



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

KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS

ANÁLISE DA INSTRUMENTALIDADE DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS

João Pessoa-PB

2020

KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS

**ANÁLISE DA INSTRUMENTALIDADE DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para a obtenção do título de Mestre Acadêmico em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda

João Pessoa-PB

2020

**Catálogo na publicação Seção
de Catalogação e Classificação**

B327a Bastos, Karina Karla de Souza.

Análise da instrumentalidade do trabalho de assistentes
sociais na saúde junto a idosos / Karina Karla de Souza
Bastos. - João Pessoa, 2020.
193 f.

Orientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Assistência social - Idosos. 2. Assistente Social.
3. Idosos - Políticas de saúde. I. Miranda, Ana Paula
Rocha de Sales. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364.4-053.9

KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS

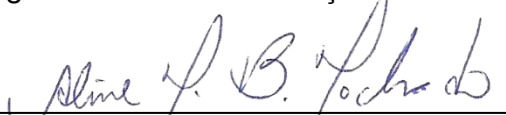
A Dissertação intitulada **ANÁLISE DA INSTRUMENTALIDADE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, foi aprovada e aceita como requisito para a obtenção do título de Mestre Acadêmico em Serviço Social.

Aprovada em 29 de maio de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda – Orientadora
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social



Prof.^a Dra. Aline Maria Batista Machado
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social



Prof.^a Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Departamento de Serviço Social

Dedico às pessoas que mais amo,
meus pais: Irení e Joserlândio, e
meus irmãos: Kalianny, Klebson e Kêmilly.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido a realização de um sonho, ser meu sustento e fortaleza. Por sussurrar a cada manhã: filha não desista, Eu estou contigo. Sem Ti, eu nada seria.

À minha família, por ser minha base e meu alicerce, pelos quais tenho amor e carinho eterno. Aos meus pais Irení Alvelino de Souza Bastos e Joserlândio Bastos de Souza, que nunca mediram esforços para viabilizar a concretização deste sonho. Aos meus irmãos Kalianny Keuly, José Klebson e Sâmia Kêmilly, alegrias de minha vida, pelo afeto, incentivo e por se fazerem presentes cotidianamente apesar da distância.

Aos meus avôs maternos e paternos respectivamente: Francisca Maria e Manoel de Souza; Maria Ana e José Bastos (todos em memória). Pessoas por quem tenho profunda admiração e que foram exemplos de força e superação.

Aos meus tios e tias, em particular à tia/madrinha Maria do Socorro, fonte de inspiração pela mulher forte e determinada que se forjou e principal incentivadora a adentrar o espaço da pós-graduação, obrigada pelo apoio, amizade, por ser doação e cuidado, registro o meu amor e admiração imensuráveis.

À professora Ana Paula por todas as orientações e contribuições durante esse processo árduo e gratificante, obrigado por toda paciência e dedicação. A você minha admiração imensurável pela professora, profissional e pessoa humana que és. Às professoras Dras. Aline Machado e Patrícia Cavalcanti, as quais possuo profunda admiração, gratidão por aceitarem participar da banca examinadora e trazer suas contribuições à discussão abordada.

Ao corpo docente e equipe técnico-administrativa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB por todo empenho em atender-me durante esse processo.

À equipe da Secretaria Municipal de Assistência Social e em especial à equipe do Centro de Referência da Assistência Social, que me acolheu e passamos a compartilhar o cotidiano profissional, experiências, trocas de conhecimentos, a partir do que se firmaram vínculos de amizade.

Às amigas do Serviço Social, Lanna, Rávila, Laize, Manu, Karol, M^a Carolina e M^a da Guia, anjos com os quais Deus me presenteou, obrigado pelas trocas e vivências acadêmicas, por termos compartilhado angústias, medos, alegrias, lutas e vitórias. Às amigas que o novo espaço de habitação me trouxe e que se tornaram

irmãs que o Senhor me permitiu escolher, Roseany e Janaína, agradeço pelos laços verdadeiros de amizade.

Às amigas/irmãs de vida, Lidianne, Layane e Luana que estão ao meu lado quase que desde o nascimento, compartilhando cada momento deste processo. Obrigado Bela e Ritinha, por todo apoio e amor que temos uma a outra. Aos amigos Luiz e Nahuan que sempre acreditaram que eu alcançaria a concretude deste trabalho.

Por fim, gratidão a todo/as que não me deixaram desistir e contribuíram com este processo de formação, direta ou indiretamente, meu muito obrigado!

“[...] os homens fazem sua história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha [...].”
(MARX, 1852, p. 25).

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar a instrumentalidade do assistente social na assistência à saúde de idosos. No que concerne aos aspectos metodológicos, é uma pesquisa bibliográfica sistemática, do tipo integrativa que seguiu os critérios e passos estabelecidos por Lima e Miotto (2007). Além da pesquisa bibliográfica, também foi feito um levantamento documental para identificação e leitura das legislações disponíveis, relacionadas à categoria de Serviço Social. Em relação às “principais fontes”, a pesquisa bibliográfica tomou por base os trabalhos do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) de 2016 e 2018, e do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 2013 e 2016, além dos artigos dos periódicos A1 da área de Serviço Social: Revista Katálisis (UFSC) e Serviço Social & Sociedade, tomando como “parâmetro cronológico” a seleção das obras relativas ao período de 2013 a 2018. Já o “parâmetro linguístico” foi o da língua portuguesa. A pesquisa teve como universo o quantitativo de 4.917 artigos e como amostra 14 artigos atrelados especificamente ao exercício do assistente social na área da saúde junto ao idoso. Utilizou-se o método histórico-dialético e como técnica de análise dos dados a análise de conteúdo por categorização, utilizando como instrumento a matriz de síntese a partir do uso de um roteiro de leitura. Os resultados da pesquisa confirmaram que a hipótese foi verificada, pois a instrumentalidade do trabalho do assistente social junto a idosos no setor saúde é mista, com a forte presença da razão instrumental, dissociando-se da perspectiva assumida pelo Projeto Ético-Político Profissional, pois a intencionalidade da ação, por vezes, esbarra nas condições objetivas de trabalho. Assim, ao passo em que a relação teoria e prática manifesta-se apenas idealmente, ocorre uma compreensão superficial dos fenômenos sociais, reduzindo o exercício profissional à dimensão técnica, numa perspectiva fragmentada e burocrática. Reitera-se que o exercício profissional deve possuir como horizonte a articulação entre as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica que, em sua articulação, possibilitam efetivar o movimento entre a tríade universal-singular-particular.

Palavras-chave: Instrumentalidade; Assistente Social; Idoso; Política da Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the instrumentality of the social worker in health care for the elderly. With regard to methodological aspects, it is a systematic bibliographic search, of the integrative type that followed the criteria and steps established by Lima and Mito (2007). In addition to the bibliographic research, a documentary survey was also carried out to identify and read the available legislation, related to the category of Social Work. Regarding the “main sources”, the bibliographic research was based on the work of the National Meeting of Researchers in Social Work (ENPESS) of 2016 and 2018, and of the Brazilian Congress of Social Workers (CBAS) of 2013 and 2016, in addition to the articles from the A1 journals in the Social Service area: *Revista Katálysis* (UFSC) and *Social Service & Society*, taking as a “chronological parameter” the selection of works relating to the period from 2013 to 2018. The “linguistic parameter” was that of the Portuguese language. The research had as a universe the quantity of 4,917 articles and as a sample 14 articles specifically linked to the exercise of the social worker in the health area with the elderly. The historical-dialectical method was used and content analysis by categorization was used as the data analysis technique, using the synthesis matrix as an instrument using a reading script. The results of the research confirmed that the hypothesis was verified, since the instrumentality of the work of the social worker with the elderly in the health sector is mixed, with the strong presence of instrumental reason, dissociating from the perspective assumed by the Professional Ethical-Political Project, because the intentionality of the action sometimes comes up against objective working conditions. Thus, while the relationship between theory and practice is manifested only ideally, there is a superficial understanding of social phenomena, reducing professional practice to the technical dimension, in a fragmented and bureaucratic perspective. It is reiterated that the professional exercise must have as a horizon the articulation between the technical-operative, ethical-political and theoretical-methodological dimensions that, in their articulation, make it possible to effect the movement between the universal-singular-particular triad.

Keywords: Instrumentality; Social Worker; Elderly; Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
APS	Atenção Primária em Saúde
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEDEPSS	Centro de Documentação em Pesquisa e Políticas Sociais e Serviço Social
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONSEPE	Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão
CP	Cuidado Paliativo
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
ILP	Instituição de Longa Permanência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPC	Modo de Produção Capitalista
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMC	Organização Mundial do Comércio
PEPP	Projeto Ético-Político Profissional
PEA	População Economicamente Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
REASI	Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEPSASS	Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 –	Diretrizes da Gerontologia Social.....	84
FIGURA 1 –	Determinantes do Envelhecimento Ativo.....	98
FIGURA 2 –	Os Três Pilares Da Estrutura Política Para O Envelhecimento Ativo.....	99
FIGURA 3 –	Tipos de Revisão de Literatura.....	126
FIGURA 4 –	Processo de Revisão Integrativa.....	127
FIGURA 5	Principais instrumentos técnico-operativos.....	172

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	População residente por região com 60 anos ou mais de idade por sexo.....	75
TABELA 2 –	Os idosos e o mercado de trabalho.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Evolução dos grupos etários 2010-2060.....	74
GRÁFICO 2 –	Vinculação do autor à Instituição (ENPESS 2016 e 2018)...	135
GRÁFICO 3 –	Regiões do Brasil (ENPESS 2016 e 2018).....	135
GRÁFICO 4 –	Vinculação com o tema da pesquisa (ENPESS 2016 e 2018).....	136
GRÁFICO 5 –	Teoria norteadora (ENPESS 2016 e 2018).....	137
GRÁFICO 6	Enfoque metodológico (ENPESS 2016 e 2018).....	138
GRÁFICO 7	Tipo de pesquisa/Estudo (ENPESS 2016 e 2018).....	139
GRÁFICO 8	Nível de complexidade em saúde (ENPESS 2016 e 2018)..	141
GRÁFICO 9	Incidências temáticas (ENPESS 2016 e 2018).....	142
GRÁFICO 10	Categorias/Conceito (ENPESS 2016 e 2018).....	142
GRÁFICO 11	Vinculação com o tema da pesquisa (CBAS 2016 e 2018)..	143
GRÁFICO 12	Regiões do Brasil(CBAS 2016 e 2018).....	144
GRÁFICO 13	Vinculação do autor à Instituição (CBAS 2016 e 2018).....	144
GRÁFICO 14	Teoria Norteadora (CBAS 2016 e 2018).....	146
GRÁFICO 15	Enfoque metodológico (CBAS 2016 e 2018).....	147
GRÁFICO 16	Presença de Ecletismo (CBAS 2016 e 2018).....	148
GRÁFICO 17	Tipo de pesquisa/estudo (CBAS 2016 e 2018).....	149
GRÁFICO 18	Nível de complexidade em saúde (CBAS 2016 e 2018).....	150
GRÁFICO 19	Incidências temáticas (CBAS 2016 e 2018).....	151
GRÁFICO 20	Categorias/Conceitos (CBAS 2016 e 2018).....	151
GRÁFICO 21	Tipo de pesquisa/estudo (Revista Katálýsis).....	152
GRÁFICO 22	Vinculação do autor à Instituição (Revista Serviço Social & Sociedade).....	153
GRÁFICO 23	Teoria norteadora (Revista Serviço Social & Sociedade).....	154
GRÁFICO 24	Enfoque metodológico (Revista Serviço Social & Sociedade)	154
GRÁFICO 25	Regiões do Brasil (Revista Katálýsis)	155
GRÁFICO 26	Regiões do Brasil (Revista Serviço Social & Sociedade).....	155
GRÁFICO 27	Incidências temáticas (Revista Katálýsis)	156
GRÁFICO 28	Incidências temáticas (Revista Serviço Social & Sociedade)	156
GRÁFICO 29	Categorias/Conceitos (Revista Katálýsis).....	157
GRÁFICO 30	Categorias/Conceitos (Revista Serviço Social & Sociedade).....	157

GRÁFICO 31	Categorias/Conceitos.....	159
GRÁFICO 32	Incidências Temáticas.....	160
GRÁFICO 33	Incidência de temas relacionados ao idoso.....	162
GRÁFICO 34	Imagem prevalente do Serviço Social na Instituição.....	162
GRÁFICO 35	Autoimagem prevalente do Serviço Social na Instituição.....	165
GRÁFICO 36	Lógica prevalente da Organização do Assistente Social.....	166
GRÁFICO 37	Organização Interna da Instituição.....	167
GRÁFICO 38	Articulação entre teoria e prática.....	169
GRÁFICO 39	Perspectiva da Obra.....	174
GRÁFICO 40	Compatibilidade entre PEPP e Ações Desenvolvidas.....	176

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA.....	20
1.1 Apontamentos gerais sobre as particularidades do trabalho em saúde.....	20
1.2 O trabalho de assistentes sociais na saúde pública a partir do atual Projeto Ético-Político Profissional (PEPP).....	41
1.2.1 Principais marcos legais e normativos do trabalho em Serviço Social erigidos pelo Conselho Federal de Serviço Social.....	55
CAPÍTULO 2 – INDICAÇÕES SOBRE AS LEGISLAÇÕES PROTETIVAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIRECIONADA AOS IDOSOS BRASILEIROS.....	72
2.1 Aproximações da realidade dos idosos brasileiros: envelhecimento, cuidado e proteção social e familiar.....	72
2.2 Assistência à saúde de idosos desenvolvida pelo Serviço Social.....	110
CAPÍTULO 3 – DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA À ANÁLISE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS.....	123
3.1 Tracejando o percurso metodológico da pesquisa bibliográfica do tipo integrativa.....	123
3.2 Síntese e análise do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos: o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (2016 e 2018)	132
3.3 Síntese e análise do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos: o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2013 e 2016).....	143
3.4 Síntese e análise do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos: exposição de resultados encontrados nos dois principais periódicos A1 da área de Serviço Social.....	152
3.5 O trabalho de assistentes sociais na saúde junto aos idosos e a instrumentalidade que o subjaz.....	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
REFERÊNCIAS.....	182
ANEXOS.....	188

INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado **ANÁLISE DA INSTRUMENTALIDADE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS** resulta de uma pesquisa bibliográfica que tem como **tema** o trabalho do assistente social na saúde e como **objeto** a instrumentalidade do assistente social que atua na política de saúde na assistência prestada aos idosos.

Como **objetivo geral** analisar a instrumentalidade do assistente social na assistência à saúde de idosos a partir da organização do seu trabalho nesta política pública, mediante pesquisa bibliográfica e documental.

São **objetivos específicos**: identificar quais as principais ações que o assistente social realiza na assistência à saúde de idosos, tomando como base os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”; comparar as principais ações realizadas pelo assistente social na política de saúde com o que está estabelecido nos instrumentos legais e normativos da profissão; definir quais as estratégias e os instrumentos que o assistente social utiliza no seu trabalho em saúde; compreender qual a instrumentalidade predominante no trabalho do assistente social na saúde do idoso.

O interesse pela temática decorreu da participação das discussões empreendidas no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), cujo projeto em vigor intitula-se “O trabalho do assistente social em hospitais junto a idosos e seus acompanhantes: análise das principais ações, das estratégias, dos instrumentos e de sua instrumentalidade”, bem como das reflexões decorrentes da participação como estagiária docente no componente curricular “Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológicos do Serviço Social II”, no semestre 2018.2.

O setor de saúde é historicamente o que mais tem absorvido profissionais de Serviço Social em suas equipes multiprofissionais e, embora tenha passado por reestruturações decorrentes do Movimento de Reforma Sanitária e da instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se encontra fortemente marcado pelo modelo biomédico e centrado na doença.

A opção pela investigação da atuação do Serviço Social junto ao segmento populacional dos idosos se dá em decorrência do envelhecimento populacional que repercute na assistência em saúde devido ao aumento da demanda por serviços e,

a partir daquele, da necessidade de se considerar as particularidades de um trabalho que deve ser orientado pela legislação protetiva em vigor que deve buscar a articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), seja voltando-se ao trabalho preventivo e em promoção à saúde direcionado ao “envelhecimento saudável” ou à melhoria da qualidade de vida, nos casos de idosos dependentes e/ou com doenças degenerativas ou sem possibilidade de cura, seja nas ações curativas, destinadas à recuperação da saúde.

No âmbito específico do Serviço Social, a despeito da constituição do seu atual Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) e da elaboração dos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, ainda estão presentes traços do conservadorismo na profissão, cujos reflexos são perceptíveis em ações com ênfase nas técnicas de intervenção, na burocratização das atividades, na psicologização das relações sociais e na concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2006).

Ademais, a existência de dois projetos divergentes na saúde pública – privatista e da Reforma Sanitária –, dos influxos da investida neoliberal desde a década de 1990 os quais decorreram em sucateamento dos serviços, da crise na saúde pública e do fato de o assistente social ser também um trabalhador assalariado que, por sua vez, sofre os reatamentos das mudanças no mundo do trabalho, interferem sobre sua intervenção, exigindo mudanças na sua funcionalidade e forma de organização que, por vezes, são contrastantes em relação ao que defende o PEPP e o SUS.

Assim, toma-se como **problema de pesquisa**: qual a instrumentalidade do assistente social no trabalho em saúde com os idosos? E como questão complementar: a instrumentalidade predominante no trabalho do assistente social em saúde junto a idosos é compatível com as propostas do PEPP?

A **relevância** do estudo é acadêmica, por se associar aos estudos desenvolvidos acerca do trabalho e da instrumentalidade do Serviço Social, esta última ainda pouco explorada, permitindo a ampliação das discussões a partir do estabelecimento contínuo da relação teoria/prática; e é também social, seja porque ratifica a necessidade de ações voltadas ao fortalecimento da proteção dos idosos e, em particular, da sua assistência em saúde, seja porque seus resultados permitirão conhecer qual a instrumentalidade vigente e apontar para a necessidade

de uma intervenção crítica e em defesa dos direitos legalmente estabelecidos.

Outrossim, em termos gerais, é uma pesquisa relevante porque se funda em um objeto atual e porque permitirá analisar a compatibilidade entre as estratégias, os instrumentos de trabalho, e a instrumentalidade à perspectiva teórico-metodológica e ético-política conferida no PEPP.

Como **hipótese**, considera-se que a instrumentalidade do assistente social no trabalho em saúde com os idosos é mista, predominando a razão instrumental e, por conseguinte, nem sempre compatível com as propostas do PEPP, pois, apesar de as ações se orientarem mormente para esta compatibilidade, as condições objetivas inflexionam em sentido contrário.

Em termos metodológicos, é uma **pesquisa bibliográfica sistemática, do tipo integrativa** e seguirá os critérios e passos estabelecidos por Lima e Miotto (2007) que definem este tipo de pesquisa como “[...] um estudo aprofundado sobre a produção do conhecimento que envolve concretamente o objeto, e uma análise revolucionária”.

[...] a revisão sistemática (ou síntese criteriosa) como opção para não apenas acastelar informações, mas acompanhar o curso científico de um período específico, chegando ao seu ápice na descoberta de lacunas e direcionamentos viáveis para a elucidação de temas pertinentes. (GOMES; CAMINHA, 2014, p. 397).

Além da pesquisa bibliográfica, também foi feito um levantamento documental, centrado na identificação e na leitura das legislações disponíveis, relacionadas à categoria de Serviço Social e à defesa do atual PEPP e contrários ao resgate e/ou à manutenção de práticas conservadoras, bem como aquelas relacionadas à proteção social de idosos brasileiros.

O **levantamento documental** procedeu a partir da seleção, leitura, do fichamento e da análise das legislações e dos documentos vigentes, contrários ao exercício de práticas conservadoras e dissonantes ao PEPP.

Em relação às “principais fontes”, a pesquisa bibliográfica tomou por base os trabalhos do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) de 2016 e 2018, e do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 2013 e 2016, além dos artigos dos periódicos A1 da área de Serviço Social: Revista Katálisis (UFSC) e Serviço Social & Sociedade, tomando como “parâmetro cronológico” a seleção das obras relativas ao período de 2013 a 2018. Já o

“parâmetro linguístico” foi o da língua portuguesa.

Como desfecho primário, foi feito em um primeiro momento um levantamento das obras, de modo a permitir fazer um panorama acerca da temática investigada e, como desfecho secundário, buscou-se desvelar a instrumentalidade do trabalho dos assistentes sociais, mediante leitura e análise crítica das obras selecionadas.

De acordo com Gomes e Caminha (2014, p. 397), “[...] revisões bem estruturadas podem auxiliar na atualização e construção de novas diretrizes para atuação profissional ou ida a campo em busca de soluções para artigos originais”.

Os critérios de inclusão foram as obras que versavam sobre o trabalho do assistente social na saúde junto a idosos, excluindo-se os trabalhos realizados em outras políticas sociais públicas e/ou que não se voltassem para a assistência aos idosos.

Com o intuito de responder aos objetivos que se propôs, o trabalho encontra-se estruturado em três capítulos.

O primeiro Capítulo intitulado **CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA**, encontra-se subdividido em três tópicos, trata especificamente do trabalho de assistentes sociais na saúde, tomando como nortes principais o Projeto Ético-Político Profissional e os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, buscou-se trazer especificidades do trabalho em saúde enquanto um serviço, estabelecendo como referência os princípios doutrinários e organizativos do SUS atrelados aos três níveis de complexidade do sistema. Enfatizou-se o conceito de instrumentalidade e da racionalidade formal-abstrata fazendo analogia com a lógica biomédica e centrada na doença ainda presente na saúde pública, também considerando os projetos em disputa na saúde pública. Nesses termos, fez-se referência ao conceito de direito e direito em saúde e sua correlação com o PEPP e com os Parâmetros de atuação referentes à área, fazendo um contraponto entre a direção assumida hegemonicamente pela categoria e o exercício profissional forjado em seu cotidiano.

O segundo capítulo, cujo título é **INDICAÇÕES SOBRE AS LEGISLAÇÕES PROTETIVAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIRECIONADA AOS IDOSOS BRASILEIROS**, apresenta os idosos brasileiros a partir de sua caracterização geral para então expor as principais legislações organizadas para sua proteção social, voltando-se mormente para a especificidade do direito à saúde e como o assistente

social se organiza na assistência junto a este segmento populacional.

O terceiro capítulo, intitulado **DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA À ANÁLISE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS**, apresenta inicialmente o detalhamento do percurso metodológico da pesquisa, em seguida foram tecidas considerações sobre os principais achados da pesquisa realizada, com síntese do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos, respectivamente no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (2016 e 2018), no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2013 e 2016), e a exposição de resultados encontrados no principais periódicos A1 da área de Serviço Social e por fim, a instrumentalidade que subjaz o trabalho do assistente social na saúde junto ao idoso, seguindo-se das considerações finais.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA

Este capítulo versará sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde pública, partindo da organização do trabalho nesta política, a partir da exposição das suas principais ações, estratégias, inserção nas equipes e ótica do direito defendido, tomando-se como referência central o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) e os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.

1.1 Apontamentos gerais sobre as particularidades do trabalho em saúde

Para abordar as particularidades do trabalho na saúde pública brasileira, partiu-se inicialmente da compreensão da necessária discussão acerca da inserção deste trabalho nos moldes da dinâmica do capitalismo contemporâneo, uma vez que este sistema inflexiona o homem enquanto ser social e que possui o trabalho como elemento fundante o qual, por conseguinte, sofre os rebatimentos advindos das alterações no mundo do trabalho.

Nesse sentido, refletir sobre as mudanças desenvolvidas no âmbito do trabalho e da sociabilidade, requer o compromisso com a fidelidade da história, e, para tanto, situa-se a discussão junto à categoria trabalho desenvolvida por Marx.

Como ponto de partida, entende-se que o trabalho adquire novas particularidades na sociedade do capital, a qual se funda na contradição de classes e no distanciamento proporcional entre a riqueza socialmente produzida e a pobreza que se desenvolve no outro polo, constituindo a lei geral da acumulação.

Como alternativa à inversão da lógica de produção, ocorrida quando a oferta torna-se maior que a demanda, o que geraria a queda de preços – e de lucros –, resta a necessidade de reduzir os custos para a produção da mercadoria, mediante redução do tempo socialmente necessário para sua produção, mas que, para tanto, também exige maiores investimentos em tecnologia, capital fixo, administração gerencial, o que redundará em custos para a produção e crises cíclicas (LESSA, 2008).

Esta contradição é o fundamento da gênese e desenvolvimento de relações sociais que compõem o que Mészáros denomina de

“produção destrutiva”: uma produção que só pode gerar mais-valia se destruir a si própria e a humanidade. (LESSA, 2008, p. 252).

Outrossim, na sociedade capitalista, todas as relações e coisas tornam-se passíveis de mercadorização. Nesse sentido, concorda-se com Lessa (2008, p. 253-254) quando adverte que o significado de forças produtivas não pode ser resumido ao desenvolvimento tecnológico, pois isto ignoraria que elas possibilitam ao homem afastar-se das “barreiras naturais”, permitindo-lhe o controle do seu destino e redundaria na submissão da humanidade às forças que ela própria criou e em uma sociedade refém do fetiche da mercadoria.

Para Marx (1983, p. 149 apud LESSA, 2008, p. 286), o trabalho é “[...] um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza”.

Assim, o trabalho é condição essencial da vida humana e concretiza-se nesse intercâmbio entre homem-natureza, a medida que o homem mediante suas finalidades transforma a natureza a partir de suas potencialidades e dada as próprias condições de objetivação do mundo. Todavia, esse processo simples não é suficiente para o processo de produção do capital, pois a sociedade de classes introduz a separação do trabalho puramente individual, a divisão social do trabalho separa o trabalho manual e o trabalho intelectual, surgindo da necessidade do trabalho social, coletivo, o que amplia o significado de trabalhador produtivo, mediante seu estreitamento (idem).

O trabalho é o controle do intercâmbio com a natureza, é a produção em geral dos valores de uso sem os quais não há vida humana possível e, por isso é “condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais” (Marx, 1983: 153). [...] O “trabalho produtivo”, por sua vez, “é apenas produção de mercadoria, é essencialmente produção de mais-valia (...) Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital” (Marx, 1983: 106) O trabalho é condição ‘eterna’ da vida social; o ‘trabalho produtivo’ é uma forma peculiar à sociedade capitalista. (LESSA, 2008, p. 291).

Assim, em conformidade o com pensamento dos autores ora citados, entende-se que o trabalho é condição ineliminável do processo de constituição do homem, existente em todas as formas de sociabilidades, contudo, o trabalhador produtivo está vinculado à realização de subfunções do trabalho coletivo,

responsável pela criação de mais-valia, funcional à autovalorização do capital e, portanto, esta é uma particularidade do trabalho no mundo da produção capitalista.

Ademais, a produção de mais-valia não se dá exclusivamente no intercâmbio entre o homem e a natureza, pois, [...] “se toda transformação da natureza é produtiva, nem todo trabalho produtivo opera o intercâmbio orgânico com a natureza.” (LESSA, 2008, p. 291).

Marx (apud LESSA, 2008) adverte que a mais-valia é fracionada, existindo, para além do burguês, outros sujeitos envolvidos no processo de produção capitalista que também se apropriam de parte da mais-valia – constituindo os trabalhadores improdutivos –, os quais pertencem a outros setores que não necessariamente estão envolvidos com o mundo da produção e, portanto, não produzem mais-valia, mas que ainda assim exigem a força de trabalho assalariado, a exemplo dos bancos, latifundiários e especuladores imobiliários.

Ao voltar-se especificamente sobre o processo de trabalho em saúde, Nogueira (s/d) destaca três elementos importantes: primeiro que faz parte do processo de trabalho em geral e, conseqüentemente, detém características dos processos que constituem outras esferas e dentre elas, a econômica; em segundo lugar, que toda assistência à saúde se constitui como serviço; e, por fim, que este serviço é embasado pelas relações interpessoais como condição *sine qua non* para a efetividade do processo de trabalho.

Neste sentido, no conjunto das relações complexas que constituem a sociedade do capital, há também os serviços que, embora não participem da produção de mais-valia e nem do processo de transformação da natureza, são elementares para a reprodução ampliada do capital, cujas atividades são prestadas pelo Estado, pelos bancos, pelo comércio.

Lessa (2008), sinaliza uma diferenciação importante na esfera do trabalho entre o proletariado e os demais trabalhadores assalariados, referentes à função social que exercem, pois,

[...] o proletariado opera o intercâmbio orgânico com a natureza, ‘produz’ o capital. Os outros assalariados, quando são produtivos, apenas o ‘valorizam’ pela conversão do dinheiro em capital [...]. E, quando são improdutivos, transformam a mais-valia em dinheiro (comércio) ou organizam e controlam o processo de trabalho quer no interior das indústrias, quer como parte do Estado. (LESSA, 2008, p. 303).

O setor de serviços é composto por trabalhadores que não estão inseridos na esfera da produção de mais-valia, cujo resultado do trabalho não consiste em qualquer produto que possa ser útil ao acréscimo à acumulação do capital, mas desenvolvem atividades indispensáveis à reprodução do metabolismo desse sistema, dentre os quais está o assistente social.

Para Iamamoto (1999, p. 68), através do seu exercício, o Serviço Social possibilita a viabilização de mudanças efetivas na dinâmica da vida material e social dos sujeitos, por meio dos serviços sociais com os quais atua, decorrendo em implicações no processo de reprodução da força de trabalho. Acrescenta ainda, que há outra dimensão da intervenção, cuja objetivação do seu trabalho não é material, mas social, “[...] os resultados de suas ações existem e são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se sob a forma de serviços”.

São serviços de consumo coletivo que adentram a esfera do setor privado e que corporificam uma utilidade direta aos sujeitos que os consomem, mas são também gasto social do capital, como mecanismo de garantia de sua lucratividade pela reprodução da classe que sobrevive do trabalho, gerando um tensionamento que perpassa o valor dos serviços, já que se em uma esfera representa um valor de uso social e coletivo, pode em outra esfera representar uma utilidade social à lucratividade e mercantilização (idem).

Segundo Marx (1867, p. 159 apud MEIRELLES, 2006, p. 26), “[...] um serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso, seja da mercadoria, seja do trabalho”. Ao que Nogueira (1994), acrescenta que ele é o resultado do emprego de bens ou força de trabalho mediante o seu valor de uso.

A este respeito, Nogueira (1994, p. 73 apud SOUZA, 2009, p. 83) acrescenta que “[...] os serviços de saúde simbolizam essa versatilidade do capital em transformar uma atividade de serviço, caracterizada em princípio como improdutiva, em potencialmente lucrativa e produtiva ao capital”.

Souza (2009), ao fazer referência aos estudos de Merhy (2007), reforça que a congruência dos serviços de saúde com a lógica do sistema do capital para geração da lucratividade e ampliação da riqueza incorre para que o corpo do trabalhador – os usuários – torne-se “[...] um valor importante para o capital, insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços” (SOUZA, 2009, p. 85).

Diante do cenário de incorporação de novas tecnologias, de equipamentos

biomédicos e medicamentos, pode-se observar que a saúde vem se desenhando sobre duas perspectivas, esta que se encontra atrelada à via de bem de consumo, como uma mercadoria, e no outro patamar, identifica-se a sua perspectiva de bem de uso, mediante o acesso à saúde através dos serviços públicos (idem).

Por sua vez, se os serviços de saúde desempenham uma funcionalidade imbricada ao sistema de produção e reprodução ampliada do capital, encontram-se inseridos na esfera econômica, o que faz com que as práticas de saúde sejam permeadas por uma produção de valor (ZARIFIAN, 2001 apud SOUZA, 2009).

Neste âmbito, os estudos da autora em referência enfatizam as particularidades que entrelaçam o universo dos serviços de saúde. De início, sinaliza como elemento importante a potencialidade de intervenção e interação, o necessário intercâmbio nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários como condição indispensável à efetivação dos cuidados em saúde, encontrando-se ambos, em mesmo nível de significância. Assim, a interação é condição *sine qua non* para a efetivação do serviço e desenvolvimento do fluxo contínuo de trabalho (MEIRELLES, 2006). É neste viés que Silva (2006) e Meirelles (2006) identificam o usuário como coparticipante deste processo de trabalho, mediante a relação produção – consumo – interação, característica peculiar dos serviços.

Nesse sentido, destaca-se que os serviços de saúde exigem a realização de uma gama de atividades, de funções e de força de trabalho, que por conseguinte, requer distintas formas de processo de trabalho, uso de tecnologias, ambientes e interação.

Nogueira (1994) identifica como especificidades do processo de trabalho neste setor o fato de que o sujeito exerce um papel ativo, ao articular o paciente, o corpo e a subjetividade, diferentemente de outros serviços pessoais; reitera a característica da cooperação, presente na racionalidade do processo de trabalho; a existência de uma equipe de saúde multiprofissional que deve estar voltada ao atendimento dos sujeitos nas diferentes dimensões que integram o binômio saúde-doença: biológicas, psicológica e social; associada a esta particularidade, destaca-se outra especificidade, a lógica de fragmentação da atenção à saúde, diferentes especialidades integram o setor e o usuário perpassa diferentes instâncias, níveis e profissionais para alcançar a integralidade do atendimento.

