos: questões relacionadas aos direitos sociais da pessoa idosa, como também acerca da atuação da equipe multiprofissional nas ILPI's e sobre o perfil destes profissionais.

O presente trabalho trará benefícios à população idosa e para os profissionais que atuam com este público, tendo em vista que irá analisar a contribuição das equipes multiprofissionais para a viabilização dos direitos sociais para as pessoas idosas residentes nas ILPI's de João Pessoa/PB, especificamente referente ao grau de conhecimento quanto aos direitos preconizados na legislação brasileira e o processamento das demandas dos usuários apresentadas à equipe. Informamos ainda que esta pesquisa não oferece riscos previsíveis à sua saúde.

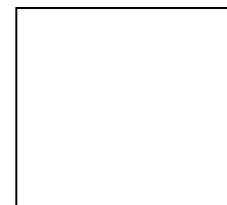
A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificações no trabalho que vem desenvolvendo na Instituição. A participação nesta pesquisa não apresenta risco para o (a) senhor (a), já que em nenhum momento da pesquisa terá sua identificação revelada. Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo na minha Dissertação de Mestrado, em eventos da área e para publicar em revista científica.

Por ocasião da divulgação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para divulgação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável



Pesquisadora Responsável: **Priscila de Almeida da Costa** – Fone: (83) 98813-9613 – E-mail: priscilacosta17@hotmail.com. **Universidade Federal da Paraíba** – Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – Endereço: Centro de Ciências da Saúde – Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa/PB – CEP: 58.059-900 - Fone: (83) 3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

ANEXO A: Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

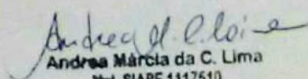


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4ª Reunião realizada no dia 19/05/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS PARA VIABILIZAR OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA: ESTUDO NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE JOÃO PESSOA/PB”**, da pesquisadora Priscila de Almeida da Costa. Prot. nº 0207/16. CAAE: 55981416.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Méd. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO B: Termo de Anuência da Casa da Divina Misericórdia

CASA DA DIVINA MISERICÓRDIA

CNPJ: 03.303.706/0001-10 – Fundada em 07 de fevereiro de 1999
Endereço: Rua Zélia Medeiros de Araújo – 127 Jardim Cidade Universitária
João Pessoa/ Paraíba – CEP: 58.051-825 – Fones: 3235.0396 e 98813.9125

Instituição de Longa Permanência para Idosas

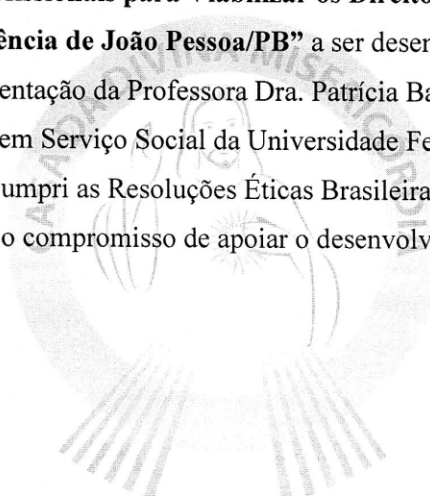
TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

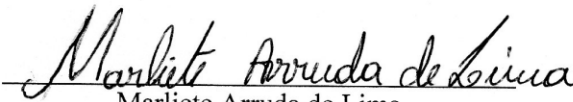
João Pessoa, 03 de maio de 2016.

A Casa da Divina Misericórdia está de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa “**A Atuação das Equipes Multiprofissionais para Viabilizar os Direitos da Pessoa Idosa: Estudo nas Instituições de Longa Permanência de João Pessoa/PB**” a ser desenvolvida pela Mestranda **Priscila de Almeida da Costa** com a orientação da Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, vinculando-se ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução **466/2012 do CNS** e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição.

Atenciosamente,




Marliete Arruda de Lima
Presidente

ANEXO C: Termo de Anuência da Instituição Espírita Nosso Lar

**INSTITUIÇÃO ESPÍRITA NOSSO LAR**

Utilidade Pública Estadual Lei nº 4.215 de 16 de Dezembro de 1980

Municipal nº 9.951 de 20/06/2003 - CNPJ nº 08.301.624/0001-50

Praça Abdon Milanez, 115 - Castelo Branco - João Pessoa/PB - Fone: 9930.8668 / 8690.2665

e-mail: secretaria@nossolarpb.org.br – site: www.nossolarpb.org.br

DIFUSÃO DOUTRINÁRIA - ASSISTÊNCIA SOCIAL - ILPI

T08.301.624/0001-50

INSTITUIÇÃO ESPÍRITA
"NOSSO LAR"

Praça Abdon Milanez, 115 - Castelo Branco

CEP 58050-370

João Pessoa - PB

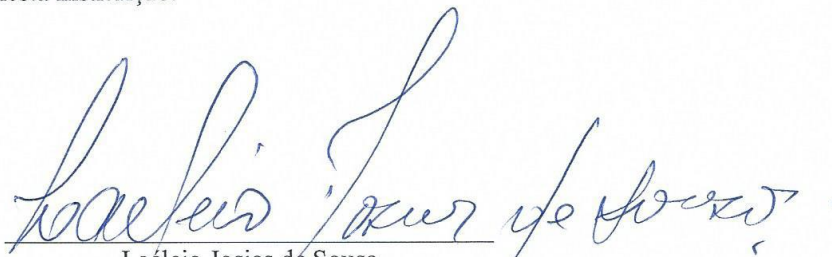
TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

João Pessoa, 29 de Abril de 2016.

A Instituição Espírita Nosso Lar está de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa **“A Atuação das Equipes Multiprofissionais para Viabilizar os Direitos da Pessoa Idosa: Estudo nas Instituições de Longa Permanência de João Pessoa/PB”** a ser desenvolvida pela Mestranda **Priscila de Almeida da Costa**, matrícula **2015108695**, com a orientação da Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, vinculando-se ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução **466/2012 do CNS** e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição.

Atenciosamente,


 Laécio Josias de Sousa
 Presidente


 Laécio Josias de Sousa
 Diretor
 08.301.624/0001-50

ANEXO D: Termo de Anuência da Vila Vicentina Júlia Freire



.OBRA UNIDA DA SOCIEDADE DE S. VICENTE DE PAULO.



Rua Etelvina Macedo de Mendonça nº 327 – Torre – João Pessoa-(PB) – CEP: 58.040.530 –
Fone: (83) 3224.6988.

E-mail: vvjf@bol.com.br. CNPJ/MF: 03.307.380/0001-08.

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

CNPJ 03.307.380/0001-08
Vila Vicentina Júlia Freire
Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 327
Torre - CEP: 58.040-530
João Pessoa - PB

João Pessoa, 29 de Abril de 2016.

A Vila Vicentina Júlia Freire está de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa “**A Atuação das Equipes Multiprofissionais para Viabilizar os Direitos da Pessoa Idosa: Estudo nas Instituições de Longa Permanência de João Pessoa/PB**” a ser desenvolvida pela Mestranda **Priscila de Almeida da Costa**, matrícula **2015108695**, com a orientação da Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, vinculando-se ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução **466/2012 do CNS** e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição.

Atenciosamente,

P. Mariandas Neves dos Santos

Marcelo Paulino de Melo
Presidente

Maria das Neves dos Santos
Vice-Presidente