Souza (2009) destaca também como traço peculiar a centralidade do trabalho humano na efetivação dos serviços de saúde. A este respeito Merhy aponta que o

trabalho vivo é condição indispensável à concretização dos serviços de saúde, e apenas em raras exceções pode ser substituído, sendo, pois, imbricado à relação trabalhador-usuário, denominada de “intersecção partilhada”, um encontro entre agente produtor e agente consumidor.

Neste âmbito, destaca ainda que a centralidade do trabalho humano possui a dimensão de potencializar o direcionamento e condução das ações e serviços em saúde mediante o conhecimento, o saber e a opção das tecnologias para uso em sua intervenção, este elemento decorre na particularidade que o trabalho humano requer cada vez mais, uma maior qualificação, sobretudo, diante da incorporação de novas tecnologias (idem).

Dentre as modalidades de trabalho coletivo está o trabalho em equipe que, para Peduzzi (s/d), pode ser dividido em dois grupos: equipes integradas que encontram-se alinhadas às mudanças das práticas e dos valores de saúde, direcionadas ao viés da democratização e integralidade, contrárias ao modelo biomédico, fragmentário e hierárquico; e equipes agrupadas que remetem à justaposição dos profissionais, saberes e ações.

Já o trabalho em equipe multiprofissional é constituído através das relações recíprocas e conexas entre as ações realizadas pela interação dos profissionais envolvidos, o que direciona ao entendimento de que os distintos trabalhos especializados que perpassam o setor são complementares e possuem relação de interdependência.

Nesse âmbito, defende-se a perspectiva de integralidade como justificativa para o trabalho diante da necessidade de articular ações e serviços em seus distintos níveis de complexidade, com um trabalho que ultrapasse os limites da individualidade e da justaposição, com vistas à compreensão do processo saúde-doença em sua totalidade. Todavia, o que se pode constatar é que o cotidiano do exercício multiprofissional tem resultado, por vezes, na subordinação dos profissionais ao modelo biomédico, o que dificulta a objetivação de um trabalho com viés multiprofissional e interdisciplinar (idem).

Ademais, o trabalho em equipe é permeado pela dualidade entre atender as necessidades da integração entre os profissionais de saúde e os saberes que tenham como fim a integralidade em saúde, e por outro lado, a racionalização da assistência, direcionado ao mercado por meio da redução de recursos, de ações e despesas (PEDUZZI, s/d).

Souza (2009) acresce nas reflexões sobre o trabalho em saúde, o alinhamento do setor aos interesses do sistema capitalista, vez que, as transformações desencadeadas no âmbito da produção e reprodução da sociedade do capital decorrem, concomitantemente, em alterações na prestação de serviços e no perfil de trabalhadores, direcionando a saúde para a via da mercadorização, mediante os serviços privados de saúde, sinalizando a congruência com a racionalidade burguesa.

Neste sentido, este período representou uma grande expansão dos serviços de saúde como também a intensificação do processo de capitalização do setor, consolidado por uma rede hospitalar privada lucrativa. Este atrelamento dos serviços de saúde ao capital produtivo vinculado, fundamentalmente, às áreas de equipamentos e medicamentos, impulsionou e solidificou este processo de capitalização da saúde, que teve como fonte de recursos o financiamento estatal. (MACHADO, 1992 apud SOUZA, 2009, p. 97).

A Carta Magna de 1988 introduziu mudanças significativas no âmbito da oferta dos serviços de saúde.

Em primeiro lugar incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. [...] Em segundo lugar, a Constituição também legitima o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público. [...] Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde-SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 3-4),

Estas mudanças vislumbravam um novo horizonte à política de saúde, reconhecendo-a como uma política pública, de caráter governamental, enquanto direito de todo cidadão e responsabilidade do Estado, que requer ações desenvolvidas nos diferentes setores que constituem a dinâmica da vida social, ao considerar as dimensões do biopsicossial, devendo envolver a integração entre ações de promoção, prevenção e recuperação e uma rede hierarquizada e regionalizada.

Salienta-se que há um vasto aparato normativo e legislativo que constitui o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), mas dentre eles, três documentos principais se destacam e sinalizam a organização e estruturação do sistema de saúde do país, quais sejam: a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, que trata da organização e regulação dos serviços em saúde no território nacional e a Lei 8142 que dispõe sobre as transferências de recursos financeiros e a participação social, através do controle social.

Nesse sentido, o SUS consiste em um novo desenho para as ações e os serviços de saúde, embasados em princípios doutrinários e organizativos, advindos do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), um movimento que se pautou na democracia e na participação popular, em um processo organizado por entidades e pessoas que tinham por finalidade articular manifestações vinculadas ao contexto nacional e político da época (FERNANDES, 2011).

A este respeito, destaca-se o pensamento de Paim (2008), ao entender a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) enquanto uma reforma social, vislumbrada em uma perspectiva ampla e multidimensional que deveria perpassar as diferentes esferas da vida, englobando os aspectos políticos, econômicos e sociais. Assim,

[...] os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo, entre outros. (MATTA, 2007, p. 61).

São princípios doutrinários do SUS aqueles que se vinculam à sua ideologia e base filosófica – universalidade, equidade e integralidade –, já os princípios organizativos referem-se à regionalização/hierarquização, à descentralização e ao controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A universalização implica entender a saúde como um direito de cidadania, a partir da qual todos têm direito a usufruir dos serviços e ações públicas de saúde, que devem ser ofertadas pelo Governo em suas três esferas.

Para Teixeira (2011), a universalidade pressupõe a cobertura dos serviços à toda população, exigindo que sejam superados os limites jurídicos, econômicos e sociais que permeiam o processo de implementação e efetivação dos serviços.

A equidade possui o intento de assegurar que os sujeitos sejam atendidos de

acordo com suas singularidades e necessidades em todos os níveis conforme a complexidade das situações demandadas, “[...] diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior” (MATTA, 2007, p. 69), o que implica reconhecer os limites e as possibilidades de cada sujeito diante de suas condições objetivas e subjetivas.

Nesse sentido, destaca-se o conceito de iniquidades em saúde desenvolvido (WHITEHEAD, 1992 apud ESCOREL, s/d, p. 1) que, em sua dimensão ética e social, “[...] referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis”.

Eqüidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição eqüitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Sendo assim, o princípio de eqüidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea. (MATTA, 2007, p. 4).

Sanchez e Ciconelli (2012) atentam para as duas concepções atribuídas ao termo de equidade, quais sejam: horizontal e vertical. A primeira manifesta a concepção de tratamento igualitário a sujeitos iguais, em contrapartida, a segunda expressa a necessidade de tratamento desigual a sujeitos desiguais, constituindo a compreensão que mais se aproxima do entendimento de justiça social. Assim, ao tratar sobre estas duas concepções de equidade, Escorel (s/d) sinaliza a compreensão de Travassos e Castro (2008), de que a equidade horizontal é também o conceito que norteia o sistema de saúde brasileiro: “[...] acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais” (p. 5).

Assis e Jesus (2012, p. 2870) compreendem a equidade em saúde como:

[...] diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações.

Deste modo, a concepção de equidade direciona à reflexão sobre a necessidade de existirem diferenças no acesso aos serviços, segundo as demandas particulares dos distintos grupos e indivíduos e que devem estar imbricadas à organização das ações e dos serviços que constituem a rede de

atenção à saúde.

Assim, concorda-se com o pensamento de Escorel (s/d) que identifica a equidade em saúde enquanto um processo contínuo, que transforma a sua abrangência e o seu desenho conforme os seus resultados, sob o pressuposto de que a equidade perpassa juízos de valor, decorrendo na sua inclinação à possibilidade de mudança com o decorrer do tempo, em conformidade com as necessidades que se colocam, com novos critérios que se tornam mais adequados e assim por conseguinte.

Na integralidade, considera-se o sujeito enquanto um ser em sua dimensão biopsicossocial, o que requer que suas necessidades sejam atendidas em uma perspectiva integral pelos serviços e pelas ações em saúde, cuja assistência pressupõe promoção, proteção e recuperação em um todo indivisível.

Nesses moldes, a integralidade representa uma bandeira de luta, integrante de uma imagem-objetivo, ao possuir características e valores que direcionam as práticas e ações do sistema de saúde, fortalecendo a defesa do SUS, por isso pode-se afirmar que a integralidade está para além de uma diretriz, volta-se à recusa do que está posto e almeja mudanças efetivas na realidade do sistema de saúde brasileiro (MATTOS, 2006).

“Imagem-objetivo” é explicada por Mattos (2006, p. 45) como uma noção que,

[...] tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

Mattos (2006, p. 61) destaca também a concepção de integralidade atrelada aos processos de trabalho, sintetizando que:

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Portanto, a integralidade requer a constante organização dos serviços e do trabalho em saúde, com fim último de identificar amplamente as necessidades que afligem a população.

No seio dessa discussão, ressalta-se o sentido da integralidade vinculada ao

conceito de intersetorialidade e Assumpção (2007) propõe refletir a integralidade enquanto articulação dos serviços no enfrentamento ao binômio saúde/doença para que haja um resultado mais efetivo, o que requer ações articuladas com outros setores sociais, com as ações do Estados, com diferentes atores intersetoriais do próprio sistema de saúde.

Assim, considera-se a intersetorialidade imprescindível para a promoção a saúde, numa perspectiva de garantir o acesso integral dos indivíduos aos serviços que constituem a rede de saúde, por meio da concepção de um sistema público universal e equânime, em que estão envoltas a integralidade e universalidade.

Ante esta constatação, dar-se-á ênfase à compreensão da integralidade em rede, defendida por Cecílio e Merhy (2003), o que implica pensar a organização dos serviços como uma rede articulada e assimétrica, a qual deve possibilitar apreender o usuário em sua dimensão total e responder às suas demandas de saúde-doença, com o intento de superar a lógica fragmentada do sistema de saúde.

Acrescenta-se as reflexões de Cecílio (1997 apud CECÍLIO, 2006) que sugere pensar o sistema de saúde como uma rede de serviços integrada por múltiplas portas de entrada e fluxos de acesso, em detrimento da lógica hierárquica que o organiza, ao considerar que este modelo em pirâmide corrobora para que os serviços mais complexos se restrinjam às demandas pontuais e específicas. Assim, em consonância com estas análises, Batista Franco e Maia Franco (s/d) defendem que a integralidade deve ser refletida à luz do fluxo de acesso dos usuários no sistema de saúde. Nesta perspectiva, o alcance da concretude da integralidade requer alterações na produção do cuidado nos diferentes níveis de complexidade, a superação do modelo biomédico e do uso de tecnologias duras em detrimento das tecnologias leve-duras e leves, e mudanças no âmbito da organização dos processos de trabalho em saúde, passando a situar o usuário como protagonista das ações (idem).

Diante destas análises, pode-se afirmar que a organização do modelo de saúde vigente, embora tenha trazido grandes avanços ao buscar articular assistência e prevenção, ainda não compreende a integralidade em sentido ampliado, cujo sujeito deveria ser o centro das ações.

Para além dos princípios doutrinários, têm-se os princípios de caráter organizativo, aqueles cujo sentido direciona as formas e estratégias para concretização do sistema, como explicitados acima.

Assim, no âmbito da construção e operacionalização das diretrizes que constituem o Sistema Único de Saúde tem-se a descentralização, que foi/é necessária por algumas razões, dentre as quais: romper com a estrutura centralizadora das ações na esfera federal, tendo em vista que se acreditava que apenas desta maneira seria viável a aproximação com a realidade regional e municipal da população, inserindo-os no debate sobre a saúde pública e a implementação de suas ações e serviços, por considerar que a descentralização via municipalização é o ente federativo que possibilita conhecer as dificuldades, as necessidades da comunidade com vistas a estabelecer estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Nesse sentido, pode-se inferir que a descentralização caminha ideologicamente na contramão das ações centralizadoras da assistência à saúde no país, posto que o processo de descentralização supõe a existência do:

[...] deslocamento do fluxo do poder político, administrativo e tecnológico de certas unidades centrais para níveis periféricos, intermediários e locais. A descentralização torna-se assim, um instrumento de reestruturação do poder, aproximado os problemas das instituições de nível intermediário local, e também transferindo a capacidade de tomar decisões. (VIANA, 2014, p. 44 apud BARCELOS, 2016, p. 25).

Assim considerada, a descentralização é enfatizada como princípio fundamental para determinar os limites e as possibilidades na relação entre estado e município na implementação do SUS, através de um vasto aparato legislativo-normativo desenvolvido pelo governo federal, citam-se as Normas Operacionais Básicas, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, constituindo mecanismos imprescindíveis a ampliação da gestão municipal (BARCELOS, 2016).

No entanto, atenta-se para o caráter pelo qual o processo de descentralização é implementado na saúde pública brasileira:

[...] O projeto da reforma sanitária defendia a descentralização, em um contexto de redemocratização do país, enquanto uma estratégia para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, a participação social e o poder local. Em contrapartida, o projeto de reforma do Estado defendia a descentralização como estratégia de modernização da administração pública, reduzindo o papel do Estado e compartilhando responsabilidades com a sociedade e com o mercado. (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2019, p. 1782).

Compreende-se que embasados pelos ideais do Movimento da Reforma

Sanitária é este um processo que visa promover a amplitude entre os interesses da população respeitando as especificidades locais e sua inserção nos espaços de decisão. Todavia, este processo à luz da Reforma do Estado possui interesses distintos e contraditórios, com o intento de restringir a responsabilidade do Estado.

Duarte et al (2015 apud SANTOS, 2017, p. 24) também corroboram esta perspectiva de entendimento, compreendendo a descentralização como mecanismo de democratização e inserção de novos atores no cenário político, para além da mera reorganização dos serviços em saúde, sem desconsiderar o atendimento aos interesses do projeto neoliberal, ao objetivar “[...] a alocação ótima de recursos, a eficiência dos sistemas de saúde, e a criação de mecanismos de accountability”.

Barcelos (2016, p. 26) ao parafrasear Vasconcelos e Pasche (2006) acrescenta ainda que:

[...] o processo de descentralização é conduzido pela presença marcante de uma tutela do governo federal e caracterizado por amarras “blindadas” advindas do controle burocratizado, levando à persistência na centralização dos recursos na esfera federal, à fragmentação do sistema na ausência da regionalização e à reprodução das práticas sanitárias tradicionais.

Em paralelo, ressalta-se o encontro da descentralização com o princípio da regionalização, por se tratar do mecanismo que deveria minimizar os efeitos negativos desse processo, via organização e direcionamento do sistema de saúde. Segundo Santos (2017), embora não possuam necessariamente os mesmos objetivos ou propósitos, a descentralização e a regionalização caminham na mesma direção, ao possuir natureza de complementariedade.

Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que deve nortear as ações e serviços de saúde de uma região. (MATTA, 2007, p. 75).

Assim, a regionalização é uma diretriz que pressupõe a estruturação de uma rede de serviços e ações em saúde, que deve atender as necessidades do indivíduo em sua integralidade, e para tanto deve-se existir desde a prevenção, promoção, cura e reabilitação em saúde.

Deste modo, a política de atenção à saúde é organizada estruturalmente em três níveis de complexidade: Atenção Básica, Média e Alta Complexidades, pois os

serviços do sistema de saúde são organizados conforme a complexidade da assistência e da tecnologia utilizada, conduzindo as ações adotadas, a admissão dos profissionais e a articulação com outros serviços (GIOVANELA et al, 2012).

Neste caso, tem-se como parâmetro a classificação das tecnologias em duras, leve-duras e leves (BRASIL, 2005b, p. 72 apud MERHY, s/d, apud MOTTER, 2007, p. 53-54) afirma:

Tecnologias duras são as máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras incluem os saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho (como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica); e as leves são aquelas desenvolvidas nas relações de produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

Portanto, o nível de tecnologia a ser utilizada pelos sujeitos nos serviços de saúde depende do momento particular em que são acometidos. Assim sendo, os níveis estão dispostos em:

[...] nível primário, caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário, caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades). (BRASIL, 1987 apud JULIANE; CIAMPONE, 1999).

A atenção básica é apontada como estratégia de enfrentamento à crise do modelo médico-hegemônico, direcionando para a necessidade da existência de uma reforma dentro do sistema de saúde.

A atenção Básica, em conformidade com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, é definida como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe

multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p. 2).

O acesso dos usuários à rede de serviços de saúde dar-se-á inicialmente através da Atenção Básica, com as Unidades de Saúde, consideradas como a porta de entrada e que mesmo ao possuir uma visão integral da assistência à saúde aos sujeitos, os procedimentos realizados neste nível não exaurem as necessidades da população atendida pelo SUS. Para tanto, é necessário encaminhá-los aos níveis de média e alta complexidades para o atendimento em hospitais e clínicas especializadas, feito isto, o usuário, quando necessário, retornará à Unidade de Saúde da (USF) de referência para a continuidade dos cuidados em saúde mais simples.

Recentes alterações na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família (ESF), referentes ao âmbito de sua estrutura organizacional e funcional sinalizam a intensificação da cisão entre os sujeitos atores da política de saúde, extinção das diferenciações excludentes, o que impacta o acesso da pessoa idosa as ações e serviços, menor valorização da educação permanente, ampliação das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde ante a redução do quadro funcional, dentre outras mudanças desenvolvidas em cenário de crise política e econômica evidenciam o reforço da Atenção Básica Tradicional em detrimento do enfrentamento aos desafios e limites da ESF (MELO, et al, 2018).

Nesses termos, é válido ressaltar que em tempos hodiernos, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem se distanciado de proposta e dos princípios de origem, um espaço de interesses políticos e ideológicos divergentes que impactam a concretização das ações em saúde, corroborando para a fragmentação no cuidado, permanência da prática centrada na figura do médico e ausência do efetivo matriciamento. Observa-se, pois, que as mudanças introduzidas no âmbito da atenção básica coadunam para o desmonte do NASF (SILVA; DANTAS, 2019).

Por sua vez, a participação remete ao fato de que os sujeitos possuem o direito de participar do processo de formulação das políticas públicas em saúde, através das entidades representativas e do controle social. Neste âmbito, destacam-se os conselhos – com caráter deliberativo e composição paritária, em que metade dos membros são usuários e os demais devem ser representantes da gestão, trabalhadores da saúde e do setor privado – e as conferências – que devem ser

realizadas num espaço de tempo de cada quatro anos –, ambos funcionando como instâncias colegiadas de participação da sociedade.

Após estas considerações concernentes aos princípios doutrinários e organizativos que regem o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar que eles estão imbricados no processo de desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde em cada nível de complexidade que constitui a rede.

Retomando as reflexões sobre a categoria trabalho a partir da perspectiva marxiana/lukacsiana que fundamenta este estudo, adentrar-se-á na discussão acerca da instrumentalidade. Para Fernandes o trabalho, “[...] categoria ontológica do ser social” (LUKÁCS, 1979), se constitui em uma das categorias envoltas à instrumentalidade.

Ao considerar que o assistente social é um profissional inserido na divisão sócio-técnica do trabalho para atuar frente às expressões da “questão social”, entende-se que a instrumentalidade está balizada pelas três dimensões inerentes à profissão as quais entrelaçam o processo formativo e o exercício profissional, sem a existência de superposição, mas em perspectiva de horizontalidade, como elementos inter-relacionados e conectados, entendendo-as como constitutivas de uma unidade e capaz de manifestar as particularidades da instrumentalidade (COSTA, 2008).

No que concerne à matriz teórico-metodológica da profissão de Serviço Social, seu emprego possibilita realizar a leitura crítica da realidade social, apreendendo as contradições e determinações que a constituem, viabilizando subsídios e parâmetros para a prática profissional, portanto, salienta-se que o entendimento desta dimensão não pode ser compreendida tão somente como os procedimentos do fazer profissional (idem).

Nesse sentido, destaca-se a afirmativa de Iamamoto, (1994, p. 174 apud COSTA, 2008, p. 52), considerando,

[...] a questão teórico-metodológica vai além de um esquema de procedimentos operativos, uma vez que diz respeito ao modo de ler, de interpretar, de se relacionar com o ser social. Uma relação entre o sujeito cognoscente – que busca compreender e desvendar essa sociedade – e o objeto investigado.

A dimensão ético-político implica articular a ética das profissões com a ética social e dos projetos societários que estão enviesados, o que pressupõe um

posicionamento político pautado no compromisso com valores e princípios de uma dada concepção de sociabilidade que norteia o exercício profissional, como apregoado no Código de Ética Profissional (COSTA, 2008).

A dimensão técnico-operativa está atrelada à prática e ao fazer profissional, através de instrumentos e técnicas utilizados na intervenção profissional, mas não se reduz necessariamente a estes, dada a capacidade de criar, selecionar e aplicar, em consonância com os objetivos e a intencionalidades da intervenção (idem).

Nesses termos, destaca-se que o profissional, para além de uma competência técnica, é dotado também de competência intelectual, o que direciona ao entendimento de que estas dimensões não devem ser apreendidas separadamente, mas em sua relação de complementariedade.

Conforme Guerra (2005, p. 201):

[...] a instrumentalidade do Serviço Social não se limita ao desencadeamento de ações instrumentais, ao exercício de atividades imediatas, uma vez que porta possibilidades de validação vinculadas ao emergente, para o que necessita ser informada por teorias que se referenciem nos princípios ontológicos de constituição do Ser-Social, às quais subjaz um determinado grau de racionalidade que lhe permite apreender a totalidade dos processos sociais e atuar sobre eles.

Ante o exposto, entende-se que a instrumentalidade constitui o *modus operandi* de ser de uma profissão, o que implica a necessária mediação entre as dimensões que lhe corporificam. É, pois, uma categoria que envolve os instrumentos e técnicas (dimensão técnico-operativa) indispensáveis ao exercício profissional, todavia, está para além desta, incorpora, em mesmo nível de significância, a dimensão ético-política e teórico-metodológica, sem as quais seria impossível uma apreensão dos fenômenos da realidade tal como são em sua essência.

A este respeito, Guerra (2005), afirma:

[...] a instrumentalidade é uma condição necessária para a reprodução da espécie humana, no sentido em que se estabelece na relação homem-natureza, num movimento de transformação exercida pelo primeiro sobre a segunda, num processo de busca pela satisfação dos seus carecimentos materiais e espirituais, ou seja, pelo trabalho.

Nesta perspectiva, o processo de trabalho permite que o homem confira concretude à instrumentalidade, isto implica na capacidade que possui em

transformar os meios/instrumentos necessários ao alcance da intencionalidade presente em seu trabalho, acrescenta-se também que a instrumentalidade é tecida pelos profissionais, tanto pelo acúmulo histórico, quanto pela cultura imbricada à profissão, mas o é também pelo movimento próprio da sociedade em que está inscrita ante as condições objetivas e subjetivas que inflexionam o exercício profissional (idem).

Assim, no âmbito da profissão de Serviço Social, Guerra (2000), sinaliza que

[...] a instrumentalidade do Serviço Social remete a uma determinada capacidade ou propriedade que a profissão adquire na sua trajetória sócio-histórica, como resultado do confronto entre teleologias e causalidades. Estamos, pois, nos referindo às propriedades e às capacidades sócio-históricas que a profissão vai adquirindo na sua trajetória no confronto entre as condições objetivas e as posições teleológicas de seus agentes profissionais e dos agentes sociais que demandam o exercício profissional, entre as respostas profissionais e as demandas colocadas à profissão, as quais atribuem-lhe determinados significados e reconhecimento social, que precisam ser compreendidos. (GUERRA, 2000, p. 6).

Diante das considerações ora tecidas, faz-se necessário adentrar um aspecto pertinente à instrumentalidade, qual seja, a racionalidade que pode estar alinhada a duas perspectivas: a formal-abstrata ou a crítico-dialética.

Para a perspectiva da razão crítico-dialética, os processos sociais são compreendidos como imbricados a complexificações e determinações que constituem uma totalidade social, sendo necessário recorrer a categorias como contradição, dialética, mediação e historicidade que possibilitam apreender a realidade social para além das manifestações aparentes, almejando a essência dos fenômenos (COSTA, 2008). Assim, a razão crítico-dialética pressupõe:

[...] o conhecimento que supera a imediatez em dois níveis: 1) um conhecimento que vá além da aparência imediata; 2) um conhecimento que vá além da sua utilização imediata, que não seja meramente instrumental, operatório, mas ao contrário, que parta do empírico, e mediatizado pela razão dialética busque reproduzir em nível do pensamento a lógica de constituição dos fenômenos e processos reais, da maneira mais aproximada possível. (GUERRA, 2002, p. 60 apud COSTA, 2008, p. 42).

A racionalidade é entendida por Guerra (2005, p. 44) como “uma propriedade da razão, vinculada às suas diversas formas de concepção, tendo nesta o seu fundamento determinante que, por sua vez, é expressão da própria realidade”.

Deste modo, a racionalidade consiste nas dimensões do modo de pensar, de

ser, de agir que corporificam o complexo da dinâmica social e a razão passa a ser utilizada pela burguesia na defesa intransigente dos seus interesses e das necessidades próprias do sistema do capital, legitimando as relações estruturais envoltas ao Estado, as políticas sociais, dentre as quais, a política de saúde (SOARES, 2010).

A razão instrumental é uma racionalidade subordinada e funcional: subordinadas ao alcance dos fins particulares, dos resultados imediatos, e funcional às estruturas. Constitui-se num conjunto de atividades, num conjunto de funções, não se importando nem com a correção dos meios nem com a legitimidade dos fins. Por isso funcional ao capital. Subsume os atributos das coisas aos seus aspectos quantitativos. Limita-se a garantir a eficácia e a eficiência (GUERRA, 2000, p. 16).

Segundo Soares (2010), embasados pela racionalidade formal-abstrata os serviços de saúde possuem como características a centralidade na medicina curativa individualista, com práticas técnico-burocráticas, hierarquizadas e assistencialistas e com ênfase na mercantilização da saúde. Em contraposição, destaca-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que em alternativa ao modelo médico-hegemônico e biologizante, propunha uma abordagem médico-social, fundamentada na percepção política e histórica da saúde. Deste modo, “[...] O movimento sanitário implementa uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista” (SOARES, 2010, p. 34).

Feitas estas considerações, entende-se que a funcionalidade e instrumentalidade do Serviço Social, através da racionalidade formal-abstrata tem sido apropriada e alinhada ao projeto burguês. Para fins deste trabalho, direciona especificamente este entendimento para as reflexões em âmbito do sistema de saúde brasileiro, mediante um modelo que nos dias hodiernos ainda permanece, em termos reais, vinculado à lógica biomédica e centrada na doença.

Assim sendo, identifica-se que desde meados da década de 1990, a saúde é permeada pelas inflexões do processo de contrarreforma do Estado, através do viés de redução do aparelho estatal para o âmbito público, na diminuição de gastos sociais e dos direitos conquistados mediante longas e históricas lutas da classe que sobrevive do trabalho, intensificando o movimento de mercadorização e reificação da saúde.

Soares (2010) reitera que este movimento de contrarreforma se centra na

racionalidade que pertence ao sistema do capital contemporâneo. [...] Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise (idem, p. 41).

Nesses termos, identifica-se a existência de dois projetos políticos em confronto na área da saúde, numa intensa correlação de forças para colocarem-se como hegemônicos na sociedade. O projeto da reforma sanitária, “construído a partir de meados de 1970, tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função das necessidades da sociedade” (BABILÔNIA, 2013, p. 9), o projeto privatista, alinhado aos interesses do mercado, em que a saúde desloca-se do patamar de direito e acesso gratuito a todos os cidadãos e adquire caráter de mercadoria, “pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 205).

Na perspectiva do projeto privatista, citam-se como características: a focalização na população mais vulnerável, a desconcentração dos serviços e as indagações sobre o acesso universal, ao considerar que nesse viés, a responsabilidade do Estado é garantir mínimo acesso aos que dispõem de condições para adentrar os serviços privados (idem).

Conforme indicam Bravo, Pelaez, Pinheiro (2018, p. 10), há também um terceiro projeto da saúde:

[...] o da Reforma Sanitária Flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país pautada pelo Consenso de Washington (1989).

O terceiro projeto presente na discussão da saúde, surge durante os governos do Partido dos Trabalhadores e diz respeito ao Projeto SUS possível, que concilia arranjos institucionais, mecanismos de gerência e a responsabilização dos trabalhadores de saúde, que por vezes, aceitam as concessões de uma política que não atende integralmente as propostas da RSB e nem da classe que sobrevive do trabalho, mas que se faz nesses acordos para efetivar, ainda que, minimamente o acesso à serviços de saúde.

Deste modo, ao deter o olhar sobre o SUS ao longo dos mais de trinta anos

de sua criação, observa-se que do à luz da Constituição Federal, houve avanços significativos, todavia, a rearticulação de forças conservadoras impossibilitaram sua real efetivação, sobretudo com o expressivo poder do Executivo na tomada de decisões sobre as reformas regulatórias. A reforma administrativa iniciada com o Plano Diretor, em face do avanço do neoliberalismo no governo de Fernando Henrique Cardoso, não se encerra nele mesmo. Do contrário, os governos considerados populares (PT), continuou através da adoção de políticas heterodoxas, aproximando para o âmbito da saúde, lideranças que defendiam o setor privado, os fundos de pensão e a filantropia, fazendo com que as problemáticas de ressarcimento do sistema público de saúde, as cobranças de multas e cobertura de contratos permanecem sem resolução.

De certo, o governo de 2016, com Michel Temer traz um “centrão” conservador que vem destituindo as bandeiras da Constituição Federal de 1988. Deste modo, a proximidade com o setor empresarial se expressa nas propostas de alteração da política de saúde, com o documento Coalizão Saúde Brasil, com o intuito de construir um novo sistema de saúde para o país (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Nesse sentido,

[...] as soluções para os sistemas de saúde público e privado ou simplesmente Sistema de Saúde Brasileiro (e não mais SUS) passam por fortalecer os mecanismos de livre mercado, como as parcerias públi-co-privadas, as OSs e um novo modelo de governança que amplie a participação dos presta-dores privados de assistência à saúde na definição das políticas de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

Especificamente sobre o idoso, as mudanças na Lei dos Planos de saúde, expressa o interesse em modificar o preconizado com Estatuto do Idoso, que proíbe o reajuste após 60 anos de idade, defendido pela nova proposição do Planos (idem).

Sob o discurso de crise, forjada para justificar as medidas de reajuste e incidência da privatização da saúde, as principais medidas defendidas pelo governo Temer foram:

[...] a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde

(BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13).

No âmbito destas constatações, pode-se afirmar que os processos de trabalho dos quais o assistente social é partícipe, são permeados pelas determinações e lógicas organizacionais das instituições empregatícias, envoltas pelo tensionamento da relação entre capital versus trabalho (ABEPSS, 1996).

O próximo tópico trará reflexões sobre o trabalho dos assistentes sociais na saúde pública diante das orientações do Projeto Ético Político do Serviço Social.

1.2 O trabalho de assistentes sociais na saúde pública a partir do atual Projeto Ético-Político Profissional (PEPP)

Considerando-se a reflexão de Faleiros (2007, p. 38) para quem “[...] não há sujeito de direitos e deveres sem Estado, não há contexto sem sujeitos”, entende-se que o Estado introduz normas e regulações para a vida em sociedade, responsáveis pela condução do comportamento e dos modos de vida dos sujeitos imbricados pelas particularidades que constituem as esferas econômica e social, contribuindo para a constituição do indivíduo dotado de direitos e de deveres.

Partindo do suposto de que o Estado é inconcluso e modifica-se no percurso espaço-tempo, destaca-se o pensamento de Marx que compreende que é a sociedade quem cria o Estado, formado a partir das bases materiais, das relações de produção e reprodução da vida humana, especificamente do Modo de Produção Capitalista (MPC), o que determinará suas funções em dado momento histórico.

Para fins deste estudo, tendo em vista que o assistente social atua com políticas sociais, destaca-se que foi na fase monopolista do Estado que ele passou a assumir funções políticas, além das econômicas típicas da fase concorrencial, para atender parte das requisições da classe trabalhadora que se organizou, exigindo o reconhecimento de seus direitos sociais e de trabalho, complexificando as relações entre as classes sociais a partir da necessidade de enfrentamento das expressões a “questão social”, o que decorreu no estabelecimento de direitos, políticas e serviços sociais, cujo espaço sócio-ocupacional aberto possibilitou a criação da profissão de Serviço Social.

Assim, considera-se que “[...] a mobilização e a organização da classe trabalhadora forma determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no

final do século XIX e início do século XX” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 63). Frente ao novo contexto, altera-se portanto, a perspectiva do Estado, adotando características da social democracia, mas sem romper radicalmente com os princípios liberais, estabelecendo direitos aos trabalhadores, mas com o intento de manter os fundamentos do capital. Nisto reside a contradição das políticas sociais, ao passo em que representam benefícios e resultam das lutas da classe operária, atendem também aos interesses da burguesia, ao utilizar as políticas sociais no auxílio à reprodução dos trabalhadores, é tido como elemento para formar o consenso entre as classes.

Inicialmente as políticas sociais embasavam-se apenas na perspectiva do seguro social, destinada aos cidadãos inseridos no mercado de trabalho, os demais encontravam-se à mercê da filantropia e da caridade ou ainda dependentes da lógica da assistência para os miseráveis. Tal realidade modificou-se apenas com a conjuntura e o desfecho da crise de 1929, a maior vivenciada pelo capitalismo até aquele momento. Conforme Netto e Braz (2006), entre uma crise e outra existe o ciclo econômico, constituído por quatro fases: a crise, a depressão, a retomada e o auge. Elas não possuem uma única causa, são resultantes das várias contradições do capitalismo, com destaque para a fundamental: a contradição entre a produção socializada e a apropriação privada, das quais decorrem todas as outras.

Salienta-se que as crises são inerentes e funcionais ao MPC, momento no qual se restaura de forma a impulsionar sua continuidade. Assim, “[...] a principal mudança, em decorrência da crise, foi uma maior intervenção do Estado na economia capitalista” (SANTOS, 2016, p. 124), pois “[...] a crise de 1929 exigiu novas formas e modalidades de ação estatal” (idem).

Assim, considerando que existia a necessidade de regulação do sistema econômico, sem que houvesse a destituição da centralidade que exercia o mercado e a burguesia no poder hegemônico da sociedade, optou-se pelo pacto keynesiano (TEIXEIRA, 2010), dando início à Era de Ouro (assim denominada por Hobsbawm), com a generalização das políticas sociais, com o Welfare State na Europa ocidental, resultante das ideias de Keynes, em desenvolver um Estado intervencionista, numa concepção ampla de direitos sociais, através da política de pleno emprego, políticas sociais e consequente estímulo ao consumo, num movimento de equilíbrio entre desenvolvimento econômico e social.

Deste modo, “As políticas sociais integram a relação de medidas anticíclicas

das proposições keynesianas em resposta amortecedora ao período depressivo que cerca os anos de 1929-1932, como também resulta de um pacto social com o movimento operário” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006 apud TEIXEIRA, 2010, p. 183).

Nas palavras de Hobsbawm (1995, p. 270),

A era de ouro foi a era do livre comércio, livres movimentos de capital e moedas estáveis, que os planejadores do tempo da guerra tinham em mente. Sem dúvida isso se deveu basicamente à esmagadora dominação econômica dos Estados Unidos e do dólar, que funcionou como estabilizador por estar ligado a uma quantidade específica de ouro, até a quebra do sistema em fins da década de 1960 e princípios da de 1970. [...] Isso também se devia ao temor do comunismo.

Como indicado acima, esse período de progresso, intensificação da urbanização/industrialização, avanço tecnológico, transnacionalização, chegou ao fim em meados dos anos 1970, interrompendo o auge do movimento do capital e iniciando uma nova crise do capital que, diferentemente das anteriores, foi orgânica, perpassando todas as dimensões de produção e reprodução das relações sociais, sem solução até os dias atuais, não havendo ainda uma próspera retomada do ciclo econômico, ou como denominada por Mészáros (2009), vivencia o capitalismo, uma crise estrutural, num contínuo movimento depressivo.

Santos (2016) ao parafrasear (MÉSZÁROS, 2009), reafirma ser uma crise estrutural em virtude do seu caráter universal, atingindo a totalidade de um complexo de relações sociais, todas as esferas de atividades do capital; seu alcance global; possui uma escala de tempo extensa e permanente (em que as anteriores eram cíclicas), e por um desdobramento rastejante.

Deste modo, Bobbio (apud RIGOSANTIN, 2013, p. 72) assinala que os direitos sociais “são direitos que tendem, senão a eliminar, a corrigir desigualdades que nascem das condições de partida, econômicas e sociais, mas também, em parte, das condições naturais de inferioridade física”.

A intervenção estatal possui o intento de reduzir as desigualdades presentes no complexo da vida social, mediante a inserção dos trabalhadores no cenário político, exigindo formas de intervenção e respostas, expressas através dos direitos sociais e concretizados via políticas públicas. Nesse sentido, A Constituição vincula alguns direitos e princípios fundamentais à dignidade da pessoa humana, como os direitos à igualdade, à liberdade e à vida.

Outrossim, Canotilho (2002, p. 393, apud SILVA, 2007 p. 73) concernente aos direitos fundamentais ressaltou:

As expressões “direitos do homem” e “direitos fundamentais” são frequentemente utilizadas como sinônimas. Segundo a sua origem e significado poderíamos distingui-las da seguinte maneira: direitos do homem são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista); direitos fundamentais são os direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente. Os direitos do homem arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta.

Todavia, atenta-se que esse processo de construção de um sujeito de direitos e deveres é permeada pelas contradições inerentes à sociabilidade do capital e, portanto, não necessariamente a instituição do direito culmina na cidadania de e para todos. Nessa perspectiva, é um movimento que perpassa as categorias gramscianas de hegemonia e contra-hegemonia. Gramsci (1978, p. 71 apud FALEIROS, 2007, p. 37)) afirma que a estrutura e as superestruturas formam um “[...] bloco histórico, o conjunto complexo, contraditório e discordante das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção”.

Assim, deve-se considerar a correlação de forças permeadas na conquista dos direitos. Em suas palavras:

Estabelecer direitos pode significar a cristalização do poder de um grupo dominante ou dirigente em detrimento de outros grupos, posicionando-se como uma parte dominante acima de outra parte da sociedade, fragmentando a própria sociedade entre os “com cidadania” e os “sem cidadania”, ou estabelecendo apenas direitos formais para todos e reais para alguns. (FALEIROS, 2007, p. 38).

Esse pensamento vem de encontro às ideias elaboradas por Marx, no sentido de que é preciso que haja a emancipação política dos indivíduos para que o direito formal esteja de fato atrelado às necessidades dos sujeitos, pois apenas instituir o direito em lei, não significa que haja a dissolução ou amenização da desigualdade social (idem).

Silva (2007, p. 70), ao fazer referência ao pensamento de Bobbio (1992, p. 05), reitera que:

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez

e nem de uma vez por todas... A liberdade religiosa é um efeito das guerras de religião; as liberdades civis, da luta dos parlamentos contra os soberanos absolutos. A liberdade política e as liberdades sociais, do nascimento, crescimento e amadurecimento do movimento dos trabalhadores assalariados, dos camponeses com pouca ou nenhuma terra, dos pobres que exigem dos poderes públicos não só o reconhecimento da liberdade pessoal e das liberdades negativas, mas também a proteção do trabalho para o desemprego, os primeiros rudimentos de instrução contra o analfabetismo, depois a assistência para a invalidez e a velhice, todas elas carecimentos que os ricos proprietários podiam satisfazer a si mesmos.

Nessa perspectiva, compreender a instauração de direitos na sociedade requer mencionar a dimensão histórica, considerando que eles são construídos no espaço e no tempo de acordo com as configurações que constituem a dinâmica das relações sociais, mediante os tensionamentos existentes entre os sujeitos, o que faz referência às lutas travadas constantemente pelos trabalhadores.

Refletir sobre direito à saúde implica a necessária articulação às mudanças na concepção de saúde enquanto um conceito ampliado, resultante das transformações desenvolvidas na esfera da produção e reprodução da vida material, que é também social.

Nunes (2009, p. 11) sinaliza duas perspectivas para se pensar a saúde como direito: a primeira está associada ao princípio de universalidade que permeia as discussões em saúde, entendendo-a como um direito intrínseco a todo cidadão, ideia que foi legislada na Constituição Federal de 1988; e a segunda perspectiva refere-se ao próprio conceito de saúde, assinalado pela Organização Mundial de Saúde, que a concebe não apenas como ausência de doença, “mas como um estado geral de bem-estar, cuja realização e proteção dependem de um conjunto de condições económicas, sociais e políticas que transcendem o domínio circunscrito das políticas de saúde e dos cuidados de saúde”.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), institui que:

- o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde..., o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades de nível de vida”.
- [...] – um direito, que ganha forma através da garantia, pelo Estado, “de condições de vida dignas e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a todos os níveis, para todos os habitantes do território nacional, conduzindo ao pleno desenvolvimento do ser humano na sua individualidade”.

– esse direito é formalizado no texto constitucional, mas realiza-se, sobretudo, através de uma política de saúde “consequente e integrada nas outras políticas económicas e sociais”, com os meios necessários à sua execução e garantindo o “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e económicas pela população”. (BRASIL, 1986, p. 4).

Assim, pode-se inferir que o direito à saúde ocorre por sua vinculação ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, mediante os direitos sociais preconizados na Carta Magna de 1988, com a responsabilização do Estado, através das políticas públicas, este direito torna-se coletivo, a ser efetivado pelo SUS (BAHIA, 2008).

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico. (SILVA, 1973, p.31-32 apud PAIM, 2007, p. 144).

Tal concepção de saúde está atrelada aos determinantes sociais de saúde (DSS), ao compreender que há diferentes elementos das condições de vida dos sujeitos que incidem no processo saúde-doença, portanto, os DSS fazem referência às particularidades das esferas social, econômica, cultural, ético político e que repercutem nas problemáticas de saúde (idem).

Assim, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) significou, no âmbito jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais mediante uma realidade de intensificação das expressões da “questão social”, visando seu enfrentamento e a possibilidade de romper com as históricas injustiças acometidas ao longo dos séculos com a classe que sobrevive do trabalho (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001).

O artigo segundo da Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080/1990, dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício.

Ante as transformações na concepção de saúde que ora se encontra em vigor no meio social, acadêmico e legislativo, enquanto resultante de um amplo

processo de reflexão frente as mudanças conjunturais da realidade social, econômica e política e fruto da intensa articulação e movimento da RSB, entende-se que os princípios que ora os fundamentam caminham de encontro ao que orienta o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) do Serviço Social.

Sublinha-se que sua materialidade consiste nos principais documentos que regulam e norteiam os princípios e valores do exercício profissional, a saber: as Diretrizes Curriculares de 1996; Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social, nº 8.662, de 7 de junho de 1993; o Código de Ética de 1993. Este último, possui como valor central a liberdade que concomitantemente requer o compromisso com a autonomia e a emancipação dos sujeitos, que passam a se constituir em elementos norteadores do PEPP da categoria. Portanto, as bases centram-se na democratização, mediante a defesa intransigente do acesso universal a bens e serviços e aos direitos sociais e humanos (COSTA, 2008).

Nessa perspectiva, acrescenta-se que o PEPP se encontra articulado a um projeto de sociedade que almeja a construção de uma nova sociabilidade, livre do domínio do capital, da exploração do homem pelo homem, de classe, etnia e gênero, reiterando a recusa do arbítrio e do preconceito, com vistas à equidade e justiça social, através da socialização da riqueza socialmente produzida (idem).

Com base nesta afirmativa, pode-se referenciar o entendimento de Paim (2007, p. 151)

[...] seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Assim sendo, pode-se sinalizar que a radicalidade da democracia contida nesta vertente crítica do movimento da Reforma Sanitária, permite vislumbrar que consiste em um projeto de civilização que caminha em oposição às determinações

do sistema do capital.

Nesse sentido, é permitido afirmar que com o alcance da maioria intelectual do Serviço Social e a consolidação da Intenção de Ruptura com o Serviço Social tradicional, apropriando-se da teoria Marxista como aporte teórico metodológico que, em dias hodiernos, orientam a formação e o exercício profissional hegemonicamente, na luta incessante pela viabilização de direitos e construção de uma sociabilidade justa e igualitária, estão embebecidos pelos ideais que constituem a Reforma Sanitária no país e a perspectiva de saúde que considera os determinantes sociais imbricados no binômio saúde-doença.

Na interlocução com esta realidade, situa-se que o assistente social se constitui como trabalhador especializado inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, portanto, também coloca sua força de trabalho, mercadoria de que dispõe, para a venda. A este respeito, Iamamoto (2015, p. 24), assinala que:

[...] ora o Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, têm um valor de uso, uma utilidade social. Por outro lado, os assistentes sociais também participam, como trabalhadores assalariados, do processo de produção e/ou de redistribuição da riqueza social.

Para Iamamoto (1997, p. 88), compreender o significado social da prática profissional implica considerar o conjunto de condições e relações sociais que lhe imprimem sentido histórico. Isso significa apreender que a prática profissional dos assistentes sociais é historicamente determinada pelas condições objetivas da realidade social e institucional que independem da sua vontade e/ou consciência. Ao mesmo tempo em que, é uma profissão que possui uma dimensão teórico-metodológica que embasa seu exercício, permitindo entender “[...] a profissão como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais”.

Assim, embora o assistente social detenha estatuto de profissional liberal, ele é também trabalhador assalariado, o que implica dizer que seu exercício é permeado pelos tensionamentos da compra e venda da força de trabalho, e, portanto, segue normas que orientam as relações trabalhistas, não possuindo controle sobre as condições e meios de trabalho (RAICHELLIS, 2013), ao que Iamamoto (2015, p. 97) acrescenta:

[...] sendo os assistentes sociais, proprietários de sua força de

trabalho qualificada, não dispõem, todavia, de todos os meios e condições necessários para a efetivação de seu trabalho, parte dos quais lhe são fornecidos pelas entidades empregadoras.

Conforme Silva e Silva (2013), desde o processo de institucionalização do Serviço Social enquanto profissão, a saúde se configurou como um de seus principais campos de inserção, parafraseando Souza (2009, p. 5-6), a

[...] resolução número 218 de 06/03/1967 do Conselho Nacional de Saúde, reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, com todo embasamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional específicos de saúde [...], isto implica dizer que o Serviço Social é uma profissão qualificada e apta a atuar na área da saúde.

Assim, de acordo com o CFESS (2010), o objetivo do Serviço Social no campo da saúde está atrelado à compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que incidem diretamente sobre o processo saúde-doença e na procura incessante por estratégias político-institucionais que venham a enfrentar estas questões, considerando as dimensões subjetivas vivenciadas pelo usuário.

É inegável que a nova configuração da política de saúde, desencadeada a partir da entrada nos anos 1990, resulta em impactos para o exercício profissional do assistente social em diferentes dimensões, sejam elas nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Ademais, este processo intensifica o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta dos trabalhadores (CFESS, 2010).

Nesses termos, evidencia-se que as funções que são do Estado, através do discurso de sucateamento dos serviços, é direcionado para a esfera do mercado o atendimento das necessidades sociais.

Nesse quadro, os serviços sociais deixam de expressar direitos, metamorfoseando-se em atividade de outra natureza, inscrita no circuito de compra e venda de mercadorias. Estas substituem os direitos de cidadania, que, em sua necessária dimensão de universalidade, requerem ingerência do Estado (IAMAMOTO, 2009, p. 366, apud FAERMANN, 2015, p. 140).

Frente à realidade em análise, vislumbra-se que os distintos projetos políticos que permeiam as discussões e orientam os serviços de saúde colocam requisições, também diferentes à atuação do assistente social em seu processo de trabalho

(BRAVO; MATOS, 2009). Nesses termos,

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Deste modo, entende-se que o exercício profissional do assistente social é atravessado pelo confronto de diferentes interesses políticos, econômicos e sociais, ocasionando o tensionamento entre as forças divergentes que constituem a instituição de trabalho, a política pública e área em que está inserido, para efetivar as ações da intervenção profissional.

A este respeito, evidencia-se os apontamentos de Vasconcelos (1999, apud BRAVO, MATOS, 2009) sobre o trabalho desempenhado pelos profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde, que manifesta um destoamento significativo entre a intenção do agir e o discurso propalado, assim, embora os assistentes sociais manifestem o compromisso ratificado com os usuários, observa-se que a preocupação se concentra em atender as demandas postas pela instituição, seguindo na contra mão do que defende o PEPP da categoria.

As práticas profissionais que divergem dos princípios do PEPP são baseadas na perspectiva conservadora que se justapõe à racionalidade formal-abstrata, em favorecimento do projeto burguês de sociedade, do projeto privatista de saúde e do modelo biomédico.

A realidade em desfecho se observa na

[...] reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslancha para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como

assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica (BRAVO; MATOS, 2009, p. 211-212).

O cotidiano profissional dos assistentes sociais revela, portanto, que a prática na saúde está atrelada aos condicionantes político-institucionais, incidindo no risco de reduzir sua ação a uma prática burocrática, voltada às normas e regulamentos administrativos, aos imperativos das autoridades representantes, ao preenchimento de formulários, questionários, ao cumprimento de metas, e, ainda que se busque realizar uma escuta qualificada, uma entrevista social, por vezes, o atendimento das necessidades reduz-se à imediatividade das demandas e dos fenômenos postos, ações que findam em um fim em si mesma, impossibilitando ou fragilizando apropriação do profissional sobre demandas implícitas, além das manifestas no aparente e emergente, e os usuários ficam a margem do controle social, da organização e luta política (VASCONCELOS, 2009).

Destarte, Vasconcelos (2009, p. 251) assinala que parte significativa das demandas encaminhadas ao Serviço Social

[...] subjugando o trabalho dos assistentes sociais ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionários à dinâmica interna da unidade, em última instância, funcionais à ordem vigente.

Todavia, ao considerar que um dos princípios fundamentais contidos no Código de Ética do Assistente Social é o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, e que se constitui como seu dever colaborar para a criação de mecanismos que derivem na desburocratização da relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados, salienta-se que a profissão dispõe de aparato normativo e legislativo que norteiam deste o processo formativo quanto o exercício para estes fins.

Deste modo, merecem destaque as contribuições de Iamamoto (1999) ao

sinalizar a mediação como categoria que possibilita a transição da abstração para a as singularidades do fazer profissional, com vistas a superar a problemática do distanciamento “[...] entre o tratamento teórico-sistemático das matrizes teórico-metodológicas e a quotidianidade da prática profissional” e no âmbito do ensino, o vazio sobre as estratégias, táticas e o arsenal de instrumentalização para o agir profissional, o que implica no revigoramento do tecnicismo e decorre no dilema do fatalismo, presente no Serviço Social.

Assim sendo, os princípios que fundamentam a formação do assistente social expressos nas Diretrizes Curriculares de 1996, mediante adoção da teoria social crítica permitem apreender a totalidade social em seu dilema metodológico: universalidade-particularidade-singularidade (ABRAMIDES, 2006).

Portanto, apreender as problemáticas na formação que implicam no âmbito da prática profissional requer, em primeiro lugar “[...] atribuir maior rigor e consistência à apropriação das matrizes teórico-metodológicas da formação” tendo como requisitos “[...] transitar da mera reprodução de conceitos à apreensão da lógica de construção das explicações da vida social” e o “[...] atento acompanhamento do movimento histórico presente carreando informações que subsidiem as análises sobre as problemáticas em que incidem a prática profissional” (IAMAMOTO, 1999, p.193). Em segundo lugar, destaca-se a necessidade de “[...] criteriosa pesquisa acerca das problemáticas sobre as quais incide o exercício profissional e dos processos que as produzem” como requisita para alcance da mediação entre as matrizes teórico metodológicas e a prática profissional, através da pesquisa da realidade e apropriação dos processos macrossociais (idem, p. 194).

Assim, pode-se reiterar que as Diretrizes Curriculares do Serviço Social sinalizam que a formação profissional deve ser permeada de propriedade que possibilite ao assistente social antecipar as problemáticas concernentes à prática profissional; promover elaboração de propostas profissionais mediante políticas centradas no protagonismo dos sujeitos e um projeto de formação calcado nas lutas sociais.

Nessa perspectiva Iamamoto (1999), sinaliza como requisitos à formação para a elaboração de contrapropostas no universo profissional: olhar voltado para a sociedade civil – em suas relações com o Estado; para os indivíduos sociais – sua presença na arena social e política; e para os modos de vida e de trabalho,

centrando como exigência a aproximação dos assistentes sociais às condições de vida das classes subalternas e de suas formas de luta e de organização, nesse sentido é possível estabelecer a ruptura com papel tutelar e vislumbrar a construção de uma cultura pública democrática.

A formação profissional deve viabilizar as condições para que os novos assistentes sociais sejam sensíveis e solidários ao processo de criação de uma nova cidadania, como estratégia política de gestão de uma cultura pública democrática, contrapondo-se ao individualismo, à linguagem do mercado, ao “ethos” da pós modernidade. (IAMAMOTO, 1999, p. 199).

Nestes moldes, princípios que fundamentam a formação profissional contidos nas diretrizes curriculares, implicam capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a:

1. Apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
2. Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira;
3. Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
4. Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho,
5. Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor.

Diante dessas constatações, pode-se afirmar que as diretrizes curriculares traçam caminhos que permitem apreender a totalidade e práxis da formação profissional, direcionando a sustentação da ação profissional à defesa dos direitos sociais na garantia da cidadania e da democracia, calcados em uma perspectiva social crítica que se contrapõe ao conservadorismo e tecnicismo.

Nesse sentido, destaca-se que o assistente social possui uma formação crítico-analítica que permite buscar formas alternativas para romper com as exigências burocratizantes e meramente técnicas, mesmo não possuindo o “[...] controle sobre as condições objetivas para a realização de seu trabalho (YAZBEK, 2009, p.11), por ser um profissional dotado de relativa autonomia, é possível desenvolver estratégias e mecanismos que permitam em seu exercício profissional concretizar o projeto ético político em consonância com a luta pela efetivação dos direitos da classe trabalhadora.

Vasconcelos (2009, p. 243), realiza alguns apontamentos necessários para que o assistente social concretize o rompimento com as práticas conservadoras e

contundentes a um trabalho alienante e que favorece a reprodução do processo de trabalho em consonância com os preceitos do capital, qual seja, “[...] uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar”, um processo de trabalho educativo, que possibilite concretizar o acesso aos serviços de saúde.

Diante deste cenário, merece destaque um dos princípios fundamentais do assistente social, qual seja: o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (CFESS, 2012). Assim, constitui dever do assistente social auxiliar no desenvolvimento de mecanismos que possibilitem desburocratizar a relação com os usuários, com fim de agilizar e melhorar os serviços prestados.

Nesse sentido, a formação do assistente social permite que sua intervenção apresente respostas às demandas advindas da “questão social” e dos espaços de atuação, mas é necessário que o exercício esteja para além das rotinas institucionais e calcadas no compromisso com os usuários.

Compreendendo a unidade entre as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica, que dão base à formação em Serviço Social, podemos afirmar que o conteúdo presente na graduação dá direcionamento à intervenção do futuro profissional, sendo, portanto, espaço de disputa de projetos profissionais, na definição dos currículos mínimos (e hoje das diretrizes curriculares), da matriz curricular de cada unidade de ensino e da execução de cada disciplina em sala de aula. (CARDOSO, 2016, p. 433).

Partindo desta definição e das considerações elencadas, pode-se constatar que a profissão possui princípios e normativas que constituem a materialidade do Projeto Ético Político e norteiam as práticas profissionais numa perspectiva de crítica, criativa e politizante, que permite apreender os fenômenos em sentido macrossocial, contrários ao conservadorismo e ao modelo de saúde centrado na hegemonia da figura médica, biologizante e individualizante, do contrário, os princípios coadunam com a radicalização da democracia, da igualdade e da justiça social, almejando a construção de uma nova ordem social.

No âmbito, dessas discussões busca-se estabelecer indagações sobre os processos de trabalho dos quais o assistente social faz parte nos serviços de saúde, ante os marcos legais elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social.

1.2.1 Principais marcos legais e normativos do trabalho em Serviço Social erigidos pelo Conselho Federal de Serviço Social

Compreender a prática profissional do Serviço Social na área da saúde exige se debruçar sobre o aparato normativo e legislativo que orienta e regula o exercício do assistente social em todo o território nacional, permitindo identificar se na prática ele se coaduna aos princípios do Projeto Ético Político ou não.

Para tanto, parte-se do pressuposto de que,

O exercício profissional, expressão material e concreta do processo de trabalho do assistente social, explicita a dimensão política da profissão e o reconhecimento da condição de sujeitos de direitos daqueles com os quais atua, tendo por fim último a sua emancipação social. (MARTINELLI, 2011, p. 498).

Assim, o exercício profissional expressa a materialização do trabalho, atravessada não apenas pela dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa, mas também ético-político, as quais que não podem ser apreendidas isoladamente, dada a sua natureza de complementariedade, portanto, a intervenção profissional é permeada por uma direção política e uma perspectiva que se contrapõe veemente ao projeto societário do capital. Ademais, sinaliza-se que a saúde, historicamente, se constituiu como setor que mais emprega assistentes sociais e com a criação do Sistema Único de Saúde, ampliou-se este espaço de atuação.

Pode-se dizer, que o Serviço Social adquire ressignificação do seu estatuto na área de saúde com a implementação do Sistema Único de Saúde, resultante de dois movimentos simultâneos, primeiro, as especificidades da profissão, que tradicionalmente ocupava o setor saúde, e segundo, em razão da ampliação da inserção profissional do assistente social no setor sanitário, após a instauração do SUS, a sua capacidade interventiva de apresentar resposta ante as novas demandas e as contribuições políticas que desempenha na construção do SUS real (VASCONCELOS).

A este respeito, Krüger (2010, p. 123) reitera:

Na saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, mas com o SUS se abriu muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, também no âmbito da gestão e planejamento da política, nos quais o assistente social pode desenvolver ações não exclusivas da profissão.

Cabe sublinhar que a ampliação do setor saúde e desse espaço de atuação ao Serviço Social trouxe implicações ao exercício profissional, ao considerar que foram criados espaços comuns a outros profissionais, culminando para a existência da disputa por papéis e tarefas entre o assistente social e profissionais afins, incidindo sobre a legitimidade conquistada anteriormente pelo Serviço Social (KRÜGER, 2010).

Vasconcelos (2013, p.187), ao remeter-se ao pensamento de Soares (2010a, p.117), afirma:

[...] a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos. A racionalidade à que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados.

Direcionar o olhar ao exercício profissional se faz necessário para que haja reflexão sobre os moldes como tem se efetivado a intervenção do assistente social na realidade, especificamente nas ações no setor saúde, com o intuito de identificar se a prática profissional coaduna com a teoria que fundamenta o Serviço Social brasileiro e com sua direção ético-política.

Nesse sentido, o exercício profissional do assistente social na área da saúde, tal como nas demais áreas de atuação, deve estar em consonância com as competências e atribuições estabelecidas com o Código de Ética Profissional, com a Lei de Regulamentação da Profissão e com a Diretrizes Curriculares, instrumentos que materializam o Projeto Ético Político da Profissão e estabelecem os direitos e deveres instituídos e que regem a prática profissional, as relações com os usuários, com a instituição e organizações e movimentos.

Deste modo, o assistente social deve desenvolver seu exercício profissional numa abordagem contrária ao funcionalismo, pragmatismo, que se distancie do conservadorismo e de uma atuação que se pauta na culpabilização do indivíduo, desconsiderando os determinantes macroestruturais do contexto em que se encontram inseridos e das demandas que se colocam à profissão. Portanto, seu agir necessita estar atento à leitura do real, aos condicionantes da vida material, às

possíveis estratégias de mobilização frente à população usuária, às organizações, aos limites e às possibilidades no interior das instituições (CFESS, 2009).

Ante estas considerações, situa-se que a atuação dos assistentes sociais no âmbito da saúde é permeada pela correlação de forças entre os projetos de interesses divergentes envolvidos neste setor e que alocam exigências diferentes para a atuação profissional.

Nesse sentido, o Projeto Privatista em face dos influxos da investida neoliberal desde a década de 1990, decorreram em sucateamento dos serviços, a crise na saúde pública e do fato de o assistente social ser também um trabalhador assalariado que, por sua vez, sofre os rebatimentos das mudanças no mundo do trabalho, interferem sobre sua intervenção, exigindo mudanças na sua funcionalidade e forma de organização que, por vezes, são contrastantes em relação ao que defende o PEPP e o SUS.

Reitera-se que o processo de descentralização/municipalização proporcionou a ampliação dos espaços de atuação ao Serviço Social, que além de atuar na gestão e no planejamento, é chamado a ocupar espaços de coordenação na operacionalização de programas com viés de prevenção, promoção e tratamento de saúde, assim como pode-se vislumbrar a inserção deste profissional na Estratégia Saúde da Família e no Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) (KRÜGER, 2010).

Sublinha-se que ainda assim, na organização dos serviços de saúde, a média e alta complexidades são os níveis que mais absorvem os profissionais de Serviço Social, o que sinaliza as contradições do sistema de saúde, pois mesmo que a orientação corrobore para a centralidade de ações no âmbito da atenção primária, o setor secundário e terciário são os que mais empregam assistentes sociais, uma atuação voltada à racionalidade hegemônica de atendimento das necessidades emergenciais dos usuários (SOARES 2010a apud VASCONCELOS, 2013).

Soares (2010 apud VASCONCELOS, 2013) destaca três grupos de demandas existentes na cena contemporânea, à luz da contrarreforma na saúde, os quais impõem novas exigências ao Serviço Social, seja diante dos novos elementos referentes às atividades de gestão, seja na retomada de práticas arcaicas à profissão e que reproduzem o modelo biomédico e assistencial e curativo, as quais podem ser vislumbradas mediante três grupos:

1. Demandas que se referem mais diretamente à tendência de predomínio da assistência fragmentada, precarizada e focalizada da política e à emergencialização da vida e contenção da demanda, fundamentalmente de natureza assistencial/emergencial.
2. Demandas relacionadas à tecnificação/assessoria à gestão.
3. Demandas socioeducativas e politizadoras que reproduzam a racionalidade hegemônica do sistema, num processo que reproduz a repolitização conforme concebida na racionalidade da contrarreforma, com o objetivo de apaziguar conflitos, difundir um modo de vida relacionado ao “possibilismo”, sem lutas sociais e sem direitos garantidos, flexibilizando-se os direitos da saúde e os direitos sociais como um todo, estimulando, direta ou indiretamente, a adesão, o consenso e o consentimento em torno das mudanças implementadas (SOARES, 2010, p.186 – grifos originais).

No que concerne à prática interventiva do assistente social na Atenção Básica, Krüger (2010) destaca a atuação no NASF, que em razão da sobrecarga neste serviço, tem reduzido as ações de matriciamento à discussão e ou repasse de casos complexos, por vezes, desconsiderando as necessidades e determinações que culminam no processo de saúde-doença no território e subjugando as atividades de gestão dos serviços de saúde, com um trabalho intersetorial que ainda encontra-se em construção.

A atuação do assistente social no âmbito dos conselhos e conferências, lócus de participação da comunidade, da discussão e correlação de forças, o autor supracitado sinaliza que este tem sido subjugado, constituindo um espaço político-organizativo de pouca inserção dos profissionais de Serviço Social em relação a outros espaços da saúde.

Ainda no âmbito da Atenção Básica, um setor que tem absorvido um número pequeno de profissionais do Serviço Social é a vigilância sanitária, que não se refere a um espaço de atuação privativa, mas onde é incumbido de assumir cargos de coordenação de vigilâncias ou mesmo de subprogramas, no trabalho com sistema de informação e com indicadores epidemiológicos e com o cruzamento de dados. Neste espaço, identifica-se que os profissionais têm apresentado relativa dificuldade de atuação, em decorrência de os primórdios da profissão estarem atrelados à ideia de executor terminal de políticas sociais, quando deveria realizar a leitura dos determinantes sociais que incidem sobre o processo de saúde, estar atento às necessidades coletivas da população e às atividades de planejamento (idem).

Conforme prossegue Krüger (2010), é preciso que a categoria profissional

também permaneça atenta a atuação profissional no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH), pois observa-se um distanciamento entre os objetivos que direcionam a PNH e o exercício do assistente social neste espaço. Em um polo, há a banalização da humanização, embora sejam apontados como objetivos principais da Política de Humanização:

[...] redução das filas, a ampliação do acesso, o atendimento integral, acolhedor e resolutivo com base em critérios de risco, os usuários conhecerem os profissionais e a rede serviços de seu território, a educação permanente para os trabalhadores e a participação dos usuários e trabalhadores na gestão.

Em suas palavras: [...] ousou afirmar que tem se transformado quase num discurso chavão e vazio de sentido, pois tem priorizado muito o assistencialismo, o voluntarismo e o atendimento de qualidade parece se reduzir à boa vontade do profissional” (p. 137-138), ao considerar necessário que a intervenção do profissional neste espaço de atuação deve possibilitar mudanças concretas na infraestrutura dos serviços e ampliação dos recursos, todavia, o que encontra-se é a precarização das instalações físicas, dos equipamentos, do trabalho dos profissionais em saúde.

As orientações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009) sobre esta temática sinalizam que o profissional deve realizar amplas discussões com os usuários e a própria equipe da unidade, para que seja possível deslocar-se de percepções distorcidas do conceito de humanização, a intervenção necessita ir além do viés de romantização ou atuação residual, da escuta e diminuição dos conflitos, pois é preciso vislumbrar os condicionantes do binômio saúde-doença, as determinações do processo de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão para que se alcance a releitura do projeto da instituição de atuação e atendimento dos usuários, das rotinas de trabalho e de ações e dos serviços que estão sendo ofertados e haja a ruptura com o modelo de saúde biologizante.

No âmbito da atuação na média e alta complexidades, especificamente nos hospitais, são recorrente demandas emergenciais, a exemplo de “[...] providenciar transporte, marcação de exames e consultas extras, mobilização de recursos assistenciais” (COSTA, 2000, p. 56). Outras demandas que frequentemente são postas ao assistente social são “[...] fornecimento de declarações, elaboração de documentos que autorizem determinados familiares a visitar o paciente fora do

horário de visitas, por algum motivo especial”. Estas são demandas que possuem um caráter eminentemente burocrático se desarticulado das condições as quais estão submetidos os usuários e os subjagam a esta realidade, culminando para que o assistente social atue como mero executor de serviços (YAAKOUB, 2004).

Acerca desta realidade, Raichelis (2013, p.624) destaca:

Tem sido reiterativo o discurso dos assistentes sociais que atuam no âmbito do Suas, do SUS e também em outras áreas profissionais, o envolvimento excessivo com o preenchimento de formulários e planilhas padronizadas numa tela de computador, a multiplicação das visitas domiciliares para fins de controle institucional das provisões e prestações sociais, a realização de cadastramentos da população que, quando assumidos de forma burocrática e repetitiva, não agregam conhecimento e reflexão crítica sobre a realidade dos usuários e seus territórios de vivência, rebaixam a qualidade do trabalho técnico e impedem que profissionais especializados possam realizar o trabalho intelectual nuançado para o qual estão (ou deveriam estar) capacitados a produzir.

Pode-se vislumbrar, que estas práticas fragilizam a intervenção dos profissionais de Serviço Social junto aos usuários, exigindo que o assistente social se debruce sobre a realidade que constitui o cotidiano da população usuária, o que envolve atividades de acompanhamento, de caráter continuado e sistemático, que possibilitem a efetivação de um trabalho socioeducativo, com vistas a promover não apenas o acesso dos usuários aos serviços, mas a emancipação e o empoderamento dos sujeitos frente as suas necessidades e singularidades.

Outra demanda recorrente ao Serviço Social inserido nos serviços de média e alta complexidades diz respeito à alta hospitalar, uma ação que requer o olhar atento do profissional a fim de identificar se o processo de alta exige de fato a intervenção do assistente social, ao considerar que o responsável pela alta é o médico.

Ademais, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde (CFESS, 2009, p. 9), um documento que possui o intento de orientar a intervenção do assistente social neste lócus de atuação, com vistas a desenvolver estratégias de ações que viabilizem o acesso dos usuários ao direito a saúde, indicam três eixos no que se refere à reatualização do discurso de cisão entre teoria e prática. Assim, primeiramente, segmentos da categoria de assistente sociais, ao buscarem uma especialização em saúde pública, passam a enxergar-se como sanitaristas; em segundo lugar, buscam no exercício profissional, desenvolver práticas que

coadunam com o denominado Serviço Social Clínico, uma intervenção pautada na subjetividade dos usuários; e em terceiro, diz respeito a necessidade de discussões e debates do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada (CFESS, 2009).

Estes apontamentos levantam algumas reflexões pertinentes à orientação do exercício profissional, que caminham na contramão do que estabelece os documentos, das normativas e dos princípios ético-políticos da categoria.

Nesse sentido, o dilema existente na intervenção do assistente social quando este deixa de se reconhecer como profissional de Serviço Social, ao deter-se sobre outras atividades, como direção de unidades de saúde, controle de dados epidemiológicos, entre outros, centra seu exercício na execução de atividades que historicamente lhe foram atribuídas no trabalho coletivo em saúde, atuando na mera execução de políticas sociais, deixando relegadas as demandas de gestão, assessoria e a pesquisa (CFESS, 2009).

Outra questão preocupante é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão sócio-técnica do trabalho, em decorrência do distanciamento do assistente social com o objetivo e objeto da atuação profissional, decorrentes de saberes do campo psi ou de doenças, desconectados da perspectiva dos determinantes sociais que atravessam a problemática saúde-doença, ao considerar que o exercício profissional não deve centrar-se tão somente na subjetividade dos usuários e tão pouco uma visão fragmentada de suas ações (CFESS, 2009).

No âmbito dessa discussão, pode-se apontar as práticas terapêuticas adotadas por alguns profissionais da categoria no cotidiano de trabalho, sob o pressuposto de que este constitui-se em um novo espaço de atuação, o chamado Serviço Social Clínico.

Ante esta reivindicação, o CFESS (2008) aponta que os objetos de intervenção nas práticas terapêuticas não fazem alusão às expressões da “questão social” resultantes do modo de produção capitalista e seu exercício não deve restringir-se às relações intrafamiliares, como no Serviço Social Clínico que centram-se nas relações homem-meio e remetem à abordagem clássica da profissão. Como exemplo, tem-se a:

[...] reintegração social, a ação com indivíduos, grupos, famílias em situações de crise, de sofrimento psicossocial, de risco pessoal e/ou social pessoas com transtornos mentais, dependentes químicos,

idosos, indivíduos em situação de desânimo, medo, desespero, angústia, estresse (CFESS, 2008).

Assim, Iamamoto (2004, p. 58, apud CFESS, 2008) sinaliza que esta prática não amplia o espaço de atuação profissional e não se coaduna ao PEPP, uma vez que as práticas terapêuticas retomam um viés psychologizante, numa perspectiva acrítica e destoante das bases profissionais, o que pode incidir nos rios de trazer de volta o debate sobre a trilogia do Serviço Social de caso, grupo e comunidade ou a “[...] pulverização das especializações (Serviço Social clínico do judiciário, da previdência, da habitação).”

Conforme a Resolução do CFESS nº 569/2010, que dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao exercício profissional do assistente social sinaliza que terapias individuais, grupais e/ou comunitárias são:

- a. Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas;
- b. Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique (p.2).

Diante dessas constatações, cabe dizer que as terapias não fazem parte dos elementos que constituem o processo formativo de Serviço Social, estabelecido com as Diretrizes Curriculares, e conseqüentemente não correspondem às competências e atribuições privativas do assistente social.

Conforme sinaliza o Parecer Jurídico n.º 11/ 09, do CFESS, os limites da intervenção profissional versam no seu objeto, portanto, naquilo que consiste em matéria do Serviço Social, não sendo possível incorporar novas atividades que fogem do reconhecimento científico e metodológico próprio da profissão.

Ademais, a “Terapia” a “Psicoterapia” e a atividade “Clínica” não possuem nenhuma relação ou fundamentação com a formação profissional do assistente social, em conformidade com o artigo 4º ou 5º da lei 8662/93. Por outro lado, não possuem reconhecimento da comunidade acadêmica, científica no âmbito do Serviço Social e, finalmente, não são compatíveis com as qualificações do profissional respectivo. (CFESS, 2009, p.3).

Nesse sentido, o CFESS, enquanto órgão normativo em segunda instância, responsável por disciplinar e normatizar o exercício dos assistentes sociais, conforme estabelece a Lei 8662/93, o Conselho da categoria no Encontro Nacional CFESS/CRESS não reconhece as práticas terapêuticas como inerentes à profissão,

e nem as caracterizam como matéria do Serviço Social, logo, não podem estar vinculadas a sua atuação.

Frente a estas determinações e ao aparato normativo e legislativo da profissão, a resolução nº 569/2010 do CFESS estabelece em seus artigos, 1º e 3º, respectivamente, que,

Art. 1º. A realização de terapias não constitui atribuição e competência do assistente social. Art. 3º. Fica vedado ao Assistente Social vincular ou associar ao título de assistente social e/ou ao exercício profissional as atividades definidas como terapias. (CFESS, 2010, p. 3).

Assim sendo, o processo de trabalho do assistente social deve estar em consonância com as suas competências e atribuições privativas contidas na Lei de Regulamentação da profissão de Serviço Social.

Diante das constatações feitas neste estudo, corrobora-se com a afirmativa de Faermann (2015) de que em todos os espaços sócio-ocupacionais, o trabalho é subsumido ao capital, refém da lei do mercado e direcionado a produzir riquezas, intensificando os entraves institucionais ao exercício do assistente social, o sucateamento dos serviços públicos e a precarização das condições de trabalho.

Todavia, o profissional de Serviço Social não deve limitar sua intervenção às demandas postas pelo espaço sócio-ocupacional “[...] mas da releitura profissional crítica dessa demanda, mediada pelos princípios que regem seu projeto profissional e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).” (CAMARGO, 2009, p. 141).

Assim sendo, Mioto e Nogueira (2006 apud CFESS, 2009, p. 39) reiteram que as ações profissionais no âmbito da saúde “[...] se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas”.

Nesse sentido, refletir sobre a intervenção do Serviço Social no âmbito da saúde requer compreender o tensionamento que há no cotidiano de trabalho resultante dos interesses antagônicos entre os projetos de saúde, para que o profissional esteja apto a realizar a leitura entre as demandas que são postas pelas instituições e as necessidades dos usuários e buscar possibilidades de atuação que esquive uma perspectiva individualista e conservadora.

Para Martinelli (2011), a intervenção qualificada do assistente social requer um conhecimento qualificado, como uma relação de complementariedade, para tanto, deve-se realizar pesquisa através da atuação do profissional, a partir das experiências e vivências concretas da intervenção, adotar uma perspectiva crítica junto aos sujeitos, realizar intercâmbios e diálogos interdisciplinares e socializar o conhecimento produzido, com o intuito de refundar a política pública como um campo de direitos e da construção de novas possibilidades. Nesse sentido,

O trabalho profissional na perspectiva do projeto ético-político exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia relativa, atribuições e prerrogativas profissionais. (RAICHELIS, 2013, p. 631).

Nesta perspectiva, o assistente social é um intelectual que possui uma formação e qualificação que lhe permite apreender os elementos macroestruturais que constituem a realidade social, mediante uma leitura crítica dos antagonismos envoltos no campo de trabalho e da correlação de forças que permeiam os direitos sociais.

Isto supõe muito mais do que apenas a realização de rotinas institucionais, cumprimento de tarefas burocráticas ou a simples reiteração do instituído. [...] Exige, portanto, um conhecimento mais amplo sobre os processos de trabalho, os meios de que dispõem o profissional para realizar sua atividade, a matéria sobre a qual recai a sua intervenção, e também um conhecimento mais profundo sobre o sujeito vivo responsável por esse trabalho, que é o próprio profissional assistente social. (RAICHELIS, 2013, p. 631).

A atuação do assistente social em nível de Atenção Básica (AB) e de Vigilância em Saúde – vale lembrar que, não é um espaço de competência exclusiva deste, mas dos profissionais em saúde –, tem como prerrogativa buscar tensionar os elementos que fragilizam o acesso aos serviços de saúde, com o intuito de desenvolver estratégias que possibilitem ao usuário adentrar a rede de atenção à saúde e ter suas necessidades atendidas em nível de prevenção e promoção, cabe sublinhar que as ações na Atenção Básica constituem-se em contra-hegemônicas, ao considerar que fazem uso de poucos recursos do “complexo industrial de saúde” (KRÜGER, 2010).

No que consiste à atuação do Assistente Social no controle social no SUS,

quando fundamentado nos princípios ético-políticos que orientam a profissão, é possível contribuir para viabilização da democracia, da participação dos usuários e da sociedade e a ampliação dos direitos sociais (VASCONCELOS, 2013). Krüger (2010) acrescenta que o assistente social nesses espaços pode exercer sua intervenção mediante quatro perspectivas: conselheiro, apoio técnico-administrativo, assessor e, observador e/ou pesquisador, todavia, em todas

[...] o assistente social pode democratizar espaços e informações; problematizar e coletivizar demandas individuais; subsidiar os conselheiros nos processos de aprovação de planos, projetos e relatórios; realizar ações socioeducativas; articular pautas e demandas entre os demais Conselhos de direitos e políticas sociais; capacitar conselheiros e futuros conselheiros em articulação as entidades de usuários e trabalhadores; contribuir para divulgar agendas e decisões das plenárias; realizar pesquisas e viabilizar condições para que se tornem também um espaço de integração ensino e serviço na formação dos profissionais de saúde. (KRÜGER, 2010, p. 136).

Nesse sentido, a atuação dos assistentes sociais frente a esta demanda envolve o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos políticos e que devem ter inseridas suas pautas e reivindicações nos debates da agenda pública, através dos conselhos, colegiados e da mobilização (CFESS, 2009).

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

Nesse sentido percebe-se a importância de haver, por parte dos assistentes sociais nas instituições de saúde: "(...) ações sistemáticas continuadas, articuladas com as comunidades, escolas, empresas, clubes, associações, sindicatos, destinadas ao enfrentamento direto dos determinantes do processo saúde-doença. O projeto do SUS exige, no mínimo, ações e mecanismos direcionados à veiculação e democratização de conhecimentos e informações necessários para a percepção e crítica das questões relativas ao processo saúde-doença, dentre as quais destacamos: acidentes de trabalho, doenças profissionais, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, (...), violência, ou seja, discussão e crítica

das condições de vida, trabalho e estilo de vida”. (VASCONCELOS, 2002, p. 207 apud YAAKOUB, 2004, p. 3).

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

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização das/os trabalhadoras(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos. (CFESS, 2009, p.19).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social, através da Resolução nº 15, de 13 de março de 2002, estabelecem as competências do assistente social em sua amplitude geral e específica:

A) GERAL

A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e éticopolítica, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à:

- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social;
- utilização dos recursos da informática.

B) ESPECÍFICAS

A formação profissional deverá desenvolver a capacidade de:

- elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos na área social;
- contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- realizar pesquisas que subsidiem formulação de políticas e ações

profissionais;

- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, empresas privadas e movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos;
- realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matéria de Serviço Social. (ABEPSS, 2002).

Em relação ao exercício profissional, os Parâmetros (CFESS, 2009) colocam que a atuação de assistentes sociais na saúde se dá em quatro grandes eixos, que se articulam e podem ser efetivados nos distintos espaços ocupacionais: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Nesses termos, o eixo de atendimento direto ao usuário ocorre nos diferentes níveis de complexidade que compõem a rede de serviços que integram o SUS, a exemplo “das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários” (CFESS, 2009, p.41).

As ações predominantes no atendimento direto são as ações sócio-assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas, as quais fazem parte de um processo coletivo do trabalho em saúde (idem).

Os Parâmetros sinalizam que as ações sócio-assistenciais têm se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. Apesar dos avanços adquiridos com Carta Magna em 1988, fruto do movimento de luta e resistência de diversos atores sociais, a conjuntura desencadeada a partir dos anos 1990, com a adoção da política macroeconômica neoliberal, são desencadeadas novas contradições que objetivam não viabilizar o SUS constitucional, resultando questões operativas aos serviços, a exemplo da “[...] demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários” (CFESS, 2009, p 30), o que impõe ao Serviço Social demandas explícitas, como:

- a busca por solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção.

A respeito destas demandas, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde indicam que as suas ações devem estar para além do caráter emergencial e eminentemente burocrático, assim, deve buscar realizar junto aos usuários a reflexão das condições objetivas da vida material que incidem sobre as problemáticas de saúde, mediante o viés socioeducativo. Portanto, é necessário que haja uma discussão e um planejamento coletivo a respeito das demandas emergenciais, para que possam ser resolvidas pelos setores competentes e o profissional de Serviço Social tenha as condições de realizar as suas funções primordiais.

O assistente social, ao inserir-se no trabalho em equipe da saúde, possui uma formação com habilidades e competências que lhe conferem ângulos particulares de observação e análise das condições que conjugam o quadro de saúde-doença vivenciado pelo usuário, possibilitando desenvolver ações diferenciadas dos demais profissionais da área de saúde (CFESS, 2009):

Iamamoto (2002, p. 41 apud CFESS, 2009, p. 55) afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”.

Nesse sentido, o trabalho em equipe requer do profissional de Serviço Social a observância dos seus princípios ético-políticos, para evitar práticas que não

coadunam com o estabelecido pela Lei de Regulamentação concernentes às competências e atribuições do profissional, para evitar demandas recorrentes e que fogem do escopo de sua alçada, a exemplo da,

- marcação de consultas e exames, bem como da solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2009, p. 46).

Assim, cabe sublinhar que o documento ora citado, sinaliza que as atividades de caráter apenas burocrático e técnico-administrativo não são de competência do assistente social, ademais, o profissional por vezes tem vivenciado dificuldades e limites pela equipe de saúde, diante de suas atribuições e da rotina de trabalho imposta pelas unidades, ainda fragmentadas.

A este respeito, merece destaque a resolução do CFESS n.º 383/99, ao afirmar que o assistente social deve, sempre que possível, integrar equipes multiprofissionais, bem como incentivar e estimular o trabalho interdisciplinar, mas deve fazê-lo garantindo as especificidades de sua área de atuação e respeitando “[...] as normas e limites legais, técnicos e normativos das outras profissões, em conformidade com o que estabelece o Código de Ética do Assistente Social, regulamentado pela Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993”.

As ações educativas constituem orientações reflexivas e a socialização de informações, sejam elas através de abordagens individuais, coletivas, a familiares e a população de um determinado espaço. A ênfase deste eixo de atuação do assistente social envolve:

[...] informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos

realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular. (CFESS, 2009, p. 55).

Desta forma, o assistente social deve buscar estimular uma prática reflexiva junto ao usuário, a fim de colaborar com o processo de construção da análise e conscientização sobre o seu quadro saúde-doença, para que este venha contribuir com a transformação da realidade na qual está inserido, visto que o homem é um ser histórico, aproximando-o do conceito de consciência sanitária, entendendo a saúde como um direito de todos.

No que se refere aos demais eixos, tem-se que no eixo de investigação, planejamento e gestão, a atuação do assistente social deve estar direcionada a fortalecer a gestão democrática e participativa, por meio do desenvolvimento de estudos, pesquisas que desvelem as condições de vida da população, com vistas à elaboração de propostas que possibilitem concretizar o acesso dos usuários a saúde enquanto direito, considerando o trabalho em equipe e intersetorial.

Já no campo da assessoria, qualificação e formação profissional as atividades do assistente social, os dois últimos aspectos possuem o intento de realizar o aprimoramento do profissional e concomitantemente a qualidade na prestação dos serviços à população usuária, através da educação permanente em saúde e da formação dos próprios estudantes da área. Por sua vez, a assessoria consiste na atividade em que o profissional, a partir de um objeto retirado da realidade social, passa a desenvolver estratégias de intervenção para alterar a situação problema (CFESS, 2009).

Feitas estas considerações, é permitido afirmar que o exercício do assistente social é permeado pelas determinações da divisão sócio-técnica do trabalho e pelas condições de trabalhador assalariado e subordinada as exigências das instituições em que atuam.

Assim, embora manifestem o intento de possibilidades interventivas consoantes ao Projeto Ético Político da Profissão, a objetivação da prática profissional se contrapõe veemente aos princípios e normativas do Serviço Social, vislumbrados numa prática subjugada à burocracia, à rotina e às metas institucionais, culminando com o retorno e/ou a permanência da perspectiva conservadora, individualista, biologizante e psicologizante, que reforçam os interesses do Projeto Privatista de Saúde, atrelados à lógica do mercado, da

lucratividade, da reificação, em sua essência, ao capital, relegando o controle social, as ações de caráter educativo e a mobilização junto aos usuários, que possibilitam construir uma consciência da saúde enquanto política pública de direito e dos determinantes macroestruturais que constituem a vida material dos sujeitos, com vistas a politização e criticidade necessários para que se reconheçam como sujeitos de sua história.

Reitera-se a necessidade de instigar a produção do conhecimento e as discussões a partir da prática profissional do assistente social no setor saúde, a fim de romper com prática imediatista e acrítica tão presente no cotidiano do exercício. Sobretudo, ao considerar as diretrizes que orientam o processo formativo, o aparato legislativo que rege a atuação profissional e constituem as bases de fundamentação teórico-metodológico, ético-político e técnico-interventivo, que proporcionam o alicerce para uma intervenção embasada na leitura do real, dos fenômenos em sua essência e coadunam com uma prática que compreenda o sujeito em sua totalidade.

Feitas estas considerações relativas ao trabalho de assistentes sociais na saúde, o próximo capítulo versará sobre o segmento populacional dos idosos e como o assistente social intervém, em termos gerais, para a defesa dos seus direitos relacionados à saúde estabelecidos em lei.

CAPÍTULO 2 – INDICAÇÕES SOBRE AS LEGISLAÇÕES PROTETIVAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIRECIONADA AOS IDOSOS BRASILEIROS

Este capítulo tratará dos idosos brasileiros a partir de sua caracterização geral para então expor as principais legislações organizadas para sua proteção social, voltando-se mormente para a especificidade do direito à saúde e como o assistente social se organiza na assistência junto a este segmento populacional.

2.1 Aproximações da realidade dos idosos brasileiros: envelhecimento, cuidado e proteção social e familiar

De antemão, compreende-se que idoso é a pessoa que possui idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em conformidade com o Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/2003) que regula os direitos assegurados a este segmento, ademais, e que, sem seu Artigo 8º sinaliza que o envelhecimento constitui “um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social.” (BRASIL, 2003, s.p.).

O **envelhecimento** sob o olhar cronológico corresponde a um processo natural inerente ao desenvolvimento dos sujeitos situado entre o nascimento e a morte. É fatídico que a idade é uma categoria utilizada para determinar o espaço, a responsabilidade, os direitos e deveres que o indivíduo ocupa e possui frente à dinâmica social e tem se constituído em recortes sociais para as ações das esferas de poderes públicos, privados e da sociedade civil organizada. Todavia, refletir sobre o termo velhice implica situá-lo em sua multidimensionalidade, seja cronológica, cultural, social, política, econômica, psicológica, existencial e etc (SALES, 2003).

Para Sales (2003 p. 25-26), há fatores que incidem sobre a velhice, tais como:

[...] fatores individuais como temperamento, saúde, família e os fatores sociais, como classe social, condições sócio econômicas, condições de trabalho [...] a pobreza, a falta de saúde, as condições precárias de trabalho podem contribuir e/ou fazer um indivíduo velho precocemente.

Nesta direção, o envelhecimento sucede num viés biológico e orgânico, no

momento em que há a redução das capacidades físicas e funcionais, resulta consequentemente em limitações das atividades anteriormente realizadas e há o envelhecimento em detrimento das imbricações do tecido das relações sociais em que o indivíduo se encontra imerso (GALLETI, 2014).

Destarte, acrescenta-se que sob este viés de análise, a moderna gerontologia não compreende a velhice somente do ponto de vista biológico, mas principalmente a partir de uma ótica social e existencial. Beauvoir (1970, p. 34 apud SALES, 2003, p. 26).) explicita que

[...] a velhice como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, a sua relação com o mundo e com a própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence.

Tais constatações direcionam à visão dialética do envelhecimento, pois a velhice apresentaria consigo as vivências, experiências, o conhecimento e as significações adquiridas durante a existência humana. Neste sentido, inviabilizada a reflexão do processo de envelhecimento sem considerar os aspectos históricos sociais, é necessário inseri-lo no bojo da correlação de forças entre as classes antagônicas que integram o modelo de sociedade vigente e as determinações que a configuram. Assim, a caracterização da pessoa idosa na sociedade é permeada pelo contexto econômico, político, cultural, institucional, deste modo, o processo de envelhecimento que é individual e particular, o é também social, pois são estes aspectos e sobretudo as condições de vida e trabalho que estabelecem as diferenciações e desigualdades existentes no envelhecimento (SALES, 2003). Desta forma, tem-se que:

[...] o envelhecimento é um processo individual e individualizado e que se apresenta de várias formas: "... existe o envelhecimento cronológico, aquele instituído pela Organização Mundial da Saúde - OMS, segundo o qual é idoso que tem 60 anos e mais e mora em países em desenvolvimento ou aquele que tem 65 anos e mais e mora em países desenvolvidos. O envelhecimento biológico, aquele processo gradual e progressivo, que atinge todos os seres vivos. O envelhecimento psicossocial, quando o ser humano apresenta modificações afetivas e cognitivas, que atrapalha sua relação com os outros. O envelhecimento funcional, quando, necessita de ajuda para desempenhar atividades básicas e por fim, o envelhecimento socioeconômico, é determinado pela aposentadoria (COSTA, 2011, s.n. apud GALLETI, 2014, p. 19).

Nestes termos, situa-se que o envelhecimento tem apresentado um crescimento inédito, constituído enquanto um fenômeno demográfico e social, em que se apresenta o aumento da expectativa de vida e o decréscimo da taxa de fecundidade como dois principais elementos que favorecem o crescimento acelerado do envelhecimento (MENDES, et al, 2005), ambos justificados por questões como: avanços em níveis tecnológicos, melhoria generalizada nas questões referentes à saúde – como a amplitude do acesso aos cuidados em saúde e o desenvolvimento da medicina –, ampliação da proteção social, inserção da mulher no mercado de trabalho e luta pela igualdade de gênero e nos papéis sociais que ocupam, concorrendo para a crescente contracepção (MENDONÇA, 2013).

O envelhecimento é um fenômeno que ocorre em escala planetária e de maneira heterogênea entre os sujeitos, o que implica mencionar a necessidade de se ponderar as diferenciações de sexo, grupo social, etnia, localidade, questões que incidem sobre a determinação das condições de vida, que perpassam desde as capacidades objetivas e subjetivas em que se constituíram como sujeitos sociais desde o nascimento até a atualidade, logo, é imprescindível compreender a interconexão existente entre desenvolvimento econômico, envelhecimento e condições de vida da população idosa (CAMARANO, 2004).

Conforme informações contidas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população brasileira no ano de 2020 encontra-se estimada em 211.755.692 milhões de pessoas, destes, 103.527.689 são homens e 108.228.003 são mulheres.

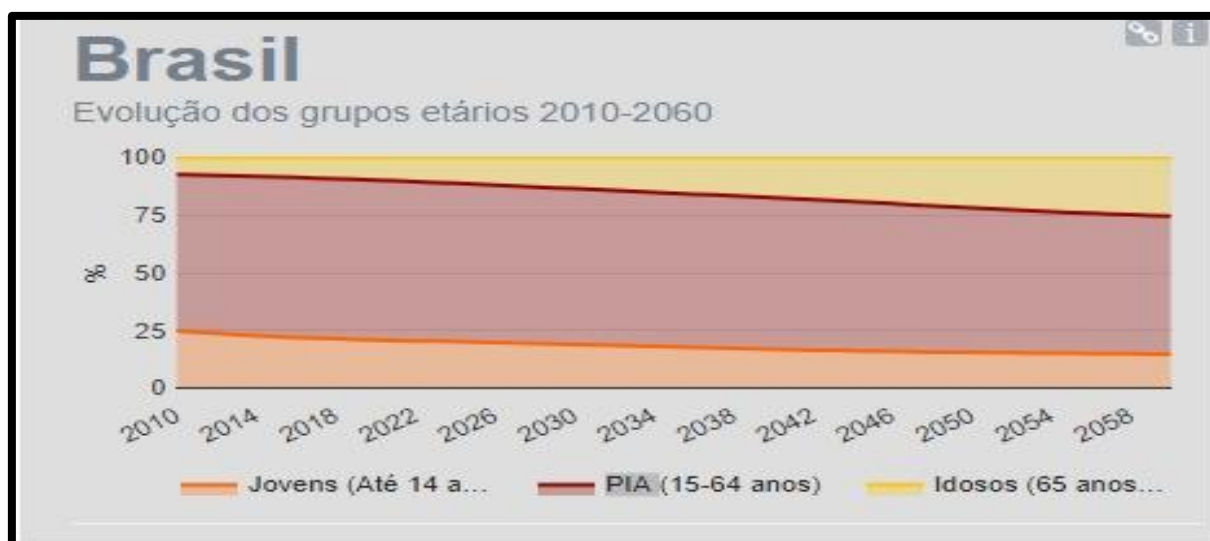


Gráfico 1: Evolução dos grupos etários 2010-2060

Fonte: IBGE (2020, s/p).

Pode-se observar o crescimento da população idosa à luz da evolução dos grupos etários, em 2010, a população com 65 anos ou mais correspondia ao percentual de 7,32%, em 2020, 9,83% e a estimativa para 2060 é de 25,49%. Já entre a faixa etária dos jovens até 14 anos é de 24,69% em 2010, 20,87% em 2020 e para 2060, estima-se o percentual de 14,72%.

Torres e Sá (2008) retratam que o **envelhecimento populacional** envolve múltiplas facetas em um movimento heterógeno, para além das transformações físicas e biológicas do corpo humano, mas somam-se a este processo as condições materiais e existenciais de vida em meio aos elementos particulares da realidade brasileira. Nesse sentido, levantam-se indagações e reflexões ante aos aspectos culturais, sociais e econômicos determinados pela racionalidade burguesa, bem como sobre qual a intencionalidade das respostas que o Estado deve desenvolver em referência aos serviços sócio-assistenciais, previdenciários, saúde, locomoção, habitação e demais programas e/ou políticas que integrem um sistema de proteção à pessoa idosa. Para tanto, é preciso considerar as diferenças expressivas no perfil dos sujeitos com mais de 60 anos, em suas categorizações de gênero, idade, renda, situação conjugal/na família, nível de instrução, dentre outros aspectos determinantes da realidade e posição que ocupam no meio social.

Tabela 1: População residente por região com 60 anos ou mais de idade por sexo

Grandes Regiões	População residente de 60 anos ou mais de idade por sexo				
	Absoluto			Relativo (%)	
	Total	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Brasil	20.590.599	9.156.112	11.434.487	44,47%	55,53%
Norte	1.081.469	536.714	544.755	49,63%	50,37%
Nordeste	5.456.177	2.441.091	3.015.086	44,74%	55,26%
Sudeste	9.527.354	4.125.349	5.402.005	43,30%	56,70%
Sul	3.287.465	1.459.609	1.827.856	44,40%	55,60%
Centro-Oeste	1.238.134	593.349	644.785	47,92%	52,08%

Fonte: IBGE (2020, s/p).

Ao deter o olhar sobre a população idosa à luz da categoria “gênero”, pode-

se constatar o movimento crescente denominado de feminização da velhice (Tabela 01).

Conforme expõe a Tabela 1, os dados do IBGE sinalizam que dentre os 20.590.599 milhões de pessoas idosas, 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens, o que ratifica a compreensão do envelhecimento populacional como um fenômeno de gênero, posto que as mulheres possuem a tendência de longevidade maior que os homens, fazendo com que o processo de envelhecimento seja majoritariamente feminino, o que direciona para a necessária apreciação sobre as particularidades que constituem essa realidade social, tendo em vista que a mulher adentrou tardiamente no mercado de trabalho e ainda na segunda década do século XXI, permanece sua força de trabalho em posição de subalternidade em relação ao homem, somado ao fato de que um expressivo número dedica-se integralmente às atividades domésticas do lar, o que resulta para que muitas mulheres vivenciem o envelhecimento permeado pela condição de empobrecimento, necessitando de maior intervenção estatal no sentido de ofertar assistência através de um sistema de proteção social (PEREIRA, 2007). Acrescenta-se que essa realidade se agrava ao se deter sobre os aspectos de raça/etnia, ao considerar que mulheres negras constituem um segmento ainda mais empobrecido dada as características de formação social e processo civilizatório da sociedade brasileira (idem).

Assim, para WHO (2005), em detrimento da longevidade feminina, as mulheres se deparam com desvantagens sociais, representam os maiores índices de vítimas de violência doméstica, de preconceito, discriminação no acesso à educação, ao mercado de trabalho, às condições salariais, ao poder político, dentre outros, e acrescenta que além da pobreza derivada desse contexto, apresentam também maiores complexificações no binômio saúde/doença.

Camarano (2004), ao analisar este fenômeno acrescenta que quanto maior a faixa etária do segmento idoso, mais significativo é o número de mulheres que o constituem, resultante da razão de haver uma grande diferenciação na mortalidade por sexo.

Todavia, não obstante as limitações e desigualdades impostas pelo sistema societal, as mulheres estão imbricadas acentuadamente na participação social em detrimento do que se observa entre os homens, atuando em movimentos articulados às temáticas das mulheres, buscando adquirir novos conhecimentos, experimentar

novas vivências, realizar viagens e atividades que não se restringem ao ambiente doméstico e, por vezes, são incumbidas de chefiar e prover as famílias, enquanto que os homens confrontam-se com maiores restrições e dificuldades em assimilar as mudanças sociais geradas com o afastamento da divisão sócio técnica do trabalho.

As mulheres estão menos resignadas à “velhice” definida no modelo tradicional, referida à inatividade e descarte social. Além disso, elas dispõem de um tempo pessoal/privado que pode ser transladado do doméstico para o comunitário ou cultural. As mulheres, neste momento de suas vidas, buscam uma “liberdade de gênero”, que pode ser identificada com as ideias feministas e recentes mudanças sociais em nossa sociedade. (LOBATO, 2005, p.5).

A autora supracitada, sinaliza que estudiosos como Debert (1994) e Motta (1996) ao tratarem sobre o assunto, apontam como fundamento deste axioma o incentivo dos programas desenvolvidos para a terceira idade, que predominantemente alcançam o gênero feminino, favorecendo construções de novos valores e comportamentos entre homem-mulher.

Em relação à família, em alguns casos ela se configura como espaço de desvalorização e ausência de autonomia, reflexo da cultura de dependência e do prejuízo da incumbência social que o idoso exercia. Assim, embora o idoso responsabilize-se pelos provimentos do lar e obtenha proteção e cuidados, simultaneamente, é vítima de negligência, disposto como um ser frágil e incapacitado, desconsiderando as contribuições dadas no decurso de sua existência (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012).

Importante elemento para análise é a composição racial da população brasileira, assim, observa-se que nos anos mais recentes houve o crescimento do número de autodeclarações de pretos e pardos. Os dados contidos no site do IBGE (2019) mostram que entre os anos de 2012 a 2017, o quantitativo de pessoas pretas elevou de 7,4% para 8,6%, já o número de pessoas pardas cresceu de 45,3% para 46,8% e entre as pessoas que se autodeclaram brancas, houve queda percentual de 46,6% para 43,6%.

A alteração nos dados apresentados pode ser atrelada às mudanças culturais na sociedade, expressa nas políticas de afirmação, mediante a compreensão da importância do reconhecimento de sua cor, ultrapassando meramente a ideia de tonalidade de pele, mas a significância histórica, social, o

movimento de luta e resistência frente ao sistema explorador e opressor.

Essa alteração da característica racial da população geral não difere no segmento idoso. Os estudos de Oliveira, Thomaz e Silva (2014) indicam que, conforme os números apontados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o crescimento na auto declaração das pessoas pretas e pardas também tem sido constatado. Assim, nos anos 2000, os idosos apresentavam um percentual de população branca (61,7%), idosos pardos (29,5%) e pretos (6,9%), a posteriori, observou-se em 2010, que o número de pessoas que se reconheciam pardas cresceu para 33,8% e pretos 7,7%, havendo um decréscimo na população idosa branca para 56,8%.

Deste modo, os autores supracitados evidenciam que a condição de cor/raça é um determinante para a posição social que a pessoa idosa ocupa na sociedade, ante as características históricas de exploração do homem negro e subjugação de seu valor social no sistema do capital, o que incide necessariamente sobre as condições de existência e acesso a serviços, expressos em uma situação mais vulnerável socioeconomicamente, distribuição desigual de proteção, numa ausente equidade da oferta de serviços sociais e de saúde.

Conforme as informações obtidas no censo do IBGE (2010) e publicado na Retratos – Revista do IBGE – em fevereiro de 2019, a população idosa representava um quantitativo de 20,6 milhões. A este respeito, pode-se desagregar este número em subgrupos etários, assim, as pessoas que possuem 80 anos ou mais eram 2,9 milhões e havia 24 mil pessoas idosas com 100 anos ou mais. Camarano (2004), sinaliza como um dos fatores para o crescimento da sobrevida dos sujeitos, o avanço tecnológico e da medicina, corroborando para que estes subgrupos adquirissem maior representatividade na população idosa.

Esse dado decorre na compreensão do fenômeno denominado de “envelhecimento do envelhecimento”, o que significa referir-se à existência de um subgrupo dentro do grupo do idoso, evidenciando que este processo tem se alterado progressivamente na sociedade brasileira, constituindo a necessidade de ressignificação social da velhice. Este entendimento se embasa nas determinações culturais e simbologias decorrentes da racionalidade burguesa capitalista, que centra o sentido de valor no trabalho produtivo que é destinado ao homem jovem, logo, ao homem velho distante da esfera reprodutiva resta a visão de um estágio da vida balizada na decadência física e carência de papéis sociais (BLESSMANN,

2003).

Numa sociedade que é caracterizada pelo poder, a qual busca desenfreadamente o lucro, o idoso muitas vezes aparece como uma trava no desenvolvimento, desconsiderando toda a contribuição social que estes deram e ainda dão à produção de bens, serviços e conhecimentos. (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012, p. 3).

Em contrapartida, o crescimento da expectativa de vida e sobrevida desencadeia um movimento na sociedade contemporânea em defesa do envelhecimento como uma etapa da vida que deve ser caracterizada pelo descanso, lazer, vivência de novas experiências e conquistas, que se apresenta ao idoso no princípio de autonomia, independência e responsabilidade social, o que mascara o atendimento aos interesses e princípios que regem o capitalismo e a política macro econômica neoliberal, por exemplo na promoção da indústria de consumo para os idosos, com um potencial consumidor além de medicamentos e serviços de saúde (BLESSMANN, 2003).

Deste modo, a velhice constitui uma etapa da vida em que o idoso permanece confrontando-se com problemas sociais, como a exclusão e a pobreza, apesar dos avanços em diferentes áreas do desenvolvimento humano, assim, se a terceira idade deveria representar um espaço de tempo de autonomia e dignidade, por vezes confirma um cenário opressor do sistema à pessoa idosa (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012).

De encontro a esta realidade, é imperativo deter o olhar sobre a relação entre o idoso e o mercado de trabalho, conforme a Tabela 02 ilustra:

Tabela 2: Os idosos e o mercado de trabalho

Ainda trabalham	27%
Trabalham e são aposentados	15,3%
Recebem benefício da previdência social	76,3%
Principal fonte de renda: aposentadoria ou pensão	66,2%
Acumulam aposentadoria e pensão	7,8%

Fontes: (VARGAS, 2015, s/p).

Conforme evidencia a Tabela 2, observa-se que entre as pessoas idosas, 27% continuam exercendo atividades trabalhistas; 15,3% além de permanecerem inseridas no mercado de trabalho, encontram-se concomitantemente, aposentadas; 76,3% dos idosos brasileiros recebem benefício da previdência social; 66,2% possuem como principal fonte de renda a aposentadoria ou pensão e apenas 7,8% conciliam dois rendimentos: aposentadoria e pensão.

A respeito dessa relação, é possível refletir que a determinação da sociedade metabólica do capital insurge na marginalização da pessoa idosa ante a sua imersão nesse cenário, a existência humana, regida pelas relações de produtividade, as quais confere valor a todas as coisas, não seria divergente com o homem que também é reputado por seus potenciais enquanto valor de troca. Deste modo, o trabalho é a categoria que define a posição que o sujeito ocupa no meio social, mediante as relações sociais estabelecidas com os homens, que configuram o reconhecimento do indivíduo como cidadão e determinam o lugar social e familiar. Nesse sentido, o envelhecimento, diante de sua natureza gradativa de diminuição da capacidade laborativa e redução dos papéis sociais subjugam o segmento populacional idoso (MENDES, et al, 2005, p. 423).

A este respeito, Camarano (2004) presume que identificar a pessoa idosa unicamente pelo viés de um sujeito improdutivo induz à compreensão fetichizada de um segmento consumidor de serviços públicos e responsáveis pela sobrecarga à Seguridade Social. No cerne dessa discussão, está a simbiose entre envelhecimento populacional e envelhecimento da População Economicamente Ativa (PEA), em função do traço peculiar dessa relação na sociedade brasileira, mediante duas primazias, a pessoa idosa retorna ao mercado de trabalho ou nele permanece a exercer suas atividades laborais, como observado nos percentuais apresentados na Tabela 2. Campelo e Paiva (2012) atribuem essa realidade ao fato de que a renda adquirida nessas condições de trabalho exerce um valor expressivo na renda individual do sujeito idoso e na renda familiar.

Neste momento, é pertinente trazer à tona as reflexões elaboradas por Campelo e Paiva (2012), ao remeterem-se às considerações tecidas por Maranhão (2008), na articulação entre o crescimento demográfico e a mais-valia, ante as estratégias desenvolvidas pelo capital para ampliar o seu potencial de expropriação, para isto, quanto mais independente se torna o processo de produção, melhor. Nesse sentido, houve a introdução das máquinas a este processo, instituindo em

paralelo, necessariamente uma população de trabalhadores designados a trabalhos repetitivos e com baixas remunerações e uma superpopulação relativa, esta última envolve trabalhadores desempregados ou parcialmente empregados.

Com base nesta afirmativa, reitera-se:

[...] a superpopulação relativa compõe a trama das relações sociais desenvolvidas pelo capitalismo, cuja reprodução se inscreve na agenda das despesas da produção. Sem embargo, as manobras da ofensiva neoliberal vão atingir o segmento mais velho da classe trabalhadora, principalmente, mediante estratégias que os detenham ou os remetam de volta ao mercado de trabalho. Seja pela via de um discurso de cunho moral, ou pela via das condições de vida desses velhos trabalhadores. (CAMPELO; PAIVA, 2012, p. 114).

Ao concluir que a população relativa reforça os interesses do capital, o retorno do idoso ao mercado de trabalho também expressa vantagens à burguesia, aquele que detém os meios de produção e compra a força de trabalho do homem. Feito isto, a constatação respalda-se na subcontratação, na desresponsabilização dos direitos trabalhistas, revestido na figura do “office old ou office velho”, e na constituição de um cenário em que o idoso trabalhador torna-se praticamente invisível perante as ações do Estado (idem).

Nessa trama, as velhas e os velhos trabalhadores quase invisíveis, do ponto de vista do foco do Estado, não fosse a atual magnitude do impacto do envelhecimento senil na agenda das políticas públicas, sobrevivem e são provedores de suas famílias à custa dos Direitos Trabalhistas por eles mesmos conquistados, cuja longevidade lhes permite, na contemporaneidade, ver agora sendo desregulamentados. (CAMPELO; PAIVA, 2012, p. 115).

As constatações assinaladas percorrem na direção de que o envelhecimento é um problema social e demanda intervenção estatal para assegurar as condições de sobrevivência desse segmento. Um dos elementos de maior discussão refere-se aos benefícios previdenciários, posto que, na relação entre contribuinte e beneficiário, respectivamente diminui o primeiro (contribuinte-população ativa) e acresce o segundo (aposentados-beneficiários) (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012).

A aposentadoria possui um efeito dual, se por um lado representa um marco social da etapa da vida idosa e assegura um direito, em contrapartida, decorre também na cultura de incapacidade, sobretudo ao se tratar de segmentos empobrecidos. Assim, resta-lhes duas condições “[...] ser pobre e velho, numa

sociedade que só glorifica quem tem posses e valoriza quem é suficientemente jovem para produzir e consumir de acordo com os interesses dos detentores dos meios de produção.” (JORDÃO NETTO, 1997, p. 68 apud SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012, p. 7).

Todavia, o idoso é chamado a se constituir em um novo ator social, transformando a cultura de incapacidade e inatividade, rompendo com os preconceitos sociais e alcançando respeito e dignidade ante as vivências e experiências que constituem o seu ser social e sujeito histórico, um segmento organizado politicamente na luta pela efetivação de seus direitos (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012).

Ao retomar o olhar sobre a Tabela 2, pode-se inferir que atrelada à discussão do mercado de trabalho encontra-se a renda. Assim, dentre o número de pessoas idosas, 76,3% recebem benefício da previdência social e 66,2% possuem como principal fonte de renda a aposentadoria ou pensão, o que representa um quantitativo considerável de idosos que têm acesso ao recebimento mensal de valores para supressão das necessidades no processo de envelhecimento.

Este acesso tem se ampliado nos últimos anos, em decorrência do alargamento dos programas sociais com ênfase na política de transferência de renda, com focalização na pobreza, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada, destinado à pessoa idosa ou com deficiência que não possui condições de manter a sua própria subsistência e a aposentadoria rural (VERAS, 2009).

Com isto, o idoso tem sido o responsável por sua renda individual e familiar, sobretudo entre as famílias mais aviltadas pela desigualdade social na distribuição da riqueza produzida, e mesmo o idoso se tornando o principal responsável por suprir as necessidades das pessoas que coabitam a mesma residência, o idoso enfrenta dificuldades na relação do cuidar (CALDAS, 2003). Deste modo, se a velhice deveria constituir uma fase da vida permeada pelo respeito, reconhecimento e autonomia, torna-se um processo permeado por outras problemáticas (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012).

Discutir sobre a construção dos direitos da pessoa idosa implica necessariamente fazer menção à organização desse segmento populacional e situá-lo no tempo histórico. É importante atentar que se deteve especificamente aos idosos que tiveram suas condições de vida aviltada pelo trabalho, e, portanto, refere-se à fração empobrecida que demanda do Estado o desenvolvimento de

políticas sociais para o atendimento de suas necessidades vitais.

Tal recorte acontece por entender que as relações sociais e condições de vida material são determinadas pelo sistema do capital que rege as multifacetadas da sociabilidade. Logo, os idosos de hoje são aqueles que anteriormente estavam inseridos na dinâmica de produção e reprodução do modo de produção capitalista, que colocavam sua força de trabalho, enquanto mercadoria única de que dispunham, à disposição no mercado, e, conseqüentemente, sofriam as inflexões inerentes a este processo, e que exigem também articulação e respostas do Estado e do próprio capital.

A este respeito, Campelo e Paiva (2012, p. 113) afirmam que

[...] o mecanismo de realização da mais-valia ocorre, então, através da compra da força de trabalho – pelo capital – e da venda de mercadorias que contenham mais trabalho do que foi pago ao trabalhador que as produziu. Este imperativo do capital traduz a dinâmica através da qual o empobrecimento dos trabalhadores é acirrado diante do desenvolvimento das forças produtivas e da riqueza social por eles produzida.

De encontro a este pensamento, Teixeira (2006) sinaliza que as condições da velhice são determinadas pela situação de classe a que pertence o idoso, portanto, situações biopsicossociais vivenciadas no processo de envelhecimento precisam ser consideradas nas particularidades de cada sujeito inscrito no modelo de formação social capitalista.

A noção de velhice, nesse contexto, decorre da luta de classes e das mudanças históricas: os velhos trabalhadores, tendo perdido a sua força de trabalho, não se constituem mais enquanto produtores ou reprodutores nessa sociedade, mas a sua condição de vida exige a reorganização das relações sociais entre Estado, sociedade e velhos trabalhadores. (ALVES, 2014, p. 23).

Assim, entende-se que em conformidade com as reflexões elaboradas por Alves (2014), os direitos que perpassam a velhice apenas existiram na medida em que a classe trabalhadora se insere no cenário político em busca de melhores condições de sobrevivência, de trabalho e aposentadoria, o que envolve diretamente os idosos, configurando visibilidade às problemáticas sociais que os circundam. Nesse sentido, as reivindicações ultrapassam as características biológicas próprias do processo de envelhecimento, adentrando a dimensão política e pública desta temática. Portanto, a construção de um sistema previdenciário

envolto por pensões e aposentadorias, assim como as demais políticas sociais, devem ser entendidos como resposta do Estado e da burguesia ante as necessidades e reivindicações da classe trabalhadora (idem).

Deste modo, compreender o processo de envelhecimento e as questões que o permeiam exige considerar as particularidades dos aspectos sociais e culturais, e consequentemente apreendê-lo na inserção da correlação de forças imbricadas nas políticas sociais, uma vez que o envelhecimento se torna uma discussão política, social e pública, sob a intervenção do Estado, como resultante das lutas sociais.

Alves (2014) sinaliza que no âmago dessa discussão situa-se a Gerontologia Social, ciência responsável pelos estudos referentes à velhice, cujas diretrizes são: educação – trabalho – família. Assim, tem-se que:

Quadro 1: Diretrizes da Gerontologia Social

Educação	Trabalho	Família
Consiste em uma prática pedagógica com técnicas eficazes que ensine as pessoas o modo de envelhecer de maneira bem-sucedida, contudo sem considerar as condições materiais de cada indivíduo.	O trabalho é difundido como alternativa/solução para o isolamento do idoso, para a prevenção e cura do adoecimento, da depressão e demais problemáticas.	A família é considerada como principal responsável pela proteção social da pessoa idosa.

Fonte: Elaboração própria a partir da obra de Alves (2014).

Através destas constatações, pode-se mencionar que tais perspectivas de entendimento sobre as diretrizes que constituem a Gerontologia Social caminham de encontro às prerrogativas do capital, considerando que o viés da educação citada desconsidera as particularidades das condições sociais de reprodução de cada sujeito idoso; o trabalho é utilizado sob uma perspectiva alienante, já que defende a ideia de que o trabalhador envelhecido continue inserido na esfera da produção do capital, diminuindo as responsabilidades do Estado na execução de políticas sociais, permanecendo o idoso como produtor de mais-valia; já ao colocar a família como centro das responsabilidades do cuidado e assistência ao idoso, transfere-se a função estatal para um segundo plano, o que evidencia o caráter familista das políticas sociais desenvolvidas na sociedade brasileira.

Ainda que a Gerontologia Social se proponha à análise de outros aspectos em busca de um envelhecimento com qualidade para além dos preceitos médicos ou demográficos, recusa-se a considerar os fundamentos materiais de existência do protagonista desse processo, ou seja, o velho trabalhador, o que acaba por gerar um discurso fetichista sobre a velhice. O foco em estratégias pedagógicas, o incentivo ao trabalho (alienado) e a responsabilização da família e dos próprios velhos pela manutenção da sua existência, revelam que a gerontologia social contribui ao aparato burguês que atende ao sistema de classes (ALVES, 2014, p. 33).

Nesse sentido, a discussão do envelhecimento do trabalhador não pode desconsiderar os elementos que constituem a dimensão da vida material da pessoa idosa, pois as condições de vida na velhice são não apenas de caráter biológico, mas resultantes também do longo período de tempo inserido no mercado de trabalho, no processo de produção do excedente para o sistema capitalista mediante relação de exploração do homem pelo homem (idem).

Assim, Alves (2014) destaca os estudos de Simone de Beauvoir, enquanto pioneira na discussão numa perspectiva mais crítica, embasada pelo viés de totalidade social, inserindo o debate no bojo da contradição de classes. Nas palavras da autora:

[...] antes de se pensar os velhos enquanto indivíduos isolados e o envelhecimento enquanto processo estritamente biológico de decadência orgânica, é necessário conceber que a condição de vivência da velhice é perpassada por questões de classes sociais e pelas relações desiguais que expressam o próprio modo de ser do capitalismo. (ALVES, 2014, p. 36).

Ao entender que o processo de envelhecimento para além das transformações biológicas envolve os desgastes e rebatimentos do tempo de trabalho do homem na esfera produtiva, corrobora-se com o entendimento de que o envelhecimento é expressão da “questão social” (TEIXEIRA, 2006, apud ALVES, 2014), e que,

[...] o que marca o envelhecimento do trabalhador como expressão da questão social é a vulnerabilidade social em massa dos destituídos de propriedades, principalmente, quando não têm ou perdem o valor de uso para o capital, engendrada por estruturas geradoras de desigualdades e pobreza, e as lutas sociais de classe que atingem novos patamares com a organização da classe operária e rompem com o domínio privado das respostas à questão social, ou seja, com a lógica do cuidado familiar e filantrópico para ser alvo de políticas públicas, uma vez que os conflitos passam a serem administrados pelo Estado. (TEIXEIRA, 2006, p. 63).

Esta perspectiva de análise sobre o envelhecimento, calcado no materialismo dialético, vem de encontro à Gerontologia Social Crítica, termo utilizado inicialmente por Paiva (2012), como indicado, insere a discussão da velhice considerando as especificidades das classes sociais, o que permite afirmar que se constitui um processo heterogêneo e diverso, determinado pelas condições materiais que agravam a situação da velhice quando são intensificadas as desigualdades e o adoecimento.

Na perspectiva da Gerontologia Social Crítica considera-se que a velhice, assim como toda a vida do trabalhador, é aviltada pelas condições concretas desfavoráveis à valorização do que é humano e a favor do desenvolvimento do capital. Os velhos fazem parte e estão inseridos na estrutura que sustenta o sistema de produção capitalista, tendo suas vidas afetadas pelo conjunto de medidas que priorizam a obtenção de lucro para empresas e indivíduos privados. A realidade, nessas condições, é, então, desfavorável à dignidade dos velhos e velhas da classe trabalhadora. [...] O ser humano, submetido a essa lógica, só tem valor enquanto representa força de trabalho para o capital, sendo facilmente descartado quando improdutivo, mas ainda reutilizado enquanto consumidor. (ALVES, 2014, p. 42).

Feito isto, retoma-se a ideia de Teixeira (2006), ao reiterar que as problemáticas articuladas à velhice apenas adquirem dimensão política com a lutas sociais:

As lutas sociais também são resgatadas como mecanismos de problematização de necessidades sociais não satisfeitas no envelhecimento. Essas manifestações vão das lutas operárias aos movimentos sociais em prol dos idosos, nas últimas décadas, que vocalizam demandas por política setorial e por outros instrumentos legais de direitos sociais aos idosos, para além das políticas de seguridade social. (TEIXEIRA, 2006, p. 98).

Portanto, à medida que as questões referentes à velhice adentram a cena pública, via reivindicações da classe trabalhadora, perpassando desde pautas mais gerais da luta, até os aspectos específicos do segmento, a velhice passa a ser reconhecida como um problema social que necessita de intervenção e de resposta do Estado e da sociedade.

Atenta-se que o Estado, em razão de seu caráter dinâmico, inconcluso e que modifica-se no espaço e no tempo, responde de maneira distinta e conforme as configurações que o constituem. Campelo e Paiva (2012, p. 118) advertem que a experiência de vivenciar o processo de envelhecimento,

[...] implicará demandas ao Estado, tendo em vista que as questões acumuladas durante o curso de vida e evidenciadas na velhice, cada vez menos caberão nos limites do espaço privado, devendo, assim, ser tratadas pelo sistema público de proteção social. Sim, porque a política social opera no campo da reprodução social.

Assim, as respostas do Estado advêm da criação de políticas sociais, pois, conforme apontam Behring e Boschetti (2006, p. 51),

[...] as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Em conformidade com Mendonça (2015), os direitos sociais são expressos e concretizados mediante políticas sociais, logo, refletir sobre os direitos da pessoa idosa exige compreender em que consiste a política social, esta última, reflete-se nas ações desenvolvidas pelo Estado no enfrentamento às desigualdades sociais resultantes da contradição do modo de produção capitalista, insurgindo na sociedade através das reivindicações dos trabalhadores por condições mínimas de existência, caracterizando a entrada da classe subalterna na cena política.

Ao direcionar o olhar sobre as particularidades da sociedade brasileira, pode-se observar que o aparato normativo e legislativo que perpassa as demandas do segmento da população idosa, está atrelado às lutas sociais mais gerais da classe trabalhadora, e abordando especificamente pautas sobre o envelhecimento. As primeiras medidas de proteção remontam aos anos de 1900 e mostrando evolução conforme o decorrer da temporalidade histórica, mediante organização da categoria de trabalhadores ferroviários e a posteriori, demais categorias alcançando o direito à aposentadoria.

O estudo da legislação da política brasileira de proteção ao idoso mostrará que essa legislação evoluiu a partir da crescente intensidade de conflitos de classes gerados pela produção e pela acumulação de bens, provocando ingerência do Estado no âmbito das relações de trabalho. Foram muitos os anos de luta e as conquistas vieram gradativamente, inicialmente por categorias funcionais, mais organizadas, combativas ou mais estratégicas para a economia do país. (PEREIRA, 2013, p. 98).

No esfera da construção dos direitos, a seguridade social se encontra inserida na Constituição Federal de 1988, conceituada 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” (BRASÍLIA, 1988, p. 117), representando um avanço significativo e resultante da luta histórica da classe que sobrevive do trabalho mediante o reconhecimento do Estado e classe burguesa, pois, conforme (MOTA, 2009, p. 40), é nessa relação que reside

[...] o caráter contraditório da sociedade metabólica do capital e que perpassa a esfera da seguridade social e demais políticas sociais, cujo movimento dialético é, do ponto de vista lógico, atender as necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a seguridade social é por definição espera de disputas e negociações na ordem burguesa.

Nesse sentido, a **seguridade social** instaura a ampliação dos direitos sociais, o marco da democratização do acesso aos serviços e às políticas sociais e a participação dos sujeitos nos processos decisórios, introduzindo no texto constitucional artigos referentes à proteção social do segmento idoso. Faleiros (2007, p. 50) entende que

[...] a proteção cidadã é essencialmente participativa, pois implica o reconhecimento do sujeito no deciframento comum de suas condições e de seus direitos para o compromisso real de efetivá-los. A proteção social visa à vida digna, com redução das incertezas e inseguranças provenientes da própria desigualdade capitalista, dos ciclos familiares e individuais e dos conflitos sociais com a satisfação das necessidades fundamentais dentro de um padrão normativo democrático de cidadania.

Deste modo, a seguridade social é constituída pelo tripé dessas políticas sociais, cujo texto constitucional compreende que a previdência social possui caráter contributivo e requer filiação obrigatória, estruturada em regime geral, devendo alcançar

I–cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e **idade avançada**; II–proteção à maternidade, especialmente à gestante; III–proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV– salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; 120 Constituição da República Federativa do Brasil V–pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º (BRASIL, 1988, p. 120, grifos nossos).

Portanto, como expresso na CF/1988, a previdência social trata sobre os direitos do cidadão trabalhador, quando impossibilitado/afastado do mercado de trabalho, ter acesso a uma remuneração mensal, mediante prévia contribuição,

situa-se então, a aposentadoria destinada aos sujeitos em idade avançada para a supressão das necessidades sociais básicas. Do contrário, a assistência social é ofertada a quem dela necessitar, independente de contribuição, com a finalidade de oferecer:

I—a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II—o amparo às crianças e adolescentes carentes; III—a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV—a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V—a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, p. 122).

Por sua vez, a saúde é apreendida enquanto direito de todo cidadão e um dever do Estado, através do desenvolvimento de políticas, programas e ações que possibilitem a redução de incidência de doenças, tal como, seus agravos, mediante ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde dos sujeitos, conforme preconiza o artigo 196 da Carta Magna.

Dito isto, é possível observar que o sistema de seguridade social associa direitos com caráter universal, seletivo e/ou derivado do trabalho, respectivamente concretizados nas políticas públicas de saúde, assistência social e previdência, constituindo-se em um sistema híbrido (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Não obstante as conquistas legais, nos anos subsequentes “o processo de socialização da esfera política não [...] *[foi]* equivalente na esfera econômica” (MOTA, 2009, p.43), pois o projeto da burguesia é adequar os interesses da classe trabalhadora aos liames do capital, destruindo a sociabilidade do trabalho protegido, através do viés de regulação do mercado, transferindo a responsabilidade estatal para o âmbito privado e terceiro setor.

As alterações macroestruturais que incidem no desenho das políticas sociais fazem parte do projeto neoliberal, cuja essência do seu arsenal é “[...] uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para democracia” (NETTO, 1994, p.77). Assim, os desdobramentos do Núcleo do neoliberalismo se expressam:

- No plano teórico, o Keynesianismo é a besta-fera do neoliberalismo (a contra revolução monetarista).

- No plano social e político-institucional, o que se coloca em questão é o conjunto dos direitos sociais e as funções reguladoras macroscópicas do Estado.
- No plano ideo-cultural mais amplo, a ofensiva neoliberal contrapõe-se abertamente a cultura democrática e igualitária da época contemporânea.

Neste panorama, o que se coloca como tendência à política de saúde é a racionalização sistêmica aos programas de saúde.

Podemos dizer, que uma das estratégias presentes na “nova” gestão estatal da força de trabalho é incorporar o processo de precarização como inevitável, a mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão. (MOTA, 2009, p. 43).

Destarte, salienta-se que em meio ao chão contraditório entre o ideário das políticas sociais e sua configuração de fato, atenta-se para as esferas responsáveis no cuidado e na efetivação dos direitos com o idoso, evidenciando-se a articulação que deve existir entre **Família-Estado-Sociedade**. Respectivamente, discorrem a este respeito, os artigos 229 e 230 na Constituição Cidadã:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1o Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. § 2o Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988, p. 133).

No bojo da discussão a que se propõe este trabalho é permitido situar a tríade orgânica entre velhice, trabalho e saúde, assim tecida por Campelo e Paiva (2012), numa relação de causalidade e nexos entre estes elementos categóricos, não sendo possível compreendê-los mediante cisão.

Assim, acrescenta-se que somente em 1994, o país passou a ter uma política direcionada ao idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais desse público alvo, através de ações e serviços que possibilitassem a autonomia, integração e participação no meio social, conforme consta no primeiro artigo da Política Nacional do Idoso (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010). Como princípios, citam-se:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

A participação é categoria em destaque no âmbito das diretrizes da política, como elemento primordial no processo de envelhecimento com qualidade, a qual deve possibilitar estratégias de convívio da pessoa idosa no meio social, tal como com as distintas gerações e promover a inserção do idoso em organizações representativas, temáticas pertinentes ao segmento e em espaços decisórios. Neste âmbito, é imprescindível situar que a PNI institui no artigo 6º,

[...] os Conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso enquanto órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

A finalidade destes refere-se à formulação, coordenação, supervisão e avaliação da própria política nas diferentes instâncias (PNI, 1994).

Em suma, Mendes et al, (2005, p. 425) sintetizam:

Política Nacional do Idoso (PNI), pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96, estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais. A Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, através, inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária. Suas diretrizes priorizam o atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos médicos na área da Gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

É pertinente trazer à luz deste trabalho a reflexão sobre a efetividade da política, ao considerar que embora possua um avanço imperativo enquanto

conquista frente às reivindicações do segmento idoso, a PNI ainda se mostrou incipiente na determinação das responsabilidades de cada órgão, instituição, serviço, deixando lacuna em questões essenciais à sua concretude, a exemplo de a quem competiria as responsabilidades pela promoção e defesa dos direitos, pelo zelo na cumprimento das normas, na prevenção das situações de abuso, etc. Diante desse cenário de críticas e indagações quanto à efetivação da PNI e mobilizações sociais dos idosos, surgiu a discussão e luta pelo Estatuto do Idoso.

O movimento social do idoso foi convidado pela comissão para participar dos debates, fato que legitimou o processo legislativo, principalmente pela ativa participação dos representantes dos cinco fóruns regionais da política nacional do idoso. (ALCÂNTARA, 2016, p. 364).

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

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

Ante as particularidades da pessoa idosa, salienta-se que o próprio processo de envelhecimento provoca alterações no sistema fisiológico no organismo

propícias ao desenvolvimento de doenças que incidem sobre suas atividades inseridas em determinados contextos e na dinamicidade de suas vivências.

O envelhecimento traz mudanças nos aspectos físico, psíquico e social, e, por conseguinte, mudanças no perfil epidemiológico em relação à saúde, com um aumento das doenças crônico-degenerativas, afetando a independência (atividades da vida diária) e autonomia dos idosos. (GALLETI, 2014, p. 9).

Nesse sentido, são indispensáveis as ações específicas do Estado, em conformidade com as esferas de governo e com os marcos maiores de legislação em saúde, ao idoso, com o intento de promover equidade para o segmento frente ao acesso e atendimento das necessidades em saúde.

Deste modo, o Estatuto do Idoso, ao tratar sobre o capítulo da saúde, discorre que o SUS deve intermediar a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa, com atenção especial para as doenças que permeiam a realidade do idoso e acrescenta o direito de um acompanhante durante o processo de internação ao idoso internado ou em observação, cuja instituição deve possibilitar condições de permanência, conforme o Art. 16º do referido Estatuto (BRASIL, 2003).

Destarte, apresenta-se como avanço no âmbito da organização aos serviços de saúde do idoso, a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (MS, 2002) que discernem sobre as condições de gestão e compartilhamento de responsabilidades para a operacionalização, foram desenvolvidas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (MS, PNI, 2006).

As Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (REASI) são constituídas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, devendo ofertar internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, tornando-se referência na assistência e atendimento às necessidades em saúde da pessoa idosa (MS, PNI, 2006).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (2006) estabelece que o MS através de suas entidades “promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas”. (KEINERT; ROSA, 2009, p. 8).

Essa rede incorpora o princípio da territorialidade na organização de gestão

dos serviços com o intento de facilitar o acesso às necessidades da população. Nesse âmbito, pode-se situar a ampliação da ESF como mecanismo que possibilitou a aproximação com maior número de idosos e suas famílias em situação de vulnerabilidade, tal como a inserção da Rede configurou elementos importantes para a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em 2006, com vistas a alinhar-se as diretrizes estabelecidas com o Pacto pela Saúde (2006), em que a saúde do idoso é enfatizada como uma das prioridades do referido pacto (idem).

Especificamente no âmbito da saúde, merece destaque a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, direcionando a defesa e organização das ações na área da saúde com ênfase ao atendimento das demandas sobre o envelhecimento, quando se “assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária” (MS, PNSPI, 2006, p. 2).

Acrescenta-se que a finalidade da referida política consiste em “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (idem).

Nesses moldes, com o intuito de possibilitar a promoção da saúde ao segmento da população idosa, destaca-se dentre as diretrizes da PNSPI (2006):

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social.

Tais diretrizes expressam as preocupações com a promoção de um processo de envelhecimento saudável, embasado no direcionamento de ações e serviços intergeracionais, com manutenção da capacidade funcional do sujeito, num viés de alcance da integralidade das necessidades em saúde da pessoa idosa (VERAS, 2009).

Nota-se as relações de simultaneidade entre as diretrizes da PNSPI e os princípios e diretrizes que orientam o SUS, conformando a visão de unidade que deve permear os serviços e as ações em saúde. Em seu texto jurídico exposto nas linhas acima, ressalta-se a integralidade, no sentido de que o atendimento integral do indivíduo necessita considerá-lo na completude de suas particularidades, distanciando-se de uma visão reducionista e isolado do problema em saúde, o sujeito é um todo indivisível, imerso em determinado contexto econômico, social e cultural, incisivos ao modelo de atenção integral (PINHEIROS; MATOS, 2001). Não obstante, a integralidade no âmbito das diretrizes da PNSPI, deve ser apreendida sob a ótica das ações intersetoriais, conceituada por Cecílio (2004) como integralidade ampliada, na existência da articulação entre os setores e serviços presentes no território de vivência dos sujeitos com fim último em promover o atendimento global de suas necessidades em saúde.

Como contido na PNSPI (2006), as ações intersetoriais pressupõem que sua prática possua:

[...] o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais. (PNSPI, 2006, p. 8).

Em linhas gerais, a participação social, princípio organizativo do sistema de saúde brasileiro e diretriz evidenciada na PNSPI, pode ser compreendida como

[...] um aspecto fundamental para o processo de construção da esfera pública para o setor à medida que indica as possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo, tão comuns no contexto da cultura política nacional, em que a oferta de ações em caráter curativo em saúde exercem atração exacerbada tanto entre prestadores de serviços, como nos usuários do sistema. (NOGUEIRA; MIOTO, p. 225).

A participação social é compreendida também como a face democrática ampla da Reforma Sanitária, por ampliar não somente o acesso para todos os sujeitos, mas proporcionar o acesso ao poder de decisão sobre os serviços e as questões pertinentes em saúde e especificamente à pessoa idosa. Representa o

controle da sociedade sobre o Estado, mediante os Conselhos e as Conferências em diferentes níveis (idem).

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

[...] Em síntese, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 2006) tem como meta uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar. (KEINERT; ROSA, 2009, p. 7-8).

Ao passo em que se reconhece os progressos no campo jurídico-legislativo, em contraponto, se reconhece os impasses e desafios a serem superados no SUS, a saber: insuficiências de estruturas de cuidado qualificadas para intermediação segura no processo de alta-hospitalar do idoso e domicílio; insuficiência nos serviços de cuidado familiar, que em termos gerais é responsável pelo cuidado direcionado à pessoa idosa, sem a qualificação e suporte necessários; incipiência de equipes multiprofissionais com saber específico sobre o processo de envelhecimento e saúde do idoso; e insuficiente número de Redes de Assistência à Saúde do Idoso implantadas no território nacional (KEINERT; ROSA, 2009).

Nesse sentido, apesar dos avanços obtidos com a implementação da PNSPI, no sentido de promoção da integralidade e intersetorialidade dos direitos dos idosos, acrescenta-se ser necessário memorar que ainda se faz incipiente na prática cotidiana de execução das ações e serviços, persiste na realidade concreta a ausência de atendimento prioritário a este segmento, inexistência do incentivo ao controle social, ausência de uma política continua de educação permanente em saúde direcionada ao idoso dentre outros elementos que permitem afirmar a inconstância na concretização da política, impasses e limites (SCHMINSKI VIEIRA R., VIEIRA R. S., 2016).

Ademais, considerando a própria afirmativa contida na legislação da Política Nacional de Saúde do Idoso: “Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social” (RAMOS, 2002 apud PNSPI, 2006, p. 3) situa-se nesse contexto a discussão sobre o cuidado.

Defronte ao intenso processo de transição demográfica que abrange a realidade brasileira e mundial, novas questões são colocadas à saúde, incidindo em reflexões sobre os indicadores de saúde. Nesse sentido, no que tange ao envelhecimento, a saúde não pode ser definida exclusivamente pela presença ou ausência de doença, mas sobremaneira, em razão do nível de capacidade funcional, o que Ramos (2009) sinaliza como novo paradigma em saúde. Deste modo, o nível de perda da capacidade funcional é o que determina o **envelhecimento saudável** de cada sujeito.

A capacidade funcional está atrelada à funcionalidade global que envolve a interação entre as capacidades mentais e físicas que constituem o indivíduo no desenvolver de sua existência humana, portanto, resulta na independência e autonomia do sujeito no processo de decisão e realização das atividades e dos cuidados que permeiam a vida, sendo passível de vivenciar uma realidade contrária e adversa: dependência total (idem).

O **envelhecimento ativo** compreende uma dimensão mais ampla em detrimento da expressão envelhecimento saudável, articula-se à ideia de reconhecimento dos direitos humanos da população idosa, abrangendo as categorias de participação, autonomia, independência, dignidade e etc. (KEINERT; ROSA, 2009).

A partir disso, devemos difundir a todos – inclusive aos próprios idosos – os direitos e garantias a eles conferidos para que possam, então, exigir seu cumprimento utilizando todos os meios possíveis. Essas atitudes nada mais são do que medidas para que se respeite a vida em toda a sua plenitude, desde a infância até a velhice. Pois o direito à vida só é efetivado se houver dignidade. Sendo a dignidade da pessoa algo perceptível, coerentemente consagra-se esse estado como um dos alicerces fundamentais da sociedade brasileira, conforme o expresso na Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), art.1º, III. (KEINERT; ROSA, 2009, p 5).

Assim, Pelegrino (2009, p. 36), embasado pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende o envelhecimento ativo como “[...] a otimização das oportunidades para a participação”, o que se constitui em um dos tripés deste marco político que vai além de um envelhecimento saudável e seguro. “Ativo” adquire um sentido mais amplo, refere-se à participação contínua do indivíduo nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis.

Em suma, tal compreensão delineia-se em uma perspectiva para além do

bem-estar em termos físicos, engloba aptidão ao engajamento na esfera social, cultural, política, econômica e civil, mediante o pressuposto de autonomia, dignidade e manifestação dos seus anseios, desejos e necessidades. De maneira distinta ao envelhecimento saudável, entende-se que há outros elementos que incidem sobre o processo de envelhecer, que não apenas a determinação de saúde, com o intento de que o envelhecimento ativo resulte em qualidade de vida do sujeito (idem).

No âmago dessa discussão, situa-se que o envelhecimento ativo é desenhado mediante múltiplos determinantes, a saber: cultura e gênero; determinantes sociais e econômicos; determinantes do ambiente físico e do acesso à saúde e aos serviços sociais; e determinantes comportamentais e individuais, os quais encontram-se imbricados mutuamente e estabelecem as relações de bem-estar, processo de adoecimento, e as percepções e os comportamentos dos sujeitos ante o envelhecimento e à incapacidade (OMS, 2007).



Figura 1: Determinantes do envelhecimento ativo

Fonte: World Health Organization (2005, p.19).

Como um dos fatores transversais, a cultura exerce papel preponderante em razão de seu poder de influenciar e tendenciar o modo de pensar e agir de uma determinada sociedade, seus valores e tradições, tal como, ditar a maneira pela qual se estabelece a relação entre os homens, e neste caso em específico ditar o reconhecimento que o idoso possui perante o meio social e os vínculos entre as

diferentes gerações, o novo e o velho, coabitando o mesmo espaço civilizatório (WHO, 2005).

Arelado à cultura, soma-se o fator de gênero, e em particular a desigualdade que resulta dessa relação, uma característica estrutural da sociedade patriarcal brasileira, decorrente da condição de inferiorização e subjugo da mulher ao homem. Deste modo, a realidade é marcada em demasiado pelo alto índice de violência contra a mulher, expresso em fenômeno recente o feminicídio, preconceito, inserção tardia na vida política, no mercado de trabalho, sobrecarga na responsabilização familiar e nos cuidados domésticos, inferiorização dos salários, dentre outros aspectos que circundam a realidade cotidiana da mulher e que podem acarretar em maiores complexificações nas questões referentes à saúde e à dinâmica do envelhecimento. Um adendo importante quando ao sexo masculino, é o risco a lesões de trabalho e doenças em decorrência do uso de tabaco e bebidas etílicas (WHO, 2005).



Figura 2: Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo
Fonte: Word Health Organization (2005, p.45).

Conforme a ilustração, pode-se observar que a dimensão política do envelhecimento ativo possui como pilares: participação, saúde e segurança. Para um envelhecimento ativo é preciso que o sistema de saúde no decorrer do curso de vida dos sujeitos desenvolva ações que visem a promoção em saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo e cuidados em níveis de atenção primária e de médio

e longo prazos com qualidade.

Tomando-se por base as elaborações de Ramos (2009), faz-se necessário se debruçar sobre as complexificações impostas pela perda da capacidade funcional, isto é, pelo processo de **dependência** imbricado por vez, ao envelhecimento, exigindo o cuidado de outrem. Em suas palavras:

[...] nesse cenário de limitações pessoais e grandes necessidades sociais e de saúde, uma proporção alta de pessoas idosas irá experimentar a dependência e a necessidade de ter um suporte formal ou informal para realizar plenamente o seu cotidiano. (RAMOS, 2009, p. 41).

Assim, a dependência é compreendida como determinada condição do sujeito que requer subsídio de outras pessoas para efetuar as atividades diárias (GORDILHO et al, 2000).

É importante situar nesse movimento a atribuição das redes sociais de apoio, que compreendem a organização de pessoas, através de relações formais – o grupo de vínculos estabelecidos entre profissionais, por exemplo –, e informais, nelas encontram-se intrínsecos a família, os amigos, as pessoas que possuem vínculo de proximidade com a pessoa idosa, desenvolvendo efeitos positivos em questões de saúde (ROSA; BENÍCIO, 2009).

Arelado à dependência encontra-se o **cuidado**, num viés formal e informal, imbricando necessariamente a este processo a figura do cuidador, entendido como a pessoa responsável pelos cuidados com o idoso dependente, podendo ser membro ou não da família, em atividade que não necessariamente envolve a remuneração, auxiliando na efetivação das atividades diárias.

Deste modo, verifica-se que o cuidado tem sido efetivado, sobremaneira, pelo sistema informal constituindo-se na abordagem de atenção social mais comum diante da realidade brasileira, qual seja, um país marcado pelo processo de desenvolvimento desigual e combinado (CALDAS, 2003).

[...] a família e os amigos são a primeira fonte de cuidados. Observa-se que o cuidado tem sido prestado por um sistema de suporte informal, em especial nos países em desenvolvimento. Esse sistema inclui cuidadores que podem ser familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade cujas atividades são, em geral, prestadas voluntariamente, sem remuneração. (CALDAS, 2003, p. 778).

Em grande parte, a atribuição de cuidador envolve alguns fatores, dentre os

quais o grau de parentesco, frequentemente, os cônjuges ou filhos; a categoria de gênero, constantemente a mulher é escolhida para exercer tal função; a proximidade física e a proximidade efetiva, com ênfase para os vínculos estabelecidos e ditados entre pais e filhos e companheiro e companheira, atrelados à consanguinidade (CALDAS, 2003).

As considerações tecidas sobre o idoso dependente e o cuidado/cuidador, permitem afirmar que a dependência do idoso é um fenômeno que não pode ser considerado isoladamente, pois envolve a esfera pública e privada, e nesta última modifica a dinâmica familiar e os papéis desempenhados por seus membros (idem).

Cabe sublinhar que a atribuição da responsabilidade pelo cuidado com a pessoa idosa dependente atribuída à mulher decorre da construção histórica da sociedade brasileira, em que o sexo feminino foi incumbido secularmente das atribuições domésticas, na figura subserviente ao homem, cuidadora do lar, mãe responsável pela criação e educação dos filhos. Uma visão concebida como natural e, portanto, deveria se estender também ao cuidado com o idoso (idem).

A este respeito, é pertinente destacar as reflexões de Santos (2003), ao atrelar o exercício de cuidador – enquanto trabalho – às relações estruturais da divisão sexual do trabalho que rege a dinâmica social e econômica da sociedade.

[...] Essa divisão do trabalho se manifesta em uma forma específica de relação entre trabalho produtivo remunerado e reprodutivo não-remunerado, na qual as noções de homem-provedor (força de trabalho principal) e mulher-cuidadora (força de trabalho secundária), são reforçadas. (SANTOS, 2003, p. 171).

Com base nessas constatações, a posição que a mulher ocupa na organização da divisão do trabalho corrobora para o entendimento de que a reprodução social é responsabilidade feminina, o que influi nas determinações prioritárias das políticas públicas. Não obstante, esse desfecho recai sobre a intervenção do Estado nas questões pertinentes ao cuidado/cuidador na inoperância de serviços e programas (idem).

Ademais, o cuidado também é exercido numa perspectiva formal, envolvendo conhecimentos específicos, com expressiva participação da área da saúde, através de profissionais de medicina, enfermagem e serviço social, ao considerar que o processo de envelhecimento envolve, em algumas circunstâncias, perda gradual significativa, em que os cuidados baseados apenas na percepção

humanitária se tornam insuficientes diante do quadro de fragilidades vivenciadas pelo idoso (KÜCHEMANN, 2012).

Destarte, outra questão pertinente diz respeito à faixa etária dos cuidadores que, por vezes, possuem idade similar às dos sujeitos que estão sendo cuidados, num movimento que Caldas (2003) denomina de “idosos jovens independentes” cuidando de “idosos dependentes”. Atenta-se que, neste processo, uma pessoa idosa não deveria ser responsabilizada pelos cuidados com outrem, pois entende-se que ela também encontra-se vivenciando essa etapa da vida, compreendendo o envelhecimento um direito personalíssimo e devendo gozar dos mesmos direitos e proteção integral, conforme o Estatuto do Idoso.

Deste modo, identifica-se que a rede de apoio ao idoso dependente é efetivada em sua maioria pela família, com reduzida participação do Estado e escassa oferta de serviços institucionais, afirma “[...] no atual quadro precário e insuficiente dos serviços do sistema brasileiro de saúde, constata-se que os velhos dependentes sobrevivem com poucos recursos pessoais e sociais” (KARSCH, 1998 apud CALDAS, 2003, 779).

Nesse contexto é imperativo mencionar as necessidades imbricadas ao cotidiano familiar, em suas dimensões objetivas e subjetivas. Assim sendo, Caldas (2003) indica em perspectiva material de subsistência, os recursos financeiros e questões básicas essenciais como moradia, transporte, alimentação e acesso aos serviços de saúde. Em perspectiva emocional, como um suporte importante à efetivação da rede e as questões que envolvem o campo psíquico. Ademais, a prestação e o acesso a informações seguras são necessários para que a família cuidadora consiga exercer eficazmente as atribuições do cuidado, de modo que a qualidade de vida se torne uma possibilidade concreta à pessoa cuidada e ao cuidador principal.

Acrescenta o autor, “a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado de um familiar é imensa. E não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que os responsáveis pelo paciente sejam orientados” (CALDAS, 2003, p. 779).

Küchemann (2012, p. 169), ressalta algumas demandas que recaem sobre o familiar que exerce a incumbência de cuidador:

[...] ser cuidador/a familiar demanda trabalho, tempo, energia,

recursos financeiros, carinho, esforço, boa vontade e paciência, podemos concluir que cuidar de um/a idoso/a dependente e fragilizado/a não pode ser tarefa para uma pessoa apenas, e muito menos para uma cuidadora familiar, idosa ou não, despreparada profissionalmente e que não dispõe de serviços de apoio e de uma política de proteção para o desempenho dessa atividade.

Nesse sentido, o ato de cuidar está atrelado a uma “relação dialógica” entre sujeito que é cuidado e cuidador e implica atenção às particularidades e individualidades do sujeito idoso dependente, com vistas a alcançar sua valorização. Acrescenta-se a respeito do trabalho de cuidador a reflexão de que a qualidade de serviços deve voltar-se não apenas para a pessoa idosa, mas também deve estar direcionada para o familiar cuidador, o que supõe uma reestruturação do trabalho do cuidado (KÜCHEMANN, 2012).

Com vistas a assegurar qualidade de vida ao idoso, mediante serviços prestados, é necessário que algumas estratégias de verificação sejam estabelecidas, pode-se mencionar como exemplos: avaliação periódica dos serviços, relatórios de instituições que recebem fundo público, visitas técnicas, regularidade na fiscalização e monitoramento do poder público (BATISTA et al, 2008).

Além disso, é importante garantir a regularidade e a efetividade das ações de fiscalização dos serviços prestados, de modo a garantir o atendimento aos legítimos destinatários das ações e um nível de qualidade compatível com as diretrizes estabelecidas nas normas vigentes. Cabe ao poder público exercer esta função. No entanto, como o atendimento às necessidades da população idosa envolve um complexo de iniciativas de distintas áreas da política social, a fiscalização das ações exige o empenho e a articulação de diferentes órgãos (idem, p. 141).

A responsabilidade pelos cuidados com a pessoa dependente esteve historicamente atribuída à família, e sobretudo à mulher. Tal concepção altera-se com o surgimento das políticas públicas de proteção social a este fim, com uma co-responsabilização do Estado nesse processo, ao auxiliar no cumprimento das atividades, transferindo uma atribuição antes exclusiva do âmbito privado para a esfera pública e estatal.

Todavia, frente a este novo paradigma e considerando a autonomia e o envelhecimento ativo, é importante atentar para que a intervenção do Estado não resulte na mera institucionalização dos sujeitos dependentes, que em suma culmina com o rompimento dos vínculos familiares (BATISTA et al 2008). Assim, a direção

assumida concorre para o “incentivo à desinstitucionalização e à permanência dos membros idosos com incapacidades funcionais moderadas junto a seus familiares tem sido o mote das ações públicas em muitos países”. (idem, p. 150).

Em meio a este movimento, salienta-se que as novas configurações familiares em dias hodiernos implicam novos desafios e/ou dificuldades à atenção dispensada ao cuidado com o idoso dependente. Observa-se que as famílias possuem um número mais restrito de seu núcleo, uma vez que a inserção da mulher no mercado de trabalho reduziu sua presença no ambiente doméstico, assim, embora o idoso por vezes detenha relativa independência financeira, não encontra na família o suporte necessário para a completude e integralidade dos cuidados de que necessita.

Em síntese, ante às relações sociais estabelecidas pelo sistema de produção e reprodução da vida material e social, considerando as determinações estabelecidas entre cuidado e cuidador, esfera pública e privada, pode-se apresentar como velhos e novos desafios: a sobrecarga da mulher, com os limites impostos na conciliação entre trabalho produtivo e reprodutivo; a ausência de infraestrutura das famílias na assistência prestada; a ausência de treinamentos e preparos; as transformações da família tradicional aos novos arranjos familiares, em que nos dias hodiernos identificam-se novas configurações nas famílias, com arranjos unipessoais, decorrendo numa frequência maior de idosos que optam pela decisão de residir sozinho, não necessariamente sob perspectiva de abandono, mas com vislumbre do alcance ou permanência da autonomia, dada a existência de condições objetivas e subjetivas da pessoa idosa em realizar e suprir as atividades de cuidado e autocuidado. Permanece como elemento desafiador a luta por um modelo de proteção social ao idoso e ao cuidador com mais equidade entre as relações de gênero, estabelecendo papéis iguais entre homens e mulheres, em busca da renúncia da mulher como responsável exclusiva pela atividade do cuidado (SANTOS, 2003).

No bojo da discussão sobre o trabalho do cuidador é pertinente considerar que quando realizado de forma inadequada e ineficaz pode decorrer em um cenário de negligência e/ou violência contra a pessoa idosa: “[...] um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse

contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos” (CALDAS, 2003, p. 778).

Gordilho et al (2000) indicam que é necessário que o idoso esteja atento a vislumbrar situações, comportamentos que signifiquem maus tratos, os quais podem ser cometidos tanto por cuidadores informais, em geral os familiares, quanto pelos cuidadores formais, os profissionais.

Por violência contra a pessoa idosa, o Estatuto do Idoso compreende em seu Art. 19, §1 “[...] qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (BRASIL, 2003, p. 12).

Em linhas gerais, a violência contra a pessoa idosa pobre e dependente se expressa em três formas principais, quais sejam: a violência estrutural, em que as ações comportamentais e o valor do idoso ocorrem em conformidade com a riqueza material que possui, com uma responsabilização individual e natural de sua condição de pobreza; a violência discriminatória, que subjuga o idoso enquanto ser descartável, e a violência da negligência, que ocorre não somente através da família, mas também pelas instituições e pelos serviços no não acesso à saúde e assistência, dentre outros (idem).

Acrescenta-se que a violência é um fenômeno que se apresenta visivelmente para o idoso e a sociedade, como os casos de agressão física e mortes, mas além disso, menciona-se as formas veladas em que se manifesta, como as agressões verbais, morais, psicológicas, que desencadeiam um sofrimento em mesmo patamar (BRASIL, 2014). A naturalização da violência também contribui para a invisibilidade do fenômeno na sociedade no decurso histórico.

Deste modo, o Estatuto do Idoso preconiza em seu Art. 19 que

[...] os casos em suspeita ou confirmados devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso (BRASIL, 2003, p. 12).

Não obstante, reitera-se a responsabilidades de todos os cidadãos na prevenção de ameaças e violação aos direitos da pessoa idosa, mantendo-o alheio ao contexto de trato vexatório, desumano, violento, com o dever de resguardar a dignidade do idoso (BRASIL, 2003). Nesse sentido, a denúncia das formas de

violência que perpassam a vivência do idoso é “[...] condição do processo de democratização”, como elemento de construção da cidadania e da efetivação dos direitos sociais do idoso (CFESS, 2011, p. 2).

Em síntese, no Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa ressalta-se que os casos de violência contra a pessoa idosa não são apreendidos na totalidade de sua abrangência em razão de serem, por vezes, subdiagnosticados e subnotificados. Ademais,

[...] as expressões de violência contra a pessoa idosa quase sempre se manifestam de modo cumulativo e devem ser objeto de atenção. Se algumas formas, como é o caso da discriminação por idade, ocorrem em relação a todas as classes sociais, há outros tipos que afetam, sobretudo, os mais frágeis e dependentes, frequentemente combinando abusos físicos, psicológicos, econômico-financeiros, negligências e autonegligências. Chama atenção como um sintoma social de elevada gravidade que a maioria das denúncias ao “Módulo Disque Idoso” do Disque 100, sejam as negligências cometidas pelas famílias e pelos órgãos públicos de prestação de serviços. (BRASIL, 2014, p. 44).

Deste modo, em casos de suspeita de violência ou negligência o idoso, a família e o profissional deve realizar denúncia, seja nos serviços especializados de assistência social ou ao conselho de direitos da pessoa idosa e demais órgãos responsáveis.

Adverte-se que, considerando que a fiscalização e supervisão são atribuições dos Conselhos, tal como, a prerrogativa de que devem zelar pelos direitos instituídos, estes funcionam por vezes como instrumentos receptores de denúncias sobre violência e/ou negligência contra o idoso.

Ao delinear sobre a **participação social**, é inevitável a alusão aos Conselhos e às Conferências, previstos à pessoa idosa, mediante Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842 – de 04 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) e Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003.

Instrumentos que possibilitam atuação organizada e inserção desse segmento no poder de decisão, num viés de descentralização, sobre as questões pertinentes à temática do envelhecimento, ao considerar que se constituem como

[...] órgãos permanentes, paritários e deliberativos para exercerem a função de supervisão, acompanhamento, fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso no âmbito da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal. (PELEGIRINO, 2009, p. 36).

Deste modo, os conselhos se apresentam como espaços de controle social, de promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa.

Nesse sentido, faz-se menção que os movimentos sociais e Conselhos de Defesa de Direitos constituem a expressão da democracia por intermédio da participação da sociedade civil, ampliando o espaço público como fórum de discussão e decisão sobre o destino de verbas para financiamento de políticas públicas e sua implementação, reivindicação e elaboração de direitos favoráveis ao segmento populacional idoso, tal como estratégias de promoção para sua inclusão na sociedade, no intuito de facetar a cultura de preconceito, assim, esse movimento peregrina em direção a perspectiva de Estado ampliado (PEREIRA, 2013).

Atenta-se ainda que os conselhos se deparam com dificuldades e impasses à sua real efetivação, dentre os quais pode-se citar: a ausência ou insuficiência da formação para aqueles que exercerão a função de conselheiro, conhecimento sobre seu papel e saberes específicos sobre o envelhecimento e a legislação que ampara o segmento idoso; o incipiente número de reuniões e a escassa participação dos conselheiros, ausência de estrutura e recursos, ausência de um sistema de informações sobre o perfil, dados e estudos sobre as temáticas pertinentes ao idoso e impasses na articulação com a rede intersetorial (PELEGRINO, 2009).

O cuidado com o idoso dependente a partir de uma abordagem multidimensional deve estar para além dos cuidados exclusivamente médicos – saúde, mas engloba uma perspectiva sócio-assistencial, na tentativa de suprir as necessidades de cuidado e autocuidado, decorrentes da perda funcional e autonomia, o que implica a construção de novos arranjos à proteção social do idoso (BATISTA et al, 2008).

Assim, reafirma o Estatuto do Idoso, a obrigatoriedade “da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p. 7, 8).

O Brasil enfrenta um desafio mais complexo: além de ser necessário organizar um sistema de proteção específico para as pessoas idosas em situação de dependência funcional, o país precisa ainda promover a premente ampliação da cobertura previdenciária de base contributiva. Enfrentar esse duplo desafio começa, portanto, por incorporar o tema da dependência funcional como um problema

social novo no espectro das políticas brasileiras de Seguridade Social (Previdência Social, Assistência Social e Saúde). (BATISTA et al, 2008, p. 142).

No que concerne às questões de violência e tratamento desumano ao idoso, uma das formas de intervenção do Estado, no sentido de enfrentamento seria estabelecer mecanismos e estratégias de apoio aos cuidadores informais para o efetivo exercício de sua função, através de formação e treinamento, com o intuito de ampliar a prevenção de agravos em saúde do idoso dependente e reduzir e/ou sanar as situações de negligência e violência contra a pessoa idosa (BATISTA et al, 2008).

A realidade brasileira, a respeito das políticas de proteção ao idoso no sentido de subsídios à família e ao cuidador, são incipientes ou quase inexistentes. Caldas (2003, p. 778), indica como imprescindível

[...] que profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumi-las. A família deve ser preparada também para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade.

Nesse sentido, se faz necessário que haja orientação, supervisão e capacitação para as famílias e/ou aquele que desempenha a função de cuidador, com fins à maior qualidade de vida para a pessoa idosa (KÜCHEMANN, 2012). Destacam, Campelo e Paiva (2012, p. 118):

Por ser a velhice uma condição vital da espécie humana, uma fase da vida que seres humanos deverão experimentar, do contrário, a alternativa é a morte precoce, para a grande maioria dos indivíduos essa experiência implicará demandas ao Estado, tendo em vista que as questões acumuladas durante o curso de vida e evidenciadas na velhice, cada vez menos caberão nos limites do espaço privado, devendo, assim, ser tratadas pelo sistema público de proteção social. Sim, porque a política social opera no campo da reprodução social.

A intervenção estatal se faz necessária para promoção de um processo de envelhecimento com qualidade de vida e dignidade, mediante o efetivo desenvolvimento de políticas públicas, programas, serviços e ações, concretamente vislumbrados como grande referência na conquista de direitos sociais, a seguridade social, que objetiva garantir a saúde, a previdência e assistência social.

Nesses termos, situa-se o financiamento ao idoso, através do benefício de transferência de renda, Benefício de Prestação Continuada (BPC), com o intuito de promover assistência ao idoso em situação de vulnerabilidade e incapaz de suprir suas necessidades sociais e os benefícios previdenciários, como alternativa para a subsistência do trabalhador afastado da esfera produtiva, mediante aposentadoria (CALDAS, 2003). Estes benefícios incidem nas condições objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos, do ponto de vista socioeconômico promovem melhoria à sua existência orgânica e elevam a autoestima durante o processo de envelhecimento.

Concomitantemente, soma-se à proteção dos benefícios monetários, os serviços de saúde, quanto a estes, embora os reconhecidos avanços na área direcionadas ao segmento populacional idoso, o SUS ainda possui uma cobertura insuficiente, a exemplo do incipiente número de centros de recreação, serviços para cuidados de longa duração, etc, fazendo com que a responsabilidade recaia em demasiado para a família (KÜCHEMANN, 2012).

A este respeito, o CFESS (2011), cita os estudos desenvolvidos pelo IPEA que reiteram a necessidade da construção de uma rede de assistência que possibilite a integração entre idoso-família-sociedade, constituída por centros de convivência, centros dia, atendimento domiciliar e apoio para o familiar que exerce a função de cuidador, como instrumentos essenciais para atendimento qualificado das necessidades da pessoa idosa na sociedade brasileira.

Em linhas gerais, Mendonça (2015), discorre que com o contexto de incidência da política macroeconômica neoliberal na realidade brasileira, os recursos destinados a serviços e os benefícios de aposentadorias e pensões não são ações prioritárias para o sistema, representando um retrocesso no âmbito dos direitos referentes ao envelhecimento populacional. Acrescenta-se ainda o processo de privatização, com a presença marcante do mercado como responsável pela oferta de serviços à população que dispõe de condições de usufruir/consumir. Por esta razão, a ênfase nas políticas compensatórias e focalizadas na extrema pobreza, que ante a lógica do sistema de produção e reprodução do capital, a pessoa idosa é subjugada como improdutiva e responsabilizada – falsamente – pela crise da Seguridade Social, assim, os direitos sociais do idoso são constantemente permeados por esse cenário antagônico.

Feito isto, situar-se-á no tópico subsequente, o trabalho realizado pelo Serviço Social com idosos no âmbito da saúde, com vistas à garantia de direitos e

à qualidade dos serviços.

2.2 Assistência à saúde de idosos desenvolvida pelo Serviço Social

O envelhecimento da classe trabalhadora enquanto expressão da “questão social” implica considerar que o Serviço Social desde sua legitimação profissional tem sido chamado a apresentar respostas às questões que permeiam o segmento populacional idoso.

Ao remeter-se especificamente sobre as ações desenvolvidas pelo assistente social no setor saúde, as três complexidades dos serviços apresentam-se como espaços de atuação para a profissão, exigindo demandas que embora possam manifestar-se semelhantes, necessitam intervenções e respostas distintas, observada a singularidade de cada realidade vivida pelo sujeito.

O Serviço Social adquire ressignificação do seu estatuto na área de saúde com a implementação do SUS, resultante de dois movimentos simultâneos, primeiro, as especificidades da profissão, que tradicionalmente ocupava o setor saúde, e segundo, em razão da ampliação da inserção profissional do assistente social no setor sanitário, após a instauração do SUS (VASCONCELOS, 2013).

A partir das considerações tecidas neste estudo, lembra-se que a política de saúde é organizada mediante os princípios da hierarquização e da regionalização, estruturando os serviços por meio de níveis de complexidade, a saber: atenção básica, média e alta complexidade. Deste modo, o Serviço Social na área da saúde integra esse espaço sócio-ocupacional em todos os âmbitos e todas as esferas, sejam públicas ou privadas.

Todavia, ressalta-se que parte significativa da categoria profissional encontra-se inserida nos serviços de média e alta complexidade, ainda que a política de saúde brasileira possua a prevenção e promoção como orientação central para as ações do SUS, mas ante esta constatação, cabe destacar as próprias configurações de composição das equipes que constituem as equipes básicas da Estratégia Saúde da Família, nas quais o assistente social é um profissional que não a integra obrigatoriamente, estando a cargo da gestão pública municipal e das necessidades locais, a sua incorporação na equipe, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (VASCONCELOS, 2013).

Apesar dos assistentes sociais não terem sua inserção prevista na equipe mínima da ESF, vem sendo demandados e incorporados às equipes de vários municípios brasileiros para atuarem na mobilização e sensibilização da população usuária da saúde bem como para a realização de ações socioeducativas e intersetoriais, contribuindo dessa forma para a promoção da saúde. (CFESS, 2010, p. 35).

Assim, no que tange à organização dos serviços de saúde, a média e alta complexidades são os níveis que mais absorvem os profissionais de Serviço Social,

[...] mesmo após a institucionalização do SUS e a consolidação do PEP, o lugar prioritário da profissão na política de saúde, segundo a racionalidade hegemônica, continua aquele voltado para a assistência direta aos usuários – nas redes de atenção secundária e terciária – majoritariamente atendendo demandas assistenciais/emergenciais. (VASCONCELOS, 2013, p. 187-188).

Ante este cenário de contradição entre os princípios e a efetivação da organização dos serviços, Costa (2010) assinala que a partir deste milênio, alterações no espaço sócio-ocupacional passam a ser vislumbradas, mediante criação da Política Nacional de Humanização (PNH), a rede demanda a incorporação dos profissionais de Serviço Social para atuar em questões referentes ao acolhimento, tal como a requisição de profissionais para compor as equipes multiprofissionais das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e junto às equipes de atuam com Cuidados Paliativos (CPs).

O exercício profissional do assistente social ocorre em duas perspectivas: a conservadora, que reforça e legitima os interesses da racionalidade capitalista e é influenciada pelos pressupostos da igreja, e a perspectiva crítica, resultante do processo de Renovação do Serviço Social, ante as transformações societárias e aproximação com a teoria marxista, num movimento de desobstrução das facetas da realidade, constatando as essências dos fenômenos sociais, o que possibilitou conferir direção hegemônica da profissão em defesa dos interesses da classe trabalhadora e viabilização dos direitos sociais, com fins últimos de promover melhoria na qualidade de vida e reafirmar o compromisso com a construção de um novo projeto societário (TORRES; SANTOS SÁ, 2008).

A este respeito, Guerra (1995) retrata:

[...] a contradição que própria razão de ser do Serviço Social porta, qual seja, o processo de institucionalização da profissão é uma decorrência necessária dos interesses e demandas das classes sociais que se antagonizam no processo produtivo capitalista. Aqui, a contradição se localiza no fato de que o Serviço Social, embora se

constituindo em estratégia de enfrentamento do Estado no tratamento das questões sociais e instrumento de contenção das mobilizações populares dos segmentos explorados, tem a sua gênese vinculada à produção desse mesmo segmento populacional. A mesma lei geral que produz a acumulação capitalista, para o que, necessariamente, tem que produzir e manter uma classe da qual possa extrair um excedente econômico, cria os mecanismos de manutenção material e ideológica dessa classe, dentre eles o Serviço Social.

Nesse sentido, as demandas que se apresentam ao Serviço Social nos espaços da saúde versam no tensionamento entre as requisições que são postas pelo projeto vinculado ao modelo biomédico e ao projeto associado às ideias do Movimento da Reforma Sanitária, revelando a contradição presente entre os interesses institucionais e a cultura tradicional e os serviços desenvolvidos com vistas à concretude da integralidade das ações e universalidade do acesso (VASCONCELOS, 2013).

Não obstante, as requisições postas ao assistente social são direcionadas em conformidade com os projetos mencionados. Assim, no enfoque do modelo biomédico e privatista recaem sobre o Serviço Social demandas por seleção socioeconômica, ação de cunho fiscalizador, psicologizante, práticas pautadas no assistencialismo e individualismo, destoante da perspectiva macro societária. Em contrapartida, as demandas associadas ao Projeto da RSB direcionam-se ao acesso democratizante dos serviços e das ações em saúde, seja nas unidades, por meio da ESF, seja pela inserção nos serviços de média e alta complexidades, pelo atendimento humanizado, por uma atuação pautada na capacidade articuladora do profissional, a fim de estimular a interação do espaço sócio-ocupacional e a realidade vivenciada pelo usuário, por uma prática embasada pela interdisciplinaridade, no sentido de possibilitar o atendimento das necessidades integrais do sujeito e instigar a participação do usuário no seu processo de saúde-doença e no meio social (BRAVO; MATOS, 2009).

No bojo das demandas imbricadas ao movimento da RSB, as mais pertinentes são as entrelaçadas à contradição do SUS que, ao passo em que estabelece acesso universal à população, não dispõe de recursos e oferta necessária à viabilização do direito legalmente conquistado, assim, o assistente social move suas ações no liame entre as determinações institucionais e a

reorganização dos serviços, na direção de que haja o efetivo atendimento das necessidades dos sujeitos usuários (COSTA, 2009).

Portanto, uma atuação permeada pelo ideário da Reforma Sanitária envolve necessariamente apreender o sujeito ante os determinantes sociais de saúde (DSS) numa relação íntima entre os níveis de saúde com as condições de existência do usuário, caminhando na direção das orientações estabelecidas pelos Parâmetros de Atuação da profissão nesse setor, ao reconhecer os DSS (idem).

Feita estas considerações sobre o exercício do assistente social na saúde e em face da contrarreforma imbricada no setor, Soares (2010) sintetiza três áreas de demandas, a saber:

1. Demandas que se referem mais diretamente à tendência de predomínio da assistência fragmentada, precarizada e focalizada da política e à emergencialização da vida e contenção da demanda, fundamentalmente de natureza assistencial/emergencial. Ocorrem seja na atuação direta em emergências e urgências, seja em plantões de Serviço Social, ou mesmo qualquer ação/atividade que se caracterize como assistencial ou de âmbito imediato/emergencial, incluindo a atenção básica. Elas são as predominantes no Serviço Social e, dado ao seu crescimento exponencial, vêm limitando de forma preocupante a amplitude das ações profissionais;

2. Demandas relacionadas à tecnificação/assessoria à gestão: quando o profissional é requisitado de diversas formas para assessorar, contribuir com o planejamento, com a definição de metas e/ou de normatizações; realizar estudos de demandas e serviços no interior da unidade de saúde, a capacitar de acordo com as novas regras/normatizações, contratualizações; trabalhar na pactuação interna e/ou externa, enfim, toda a ação que envolva a atuação direta ou indireta do profissional para contribuir com a implementação das “inovações” técnicas/ tecnológicas no âmbito da gestão;

3. Demandas socioeducativas e politizadoras que reproduzam a racionalidade hegemônica do sistema, num processo que reproduz a repolitização conforme concebida na racionalidade da contrarreforma, com o objetivo de apaziguar conflitos, difundir um modo de vida relacionado ao “possibilismo”, sem lutas sociais e sem direitos garantidos, flexibilizando-se os direitos da saúde e os direitos sociais como um todo, estimulando, direta ou indiretamente, a adesão, o consenso e o consentimento em torno das mudanças implementadas. (SOARES, 2010, p.186).

Não obstante, a temática da velhice adquire maior amplitude e aproximação com o Serviço Social perante o crescimento demográfico da população idosa e sua inserção na cena pública, através de reivindicações para o atendimento das necessidades imbricadas no processo de envelhecimento (GOLDMAN, 2005).

Diante deste cenário, a autora supracitada reitera que o “Serviço Social passa a buscar meios para qualificar a sua ação profissional e compreender o fenômeno da longevidade associado à crescente desigualdade social nas sociedades capitalistas” (idem, p. 60) e voltando-se sobretudo à condição da velhice dos sujeitos trabalhadores.

Após delinear ações desenvolvidas pelo assistente social no espaço sócio-ocupacional na saúde direcionada aos usuários em linhas gerais, é congruente ressaltar que as demandas pautadas pelos idosos são similares. A este respeito, Torres e Santos Sá (2008, p. 7) sinalizam que:

[...] os idosos recorrem ao assistente social para o atendimento as suas necessidades, tanto aquelas de caráter imediato, relacionadas ao transporte adaptado, o acesso à rede de atendimento sócio-assistencial, entre outras. Identificam-se necessidades voltadas à garantia dos direitos sociais e à organização de grupos, com o objetivo de participar das decisões políticas, relativas à área do envelhecimento.

Nesses termos, a profissão junto ao segmento idoso, que se constituiu como público alvo desde o início da atuação do Serviço Social, possui o intento de desenvolver ações que viabilizem o usufruto de um projeto de cidadania, neste âmbito, salienta-se a atuação da categoria nos movimentos de luta pelos direitos do idoso, com ênfase para a aprovação do Estatuto do Idoso, principal mecanismo legal de defesa e garantia de direitos (GOLDMAN, 2005).

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

Vasconcelos (2013) sinaliza que a profissão constitui um espaço privilegiado de análise sobre as questões que permeiam o envelhecimento enquanto um fenômeno social, dada a capacidade crítico-analítica do Serviço Social sobre as condições objetivas e materiais de vida e interventiva do seu exercício profissional com o segmento idoso.

Conforme Torres e Santos Sá (2008), a pessoa idosa recorre à intervenção do assistente social em busca de informações e orientações que possibilitem o

acesso a programas, ações e serviços para fazer usufruto de um direito adquirido constitucional e legalmente, que permita sua inclusão no meio social e experimentar o processo de envelhecimento com respeito, dignidade e melhor qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o assistente social é um profissional competente para atuar na área do envelhecimento, desenvolvendo atividades profissionais dirigidas aos idosos e seus familiares, assessorando conselheiros e a comunidade em geral. Ainda nesta perspectiva, é o profissional capaz de realizar uma leitura analítica da conjuntura local, regional e nacional, tomando como referência as políticas públicas e a legislação social. (TORRES; SANTOS SÁ, 2008, p. 8).

Situa-se o papel que o assistente social exerce junto ao idoso, no sentido de estimular o processo de conscientização e engajamento do sujeito no cenário político e nos movimentos de reivindicação por direitos e respostas de atendimento as suas necessidades, num processo de construção da autonomia e independência da pessoa idosa no meio social e intrafamiliar (TORRES; SANTOS SÁ, 2008).

De encontro a este fim – de concretude de um projeto de cidadania à população idosa –, pode-se mencionar como principais ações:

Na área da Saúde: em hospitais, da rede pública e privada, nos postos de saúde, em instituições asilares, nas campanhas comunitárias de vacinação, de prevenção de doenças, na prevenção de quedas, no acompanhamento domiciliar, na informação junto à família, na formulação de políticas de saúde, na orientação, assessoria e consultoria dos movimentos dos usuários de saúde, que contemplem as demandas dos idosos, não de forma exclusiva e outras atividades. (GOLDMAN, 2005, p. 2).

Considerando-se as particularidades que constituem cada realidade singular que engloba a universalidade das relações, é necessário ponderar a existência de “velhices diferenciadas”, “não homogêneas”, ante aos aspectos socioeconômicos, culturais, gênero, etc (LOBATO, 2005).

De encontro a esta afirmativa, caminha o pensamento de Pereira (2007), ao reiterar que o processo do envelhecimento envolve fases diferenciadas que se manifestam em épocas e maneiras também distintas em cada indivíduo, conforme suas condições de existência e autonomia. Por esta razão, tem-se a necessidade de considerar os interesses e as exigências em suas particularidades, o que direciona à compreensão da equidade, princípio do SUS, como categoria que indica a necessidade de estabelecer formas de acesso e tratamento diferenciados às pessoas e aos grupos sociais, em razão de possuírem realidades singulares e

condições de vida distintas, para que seja possível o alcance de igualdade no usufruto da sobrevivência (TEIXEIRA, 2011).

Assim, pensar a equidade diante das necessidades do processo de envelhecimento se faz necessário como estratégia alternativa à marginalização e às problemáticas que circundam a temática e a configuração das políticas sociais, referindo-se às ações e aos serviços próprios da política de saúde.

É imprescindível no âmbito do trabalho profissional uma atuação interdisciplinar, numa ação conjunta com demais profissionais, estabelecendo como esforço a concretização dos direitos da pessoa idosa (GOLDMAN, 2005).

Vasconcelos (2013) elenca algumas medidas necessárias a serem tomadas nos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde para a garantia do acesso universal e integral da pessoa idosa e a viabilização dos direitos sociais. A primeira delas remete ao desenvolvimento de uma prática voltado ao acolhimento e à humanização, em todas as esferas do SUS, desde os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), aos níveis de média e alta complexidade, como previsto na Política Nacional de Humanização.

No âmbito da APS, a autora em questão menciona a incorporação de estratégias que possibilitem a promoção da qualidade e resolubilidade no atendimento ao segmento idoso e sinaliza como mecanismos: implantação da caderneta da pessoa idosa; avaliação psicossocial e funcional, com o intuito de vislumbrar os riscos e vulnerabilidades imbricados na existência do idoso frente ao processo saúde-doença; bem como acrescenta o sistema de gerenciamento de cuidados, atenção domiciliar, hospitalar, ao SAMU e demais assistências imprescindíveis para alcançar as necessidades dos usuários. Por sua vez, no que concerne à média e alta complexidade, citam-se: a devida instalação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, conforme a legislação preconizada, estabelecendo ações intergeracionais entre os níveis de complexidade do SUS, com a operacionalização de um fluxo de referência e contrarreferência que possibilite a integralidade em saúde.

No âmbito da Atenção Básica, Vasconcelos (2013) presume que as demandas referendadas para o trabalho do assistente social estão vinculadas majoritariamente à assistência traduzida na procura dos usuários e das UBS por ações sócio-assistenciais. Conforme os Parâmetros de Atuação elaborados pelo CFESS (2010, p. 40), as demandas são em geral:

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção.

A este respeito, Costa (2009) reitera que o profissional não deve permitir que estas atividades limitem o exercício profissional à mera burocratização, do contrário, a imagem deve estar revestida na instituição como a habilidade articuladora que o assistente social detém, o que presume “estabelecer o elo perdido”, entre os níveis de complexidade e a articulação entre as políticas públicas, o desvelamento da realidade que induz o sujeito a buscar o sistema de saúde, além da demanda aparente, mediante uso da linguagem e do conhecimento que as dimensões da profissão emanam.

No bojo da atuação do assistente social no setor saúde, Costa (2009, p.) atenta para um movimento intitulado “cooperação vertical e horizontal”, em que as demandas postas advêm tanto da esfera institucional, como espontaneamente pelos próprios usuários ou ainda por profissionais, sendo imprescindível o conhecimento sobre a totalidade do sistema de saúde, com vistas a viabilizar o acesso universal ao SUS.

Vasconcelos (2013) acrescenta que no íterim dessas requisições encontram-se também as demandas vinculadas à negligência e violação de direitos, que por vezes exige a articulação com políticas setoriais, integração de ações com os serviços que constituem a rede e com o sistema de proteção social. E acrescenta que as ações preventivas no trabalho do assistente social se associam à “postura individual” (VASCONCELOS, 2013) do profissional e no trabalho em saúde, seja no encaminhamento e orientação, seja nas discussões de temáticas entrelaçadas à prevenção do processo de adoecimento do sujeito.

Todavia, a autora adverte que a prevenção não compreende sozinha o

conceito ampliado de saúde, ao considerar que as ações permanecem centradas na doença, o que não implica aviltar a sua notoriedade ante a perspectiva de integralidade defendida pelo SUS.

No horizonte para além da doença, encontra-se a promoção em saúde que se aproxima dos determinantes sociais, da produção da saúde e do caminho desenhado pela RSB, cuja reforma defendida não era exclusiva do interior da área da saúde, mas perpassava as desigualdades da sociedade brasileira.

Nesse sentido, Vasconcelos (2013) defende que o trabalho do assistente social no âmbito da promoção em saúde deve abranger demandas que extrapolem o universo assistencial/emergencial – predominantes no exercício profissional –, ao entender que as necessidades dos sujeitos possuem uma dimensão maior, o que deve culminar com um processo de ressignificação do trabalho do assistente social na política de saúde.

Não obstante, esse movimento exige que o profissional desenvolva estratégias que possibilitem a direção de enfrentamento aos DSS, frente à racionalidade hegemônica, corroborando para um exercício profissional pautado numa ação planejada, avaliada e racional, para além das demandas postas institucionalmente.

[...] as ações profissionais também podem ultrapassar a abordagem tradicional, das práticas adaptativas dos comportamentos, adotando um caráter político de intervenção na determinação social da saúde, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária, de uma contra-hegemonia. Cumpre destacar que, a despeito de uma concepção que toma a PS como um nível de atenção à saúde, portanto restrito à APS, defendemos que a relevância da adoção do debate promocional pelas/os assistentes sociais não se limita ao espaço dessa rede de atenção, ainda mais considerando que o lugar que o Serviço Social ocupa no SUS é majoritariamente às redes de atenção secundária e terciária. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, apud VASCONCELOS, 2013, 287).

Portanto, o assistente social é dotado de capacidade intelectual e crítico-reflexivo que, alicerçada nas dimensões que constituem a profissão – ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa –, possibilita que o fazer profissional ultrapasse as práticas rotineiras e burocráticas do cotidiano e estimule o desenvolvimento da capacidade política da intervenção, na direção da RSB.

Raichelis (2013) destaca o discurso reiterativo da categoria profissional em referência à demanda recorrente por ações de caráter eminentemente técnico,

como o preenchimento de planilhas, formulários padronizados, cadastro populacional, visitas domiciliares realizadas com fins de vistoria e controle institucional, práticas esvaziadas de reflexão crítica sobre o real vivido e os determinantes macroestruturais que incidem sobre o usuário e a instituição, reduzindo a qualidade da intervenção técnica e, por vezes, esvaziando a ação do caráter intelectual.

Em suas palavras,

[...] trata-se de uma dinâmica institucional que vai transformando insidiosamente a própria natureza da profissão de Serviço Social, sua episteme de profissão de caráter interventivo e relacional, que trabalha com as expressões mais dramáticas da questão social que incidem na vida dos indivíduos e grupos das classes subalternas, fragilizando a ação direta com segmentos populares e o desenvolvimento de trabalho socioeducativo numa perspectiva emancipatória. (RAICHELIS, 2013, p. 625).

Assim, as demandas direcionadas ao Serviço Social se constituem nas mais diversas, o que exige que o profissional detenha uma leitura crítica da realidade para que a atuação e as ações executadas/planejadas não sejam práticas sem conteúdo e culminem numa rotina meramente burocrática.

A educação em saúde também se constitui enquanto competência profissional, o que pressupõe que o assistente social possua conhecimento sobre temáticas entrelaçadas aos determinantes sociais em saúde, tais como sobre o aparato legislativo que assegura os direitos dos usuários. É crucial também apreender o território de vivência dos sujeitos, no sentido de apropriar-se das potencialidades de desenvolvimento, da rede intersetorial, dada a capacidade articuladora do assistente social (COSTA, 2009).

Para Martinelli (2011), o assistente social deve desenvolver um trabalho qualificado constantemente, enquanto um desafio diário ante os impasses da realidade concreta e as intenções da objetivação, direcionado à presteza de viabilização de assistência integral aos usuários que demandam os serviços de saúde. O trabalho que possibilita a construção de uma identidade ao profissional, enviesado por uma postura crítica e ético-política, num movimento que ultrapassa a realidade imbricada na esfera hospitalar, mas que se volta ao lugar de inserção dos sujeitos no meio social, aproximando-se dos núcleos de apoio à família e consequentemente das vulnerabilidades que constituem o seu enredo histórico.

A este respeito:

[...] trata-se de um trabalho que é ético porque se movimenta no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade (MARTINELLI, 2011, p. 501).

Portanto, as considerações tecidas direcionam ao entendimento de que o exercício profissional, em conformidade com a direção do PEPP, possibilita um profissional dotado de competência crítica, intelectual e técnica para uma ação qualificada e complexa, apto a adentrar a teia de interesses contraditórios, para propor, articular e negociar com as instituições empregadoras, os serviços e os profissionais, na defesa intransigente dos direitos dos usuários e corroborar com a ampliação e consolidação da cidadania da classe trabalhadora, como preconizados pelo Código de Ética do Serviço Social (RAICHELIS, 2013).

[...] exige, portanto, um conhecimento mais amplo sobre os processos de trabalho, os meios de que dispõem o profissional para realizar sua atividade, a matéria sobre a qual recai a sua intervenção, e também um conhecimento mais profundo sobre o sujeito vivo responsável por esse trabalho, que é o próprio profissional assistente social. (RAICHELIS, 2013, p. 631).

Nesse sentido, Faermann (2015) ressalta que o chão histórico impele desafios ao trabalho do assistente social, num liame entre as propostas de intervenção calcadas no direcionamento assumido pelo Serviço Social e as propostas firmadas por uma economia racional, movida pela reestruturação produtiva, cujas ações versam sobre o acirramento da desconstrução de direitos da classe trabalhadora, intensificando as expressões da “questão social” que se expressam nas condições de vida do indivíduo e consequentes novas demandas impostas ao exercício profissional.

Deste modo, pode-se vislumbrar como rebatimentos sobre a prática profissional os embates da reatualização do discurso entre a divergência de teoria e prática, na suposição de necessário saber específico, como uma formação em saúde pública. Prática que caminha na direção do projeto privatista e na intensificação de uma intervenção intitulada de Serviço Social Clínico, que intervém sobre as problemáticas subjetivas da vivência do sujeito, num movimento de afastamento do objeto de intervenção do assistente social. Tal como, tem sido evidenciado o discurso da realização de debates e construção de saber

fragmentado sobre a área médica (CFESS, 2010).

Em contraponto às ações desenvolvidas na perspectiva acima, o Serviço Social deve buscar articular-se com movimentos de outras categorias profissionais que se situam em consonância com a luta dos trabalhadores e consequentemente com a defesa do SUS, reafirmando a defesa por um projeto que almeje uma ordem social livre do jugo da exploração de classe, etnia e gênero, conforme estabelecido pelo Código de Ética Profissional.

Assim sendo, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde definem que suas ações devem:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos (CFESS, 2010, p. 30).

Portanto, pode-se afirmar que as ações elencadas caminham numa perspectiva distante de uma intervenção funcionalista e de uma prática individual/biologizante, mas aproximam-se do viés de totalidade do contexto macrossocietário, considerando os determinantes sociais envoltos no processo de saúde doença dos sujeitos. A este respeito,

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política

pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2010, p. 34-35).

Deste modo, diante do intenso processo de mercadorização que assola os serviços de saúde e se instaura em demais setores e políticas sociais, resultam para que sejam eximidas do seu caráter de direito, e adentrando a significação de consumo, numa relação de compra e venda de serviços – direitos – que deveriam ser ofertados pelo Estado (FAERMANN, 2015). É este um cenário que impõe limites e desafios a concretude do trabalho profissional, por vezes, culminando numa “atitude solitária” do assistente social, ante a ausência de uma organização coletiva no espaço de trabalho e as demandas rotineiras, burocráticas e institucionais, firmando uma prática destoante da direção hegemônica do PEPP.

Para tanto, requer que o profissional, dotado de relativa autonomia, instigue a luta coletiva e ao considerar a dimensão objetiva, no sentido de compreender as determinações estruturais que incidem sobre sua prática, mas de apreender o significado do seu processo de trabalho, por meio da dimensão subjetiva, com o intento de conferir direção ético político à sua intervenção, afastando-se de visões unilaterais da dinâmica societária e almejando uma nova sociabilidade.

Feito isto, entende-se que embora o Código de Ética presuma a garantia do pluralismo, devendo existir o respeito às diferentes expressões teóricas no interior da categoria profissional, é necessário lembrar que o assistente social deve se posicionar na defesa da equidade e justiça social, com vislumbre ao acesso universal dos serviços e políticas sociais, na promoção de um envelhecimento com respeito a dignidade humana.

Após a exposição relativa aos idosos e à abordagem geral do trabalho de assistentes sociais junto a este segmento populacional no âmbito da política de saúde, o próximo capítulo particularizará esta discussão a partir de pesquisa bibliográfica empreendida, de modo a definir a instrumentalidade profissional predominante nessa intervenção.

CAPÍTULO 3 – DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA À ANÁLISE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE JUNTO A IDOSOS

Neste capítulo será detalhado o percurso metodológico empreendido na pesquisa integrativa e apresentados os dados da pesquisa, de modo a permitir inferir qual a instrumentalidade predominante no Serviço Social em sua atuação na saúde pública junto aos idosos.

3.1 Tracejando o percurso metodológico da pesquisa bibliográfica do tipo integrativa

A pesquisa pode ser apreendida enquanto uma atividade da ciência inerente ao processo de construção do conhecimento, mediante investigação de um objeto de estudo inserido no real, deste modo, articulam-se neste processo, métodos, conceitos, técnicas e proposições que possibilitam desvendar as nuances que estão envoltas à problemática em estudo (MINAYO, 1994).

As autoras Lima e Miotto (2007) advertem que a produção do conhecimento na sociedade metabólica do capitalismo contemporâneo também é enviesada pela lógica do aligeiramento e do produtivismo, centrando-se em uma nova relação: Universidade-Empresa-Estado, transformando o estatuto da universidade, através da adoção de estratégias de estratégias e programas de eficácia organizacional e analisada pelos índices de produtividade, constituindo o que Chauí (1999) denomina de “Universidade Operacional”.

Ante esta conjuntura, Lima e Miotto (2007, p. 38) sinalizam que frequentemente pesquisadores têm buscado realizar os seus estudos através da pesquisa bibliográfica, o que por vezes dá-se de maneira errônea e inapropriada, reduzida e/ou confundida com revisão bibliográfica, todavia, esta última consiste em uma fase necessária à elaboração de toda pesquisa. Assim, as autoras entendem que “[...] a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório”.

Nesse sentido, reitera-se a necessidade de o pesquisador deter conhecimento e clareza sobre os métodos e os procedimentos metodológicos que

constituirão o processo de pesquisa para que seja possível evitar erros e reafirmar o compromisso e a fidelidade ao objeto de estudo no decorrer da investigação e análise (idem).

Por metodologia entende-se o “[...] caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Assim, “[...] Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 1994, p. 16).

A primeira fase dos procedimentos metodológicos consiste na definição do método científico, entendendo-o “[...] como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (GIL, 2008, p. 8). Deste modo, esse estudo recorreu ao método histórico-dialético, dada sua compreensão de complementariedade na relação entre sujeito e objeto, inserindo-o no seio das determinações históricas e conceituais.

Conforme Lima e Mioto (2007, p. 39), o método histórico-dialético permite que,

[...] o pesquisador a trabalhar sempre considerando a contradição e o conflito; o ‘devir’; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários; além de apreender, em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo.

Acrescenta-se que a compreensão dialética da totalidade rompe com o sentido independente de mundo, constituindo-se em um conjunto articulado e conexo de partes em constante interação entre si, mas em que o todo não pode estar acima das partes, deve-se buscar entender o fenômeno a partir das múltiplas causalidades que o envolvem e estabelecer as mediações que constituem sua essência (KOSIK, 1976).

Nesse sentido, o método dialético possibilita uma revisão e reflexão na totalidade do objeto, inserindo-o no bojo das contradições que o entrelaçam, com o intuito de alcançar a essência dos fenômenos que constituem.

Em conformidade com Lima e Mioto (2007, p. 40) “[...] trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo na análise também as representações ideológicas, ou teóricas construídas sobre o objeto em questão”.

Para apreender o objeto de pesquisa à luz da totalidade, historicidade e mediação, quanto aos objetivos, esta **pesquisa é do tipo exploratória**, cujo intuito

é promover uma concepção ampliada sobre uma realidade específica, através da revisão e elaboração de conceitos e pressupostos (GIL, 2008). Por sua vez, quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de uma **pesquisa bibliográfica sistemática do tipo integrativa**, a partir da qual, Gil (1994 apud LIMA; MIOTO, p. 40) sinaliza as possibilidades de alcançar informações pelo uso de dados contidos nas publicações e definição do quadro de conceitos que estão imbricados ao objeto em investigação, o que exige do pesquisador constante vigilância epistemológica.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, a principal técnica que subsidiou a investigação foi a leitura, uma vez que seu uso permite vislumbrar as informações e dados presentes no material selecionado e as conexões que os perpassam (LIMA; MIOTO, 2007).

As autoras supracitadas, em consonância com Salvador (1986), atentam para a necessidade de realizar leituras sucessivas do material para alcançar os objetivos propostos em cada etapa do processo de pesquisa:

- a) Leitura de reconhecimento do material bibliográfico – consiste em uma leitura rápida que objetiva localizar e selecionar o material que pode apresentar informações e/ou dados referentes ao tema. Momento de incursão em bibliotecas e bases de dados computadorizadas para a localização de obras relacionadas ao tema.
- b) Leitura exploratória – também se constitui em uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo; requer conhecimento sobre o tema, domínio da terminologia e habilidade no manuseio das publicações científicas. Momento de leitura dos sumários e de manuseio das obras, para comprovar de fato a existência das informações que respondem aos objetivos propostos.
- c) Leitura seletiva – procura determinar o material que de fato interessa, relacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa. Momento de seleção das informações e/ou dados pertinentes e relevantes, quando são identificadas e descartadas as informações e/ou dados secundários.
- d) Leitura reflexiva ou crítica – estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações ali contidas. É realizada nos textos escolhidos como definitivos e busca responder aos objetivos da pesquisa. Momento de compreensão das afirmações do autor e do porquê dessas afirmações.
- e) Leitura interpretativa – é o momento mais complexo e tem por objetivo relacionar as idéias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. Implica na interpretação das idéias do autor, acompanhada de uma interrelação destas com o propósito do pesquisador. Requer um exercício de associação de idéias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar (idem, p. 41).

Deste modo, na pesquisa bibliográfica é frequente a utilização da revisão da literatura que pode ser realizada de maneiras distintas, perpassando pelas técnicas de revisão bibliográfica tradicional (narrativa) ou por técnicas e métodos mais rigorosos, no bojo dessa constatação situa-se a revisão sistemática.

Greenhalgh (1997, p. 672 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 123) compreende a revisão bibliográfica sistemática “[...] como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível”.

Trata-se de uma abordagem dotada de etapas pré-definidas, com metodologia específica e com técnicas padronizadas que permitem apreender as contradições envolvidas ao objeto e culminando na produção de conhecimento (idem). Neste âmbito, a revisão sistêmica se subdivide em quatro métodos: meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa, conforme pode ser observado na figura abaixo:



Figura 3: Tipos de Revisão de Literatura
Fonte: Botelho; Cunha; Macedo (2011, p.125)

Para fins deste estudo, faz-se uso da revisão sistêmica, pois, conforme Castros (2006 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011), essa abordagem possibilita alcançar respostas para uma pergunta específica, através de métodos explícitos e sistemáticos e permitem, além de identificar e selecionar os dados para inclusão, analisá-los à luz da criticidade.

Botelho, Cunha e Macedo (2011) ao referenciar Whitemore e Knafl (2005) indicam a existência de quatro tipos de métodos que podem subsidiar a realização de uma revisão bibliográfica sistemática, quais sejam: meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa. Deste modo, o estudo proposto centra-se neste último, por ser um método específico que permite apreender a literatura já construída sobre uma temática determinada, mediante a publicação de pesquisas anteriores e possibilitam subsídios para construção e elaboração de novos conhecimentos, por esta razão considera-se o mais adequado para aplicação neste estudo, permitindo compreender a produção do conhecimento científico existente sobre o objeto de estudo em investigação.

Para tanto, o método da revisão integrativa é constituído de etapas definidas e claras, como indicado na figura a seguir:

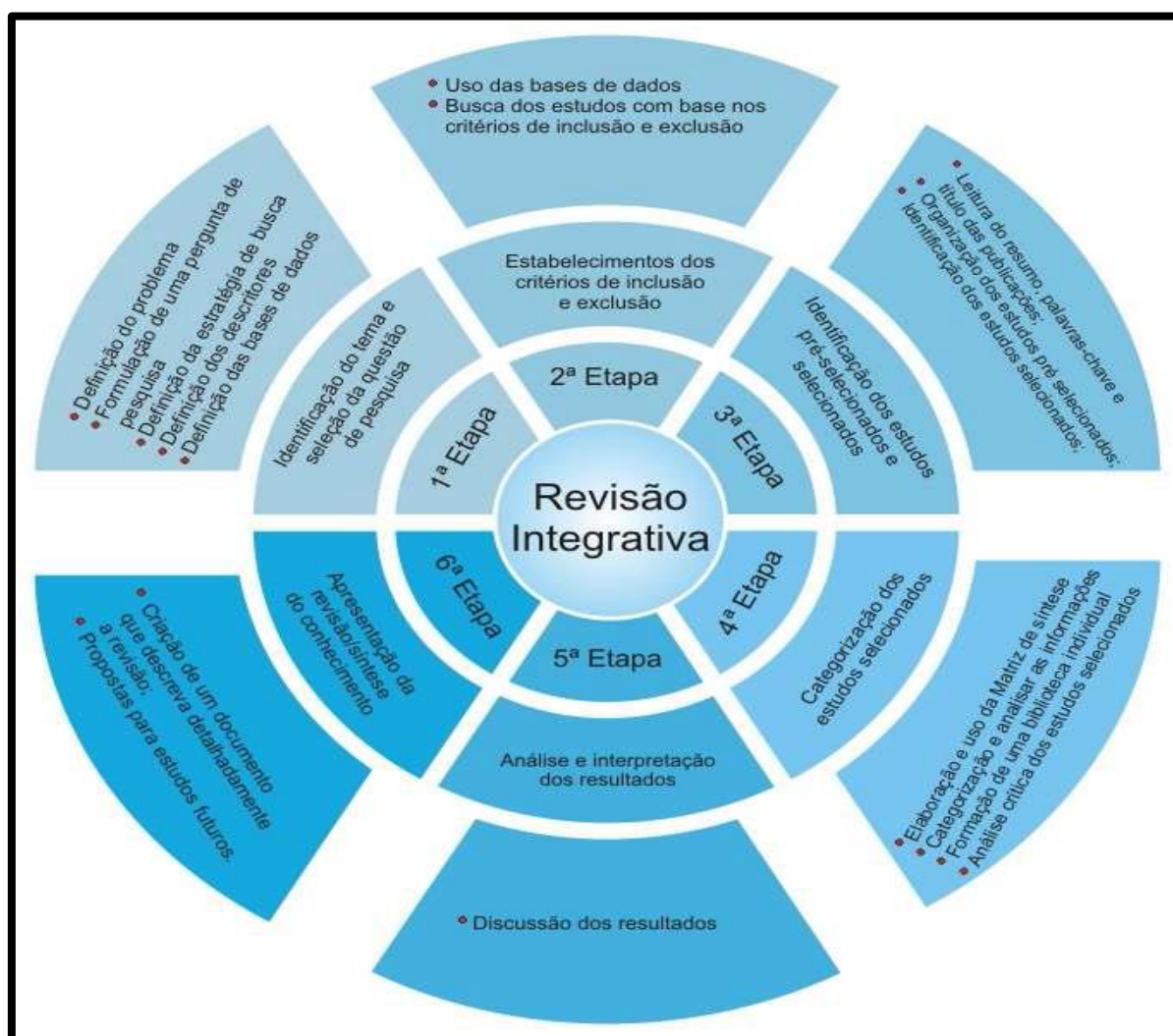


Figura 4: Processo de Revisão Integrativa
Fonte: Botelho; Cunha; Macedo (2011, p.129)

Neste sentido, segue o detalhamento sequencial de cada uma das etapas supracitadas neste estudo:

1ª. Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa – consiste nas definições compreendidas inicialmente pelo sujeito em relação ao objeto, através da elaboração de uma pergunta de pesquisa. Neste estudo, tomou-se como problema de pesquisa: qual a instrumentalidade do assistente social no trabalho em saúde com os idosos? E como questão complementar: a instrumentalidade predominante no trabalho do assistente social em saúde junto a idosos é compatível com as propostas do PEPP?

Feito isto, o passo sequencial foi definir os descritores ou as palavras-chaves dos bancos de dados e da estratégia de busca, esta última consiste numa “[...] técnica ou um conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada em uma base de dados” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Nesse sentido, optou-se em utilizar na coleta de dados, os critérios estabelecidos por Lima e Mioto (2007), a saber:

a) o parâmetro temático – as obras relacionadas ao objeto de estudo com temas relacionados à prática profissional do assistente social junto aos idosos nos serviços de saúde pública.

b) o parâmetro linguístico – foram obras publicadas no idioma português.

c) as fontes consultadas – Em relação às “principais fontes”, a pesquisa bibliográfica tomou por base os trabalhos do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) de 2016 e 2018, e do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 2013 e 2016, além dos artigos de dois dos principais periódicos A1 da área de Serviço Social: Revista Katálisis (UFSC) e Serviço Social & Sociedade.

A escolha pelo Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais deu-se porque representa o maior evento científico da categoria profissional, realizado pelas entidades representativas da profissão, o conjunto CFESS-CRESS (Conselho Federal de Serviço Social – Conselho Regional de Serviço Social do Distrito Federal) e ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) – ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social).

O CBAS é um espaço que promove a reflexão sobre os velhos e novos desafios que se forjam no contexto sócio-histórico ao permitir qualificar espaços de

debate, atualização profissional e organização política. Outrossim, é um encontro que oportuniza a socialização da produção do conhecimento científico do Serviço Social, no que concerne às pesquisas elaboradas no processo formativo da graduação e pós-graduação e das experiências profissionais que se forjam no cotidiano da atuação profissional, aproximando os debates acadêmico e profissional.

O 14º CBAS, cujo tema central foi “Impactos da Crise do Capital nas políticas sociais e no trabalho do/a assistente social”, aconteceu no período de 14 a 18 de outubro de 2013, em Águas de Lindóia, São Paulo. O 15º CBAS possuiu como tema: “80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão”, realizado em Olinda (PE), entre 5 e 9 de setembro de 2016.

O Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) consiste em um relevante evento de pesquisadoras/es de Serviço Social, enquanto espaço que reúne assistentes sociais, professoras/es, pesquisadoras/es, estudantes, militantes com o intento de fortalecer o debate intelectual e político da categoria, auxiliar no processo de formação continuada e em sua produção científica e técnica.

O XV ENPESS teve como tema: “20 anos de diretrizes curriculares, 70 de ABEPSS e 80 de Serviço Social no Brasil. Formação e Trabalho profissional – reafirmando as diretrizes curriculares da ABEPSS”, e foi realizado entre 04 a 09 de dezembro de 2016, em Ribeirão Preto (SP), buscando refletir sobre o processo de formação profissional ante o processo de mercantilização do ensino, com o intuito de reafirmar a direção assumida com o Projeto Ético Político Profissional. O XVI ENPESS teve como tema: “Em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e Serviço Social”, e ocorreu entre 02 a 07 de dezembro de 2018, em Vitória (ES).

A Revista Serviço Social & Sociedade foi criada em 1979 e “[...] é o único periódico latino-americano que chega ao número 100 com um fluxo regular de publicação há trinta anos” e com “classificação recente no estrato A1 nos periódicos Qualis System da Capes / MEC” (SILVA E SILVA, 2009, p. 601), possuindo a finalidade de conhecer a produção acadêmica e profissional de assistentes sociais e pesquisadores, bem como contribuir para o debate e aprofundamento crítico e analítico da teoria social, com ênfase em temas relacionados à realidade brasileira e latino-americana.

Destarte, Serviço Social & Sociedade é a primeira revista a adquirir circulação nacional e se tornar referência entre os pesquisadores, profissionais, professores e estudantes da área que se dedicam ao debate sobre as questões pertinentes ao Serviço Social em âmbito nacional e internacional.

A Revista Katálýsis, criada em 1997, com periodicidade quadrimestral, Qualis/Capes A-1, é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e ao de Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, dedicando-se à publicação de artigos científicos sobre assuntos originais em temáticas atuais e pertinentes ao Serviço Social e áreas afins, dentro da relevância no contexto social nos dias hodiernos.

As bases de dados utilizadas para análise e seleção dos trabalhos do ENPESS e do CBAS foram os anais destes encontros, para o que se utilizou os CDs-Rom que continham os artigos em comunicação oral para análise. Já em relação aos periódicos Serviço Social & Sociedade e Katálýsis, as bases de dados consultadas foram os sites das respectivas revistas onde estão expostos seus volumes.

d) o parâmetro cronológico de publicação – a seleção das obras que constituíam o universo de pesquisa foram as relativas ao período de 2013 a 2018.

Para tanto, definiu-se como categorias e conceitos ou descritores a serem utilizados no processo de pesquisa: idosos; velhice; velho; envelhecimento.

2ª. Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão – Nesta fase do processo de pesquisa, dedicou-se ao início do uso dos dados contidos nos Anais do 14º e 15º CBAS e ENPESS, através do CD-ROM e a consulta aos sites dos periódicos da Serviço Social & Sociedade e Katálýsis, a fim de identificar os artigos alinhados ao objeto de estudo em referência, com base nos critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram critérios de inclusão as obras que versavam sobre o trabalho do assistente social na saúde junto a idosos, excluindo-se os trabalhos realizados em outras políticas sociais públicas e/ou que não se voltavam para a assistência aos idosos.

A pesquisa deteve como universo o quantitativo de 1.031 (um mil e trinta e um) artigos publicados nos Anais do ENPESS 2016, 1.153 (um mil cento e cinquenta e três) estudos do ENPESS 2018; quanto ao CBAS (2013), houve 959 (novecentos e cinquenta e nove) trabalhos na modalidade oral e em 2016 foram 1425 (um mil quatrocentos e vinte e cinco) trabalhos; na Revista Katálýsis foram

181 (cento e oitenta e um) artigos científicos e 168 (cento e sessenta e oito) na Revista Serviço Social & Sociedade.

3ª. Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados – Nesta etapa da pesquisa, dedicou-se à leitura crítica dos títulos, dos resumos e das palavras-chave de 31 artigos do ENPESS 2016 e 35 do ENPESS 2018, 45 do CBAS 2016 e 61 do CBAS 2018, 2 da Revista Katálysis e 5 da Revista Serviço Social & Sociedade, considerados como possíveis trabalhos alinhados ao objeto de estudo. Após análise da leitura completa destes artigos pré-selecionados ao versarem sobre temáticas atrelados ao idoso/velhice/envelhecimento, observou-se que 14 obras se atrelavam especificamente ao exercício do assistente social na área da saúde junto ao idoso, os quais foram inclusos para a revisão integrativa, seguindo-se da leitura integral do material para sequencialmente dedicar-se à análise dos dados através da matriz de síntese.

4ª. Etapa: Categorização dos estudos selecionados – Nesta etapa objetivou-se sumarizar e documentar as informações selecionadas no material incluso ao estudo. Para tanto, utilizou-se a matriz-síntese ou matriz de análise, como indicado por Botelho, Cunha e Macedo (2011), pois esta ferramenta possibilita retirar e organizar os dados durante a revisão da literatura

[...] Em suma, a matriz deve conter informações sobre aspectos da investigação e permitir que o pesquisador tenha uma visão geral de dados relacionados a um desempenho de certos pontos. A matriz serve de ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa para os pesquisadores. (KLOPPER; LUBBE; RUGBEER, 2007 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 131).

Feito isto, recorreu-se à Lima e Miotto (2007) para a elaboração do instrumento denominado “roteiro de leitura”, cuja finalidade consiste em possibilitar ao pesquisador filtrar das obras selecionadas, os temas, conceitos e as principais ponderações sobre objeto investigado, acrescenta-se que este procedimento minucioso de ser realizado em cada obra, mediante a leitura para o levantamento dos dados, a partir de três campos de estudos, citam-se: identificação da obra; caracterização da Obra e contribuições da obra para o estudo. Este roteiro foi elaborado a partir de um “roteiro padrão” construído coletivamente no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social, em 2017, sob coordenação e

orientação das docentes Ana Paula Rocha de Sales Miranda e Patrícia Barreto Cavalcanti.

5ª. Etapa: Análise e interpretação dos resultados – consiste no momento em que ocorre a realização da discussão, interpretação e análise dos textos incorporados à revisão integrativa. Desta feita, a partir do preenchimento do roteiro de leitura, ocorreu a análise e interpretação dos artigos selecionados, mediante as especificidades observadas e tecidas pelos autores em relação ao objeto e objetivos do estudo em que se funda esta pesquisa.

É válido destacar que, alguns gráficos apresentados no decurso deste trabalho possuem percentual superior a 100% (cem por cento), os números justificam-se em razão de que durante análise das produções científicas investigadas, observou-se a presença de duas categorias, conceitos, incidências preponderantes para caracterização e categorização da obra, não podendo ser dissociada e/ou excluída da análise.

6ª. Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento – refere-se à construção do documento que irá expor detalhadamente as fases e os resultados decorrentes do processo de pesquisa. Reitera-se, que a Revisão Integrativa possui relevância em possibilitar maior aproximação do sujeito com o objeto investigado, ante o acesso e a análise da produção do conhecimento ora existente.

Destarte, os resultados obtidos durante as etapas anteriormente descritas serão detalhados e discutidos na próxima sessão.

3.2 Síntese e análise do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos: o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (2016 e 2018)

Neste trabalho, toma-se por suposto que a pesquisa é um elemento ineliminável da construção do conhecimento durante todo o exercício do assistente social. Portanto, da mesma forma que Iamamoto (1999, p. 56), reconhece-se a pesquisa,

[...] como uma dimensão integrante do exercício profissional dos assistentes sociais, como “uma condição para se formular” respostas capazes de impulsionar a elaboração de propostas

profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional.

Detendo-se especialmente sob a produção do conhecimento no interior do Serviço Social, ressalta-se a necessidade de afirmar o compromisso com os princípios ético-políticos da profissão. A este respeito,

Parto do pressuposto de que a ética profissional é uma expressão do projeto ético-político e que no CE encontram-se sistematizados os valores, princípios e a concepção ética que orientam o trabalho cotidiano dos assistentes sociais em suas diversas esferas e formas de intervenção, entre elas a da pesquisa. (BARROCO, 2009, p. 131).

Enfatiza-se que o trabalho e, por conseguinte, a pesquisa (que pode orientá-lo) pode estar direcionada em perspectivas diferentes, pois os assistentes sociais, enquanto categoria profissional heterogênea, apresentam posicionamentos distintos, e, embora a categoria profissional esteja formalmente entrelaçada à defesa de uma sociedade emancipada e aos interesses da classe trabalhadora, há ainda uma parcela que conscientemente ou não age em defesa dos interesses capitalistas, ao tomar como referência o conservadorismo que é marca histórica na profissão e que permeia concepções filosóficas e teóricas da profissão.

Em relação ao exercício da pesquisa e da produção do conhecimento, é necessário ressaltar o papel fundamental que o surgimento das pós-graduações produziu, uma vez que possibilitou à profissão seu próprio espaço de investigação, investindo em desenvolvimento teórico, fazendo com que o Serviço Social dialogue com outras áreas do conhecimento, possibilitando a aproximação da profissão em relação à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e entre outros órgãos que incentivam a produção do conhecimento em âmbito nacional.

Simionatto (2005) destaca dois acontecimentos importantes para o novo cenário no qual a produção do conhecimento desenvolve-se no Serviço Social: a Reforma Curricular de 1982, na qual a pesquisa é incorporada à formação profissional como uma exigência; e a fundação do Centro de Documentação em Pesquisa e Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS), em 1987. Posteriormente, nos anos 1990, o Serviço Social insere-se nas discussões acerca

da crise de paradigmas, do socialismo real, no embate entre modernidade e pós-modernidade. Nesse momento há uma expansão das áreas de pesquisa na profissão, ampliando os eixos temáticos, abordando os principais temas que entrelaçam o Serviço Social e a conjuntura brasileira e mundial, como:

A reestruturação produtiva e as transformações no mundo do trabalho, as novas configurações do Estado e da Sociedade Civil, processos de trabalho e Serviço Social, temáticas resultantes das Diretrizes Curriculares aprovadas em 1996, o aprofundamento de investigações sobre as políticas sociais no eixo da seguridade, especialmente as de saúde e assistência, a retomada da pesquisa sobre a previdência social e o retrocesso dos direitos sociais, agravados pelo desmonte da esfera pública e ainda questões como defesa dos direitos humanos, violência, cidadania, cultura, gênero, identidade e práticas sociais, com destaque para produções relativas às formas participativas de controle social, à questão agrária e à questão urbana, ao crescimento da pobreza, à crise dos padrões de proteção social, aos novos eixos das políticas sociais públicas e privadas. (SIMIONATTO, 2005, p. 56-57).

A ampliação das áreas temáticas sobre as quais a profissão se debruça hoje, permite afirmar que há uma apreensão maior do Serviço Social sobre as diferentes expressões da “questão social”, não se limitando às demandas postas, buscando a partir de uma dimensão crítica, compreender aspectos estruturais do desenvolvimento do modo de produção capitalista, do Estado, da Sociedade Civil e de todos os aspectos que entrelaçam estas dimensões.

Adentrando especificamente as especificidades dos artigos analisados no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) para este estudo, identificou-se no que concerne à vinculação do exercício profissional, que os autores estão vinculados eminentemente a instituições públicas, seja no âmbito da formação (50%), seja no âmbito interventivo (19,5%). Este fato expresso no gráfico caminha de encontro às constatações de Iamamoto (2014), ao reiterar que o Estado consiste no maior empregador dos profissionais de Serviço Social, requisitado a atuar junto às políticas públicas, tornando-se o grande espaço de atuação dos assistentes sociais.

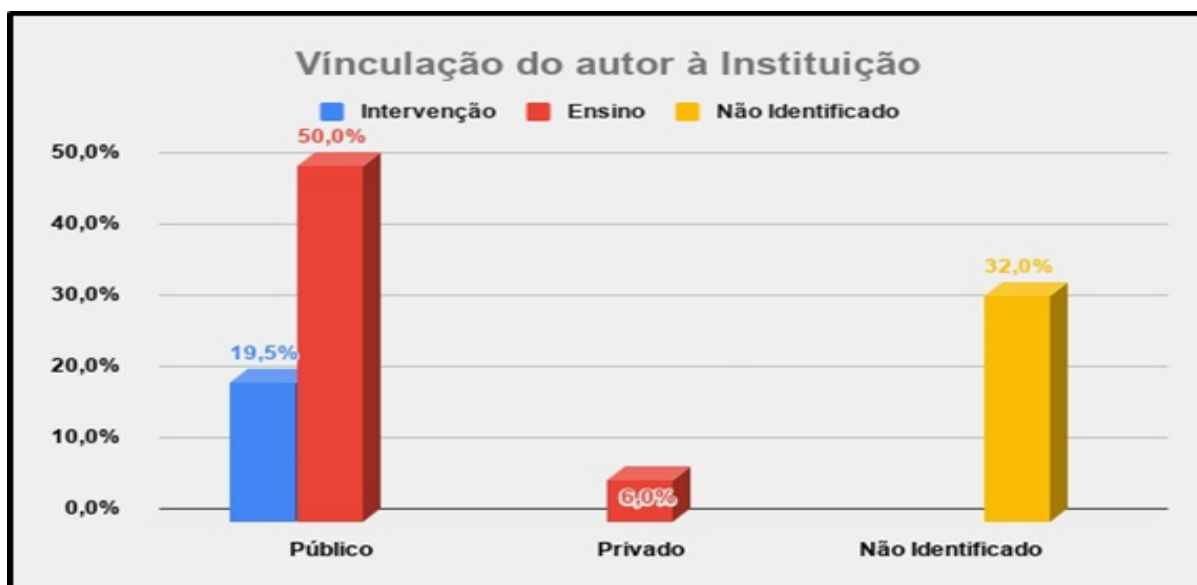


Gráfico 2: Vínculação do autor à Instituição (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Iamamoto (2014) sinaliza que o Serviço Social não deve ser confundido com a política pública em que atua, nem tão pouco com a assistência social, ainda que se vislumbre as raízes históricas que os unem, a natureza e significado social da profissão não deve centrar-se nessa visão reducionista e errônea, visto que o Serviço Social emerge enquanto necessidade do capital e do Estado para atenuar as condições de vida e existência da classe que sobrevive do trabalho mediante políticas públicas.

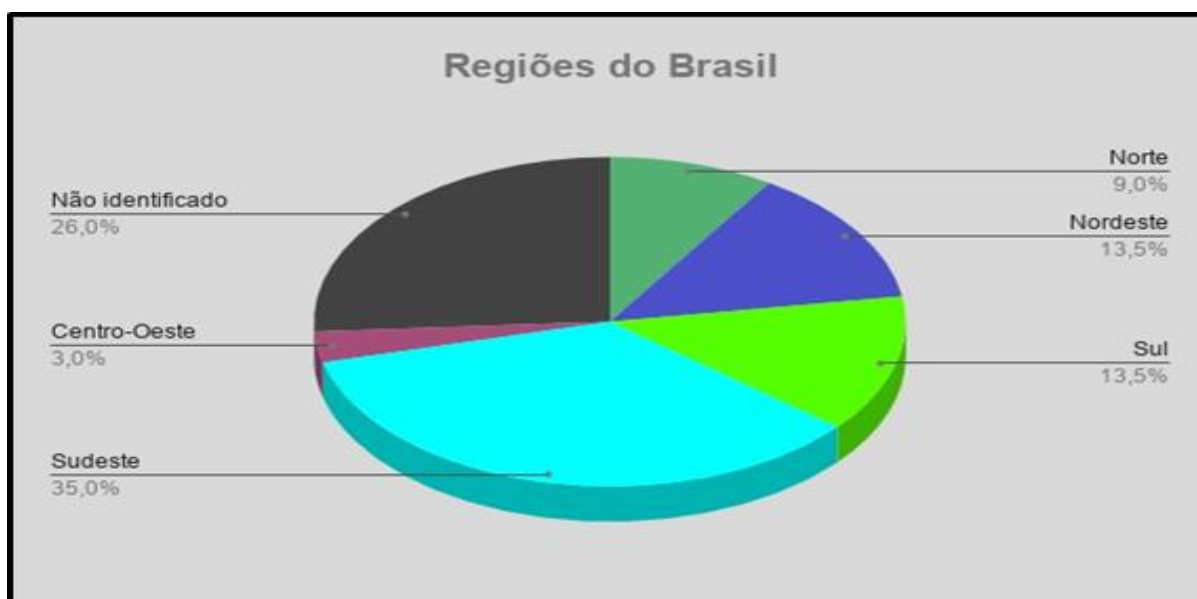


Gráfico 3: Regiões do Brasil (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

No que concerne à região a que pertenciam os trabalhos analisados, pode-

se identificar através do gráfico acima, que a região do país que apresentou o maior quantitativo de produções foi a Sudeste com 35% e, em seguida, respectivamente Sul e Nordeste, ambas com 13,5% dos artigos científicos, sequencialmente estavam o Norte com 9% e o Centro-Oeste com 3%.

Quanto ao dado “não identificado”, ele correspondeu às produções contidas nos anais do XVI ENPESS de 2016 onde que esta informação não foi registrada no corpo do texto.

Ante os 66 (sessenta e seis) artigos que se detinham sobre temáticas articuladas a idoso/idosos, velho/velhice, envelhecimento e terceira idade, apenas 3% encontravam-se intimamente vinculadas ao exercício do assistente social na saúde junto aos idosos, já 15% apresentavam reflexões sobre temáticas no âmbito da saúde direcionadas ao segmento idoso, mas sem referência ao trabalho do assistente social. Por fim, 82% das produções científicas não atrelavam saúde-idoso-trabalho do assistente social, mas versavam sobre discussões afins envoltas ao envelhecimento, conforme pode ser vislumbrado no gráfico 4 abaixo:

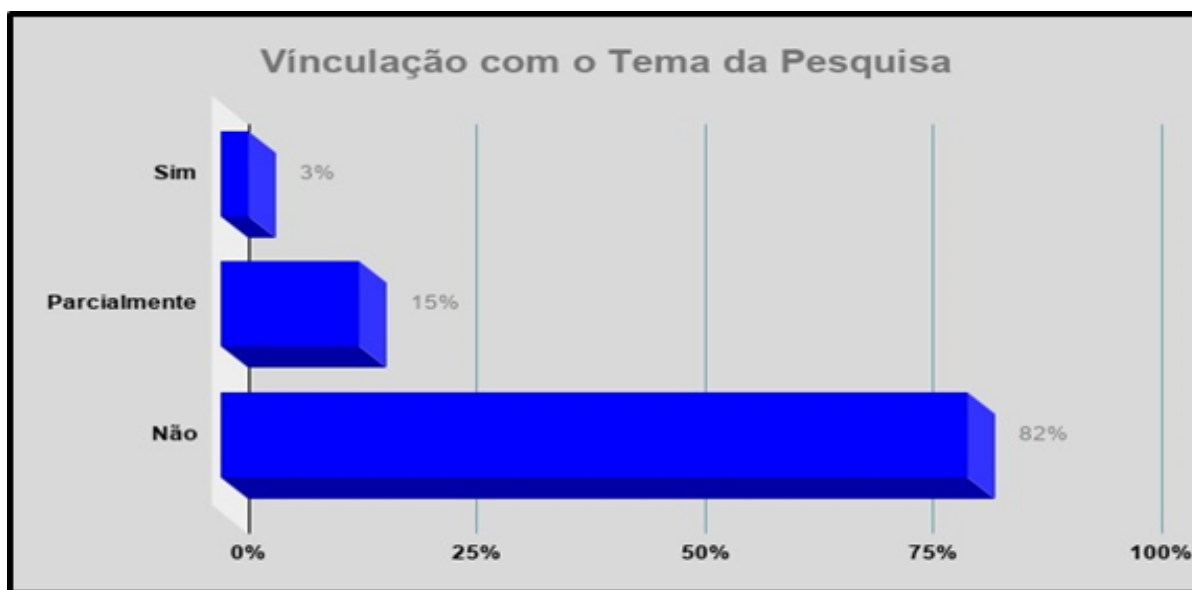


Gráfico 4: Vinculação com o tema da pesquisa (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Por conseguinte, é pertinente observar a teoria em que se fundavam os trabalhos, no intuito de vislumbrar as direções analíticas que embasaram o processo de pesquisa dos autores, ao passo em que revelam a óptica de análise sobre a realidade investigada.

Dito isto, toma-se como pensamento as ideias elaboradas por Netto (2009,

p. 673) para quem a teoria consiste numa forma de conhecimento que revela a “[...] reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa”, esquivando-se do reducionismo da visão de um conjunto de conhecimentos desenvolvidos em perspectiva abstrata pelo saber científico.

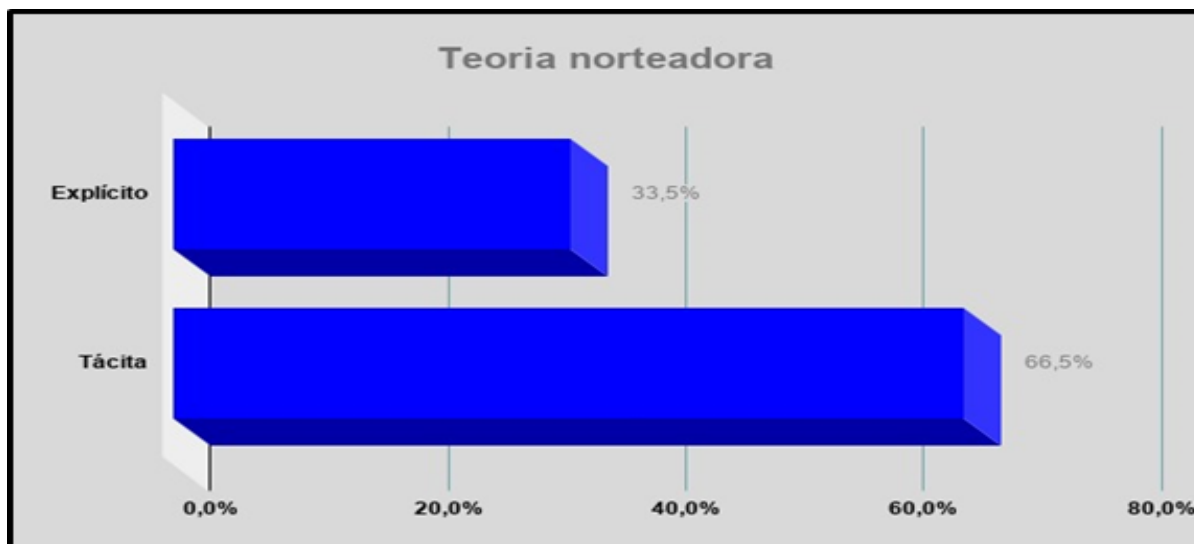


Gráfico 5: Teoria norteadora (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

O gráfico 5 evidencia que apenas 33,5% dos artigos possuem expressos no corpo do texto a teoria que fundamentava os seus estudos. Destes, número expressivo fazia referência à teoria social crítica.

Como explicita Fernandes (2016), a teoria social crítica possibilita a apreensão do objeto investigado em sua essência, o que requer mencionar as contradições, os nexos, as mediações que o envolvem e o conformam no bojo da sociedade e das relações imediatas e mediatas. Deste modo, a teoria que se funda nesta perspectiva de análise permite inserir e analisar o objeto a partir do real sócio-histórico.

Ante esta compreensão, a totalidade é categoria preponderante para apreender os fenômenos além do que está aparentemente posto, embasado na relação de unidade e conexão mútua entre os determinantes do real, num movimento que entrelaça o singular-universal e particular, a tríade de um processo que caracteriza a totalidade.

O singular, o imediatamente posto, contém o todo na sua riqueza (a universalidade do processo), com suas múltiplas particularidades e mediações, mesmo que não o revele de imediato. Sendo assim,

revela-se sempre, imediatamente, ainda que seja rico em determinações. Os indivíduos, seres sociais humano-genéricos, produtos sociais de uma construção histórico-social, são seres que trazem na sua constituição o legado humano, a construção histórica humana, ainda que sob condições particulares. (SILVA, 2013, p. 75).

A teoria social crítica marxiana que representa a hegemonia formal na direção teórico-metodológica do Serviço Social brasileiro, funda-se na ontologia do ser social, enquanto processo histórico, o que implica inserir o ser social nos marcos da sociabilidade capitalista, para tanto, compreender o real exige o rigor da indissociabilidade entre o conhecimento e a história, uma mediação que permite caminhar em busca da totalidade. Ademais, a obra marxiana sinaliza como raiz da alienação, a defasagem entre o crescimento humano genérico e o dos indivíduos sociais, tal compreensão deriva da análise que se apoia na teoria do valor trabalho e concebe o homem como ser prático social, mediante a perspectiva crítico revolucionário (IAMAMOTO, 2014).

Para Silva (2013, p. 75),

[...] o ponto de vista da totalidade exige que o método seja apropriado com base em outros dois aspectos inseparáveis entre si: a teoria do valor-trabalho e a perspectiva da ruptura da ordem burguesa em curso (a revolução como possibilidade histórica concreta). Sem isso a teoria social de Marx perde-se por completo.

Acrescenta-se que, ao voltar-se sobre o enfoque metodológico, os números indicam que o mesmo quantitativo de autores que sinalizaram a teoria norteadora, também o fizeram com o método aplicado (33,5% explicitamente e 66,5% implicitamente).

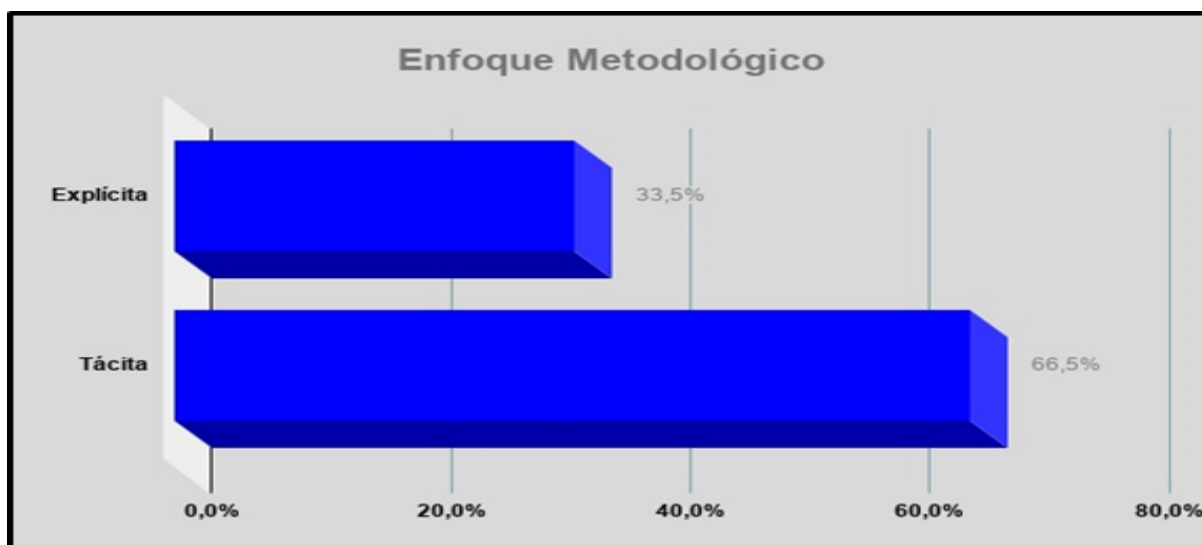


Gráfico 6: Enfoque metodológico (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Conforme explicita Netto (2009), o método está para além do conjunto de procedimentos a serem aplicados ante o objeto de estudo, mas representa um movimento contínuo que sinaliza a direção para apreensão do objeto em suas múltiplas determinações. Assim sendo, o método dialético constitui relação de interação entre as partes do todo, que se cria e recia no movimento de apreensão da totalidade social (KOSIK, 1976).

Destarte, no âmbito do processo de construção do conhecimento, a pesquisa é instrumento ineliminável da ciência no movimento de investigação do objeto em análise e apreensão do desvelamento do real. Conforme sinaliza o gráfico 7, 54,5% dos artigos analisados se referiam à pesquisa bibliográfica, 36,5% à pesquisa de campo, 4,5% à pesquisa documental, 3,0% a relato de experiência e 1,5% a estudos de caso.



Gráfico 7: Tipo de pesquisa/Estudo (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

A pesquisa bibliográfica é elaborada mediante a produção do conhecimento existente, em geral, as fontes se materializam em livros, artigos científicos, teses e dissertações. Neste âmbito, pode-se indicar como benefício de um estudo desta natureza a possibilidade de introduzir e desenvolver uma determinada temática numa perspectiva ampla (GIL, 2008). Tipologia semelhante é a da pesquisa documental, na qual os passos no processo investigativo são definidos da mesma forma, cujo diferencial reside nas fontes que versam sobre documentos e

legislações (idem).

A respeito desta análise, atenta-se ao número expressivo de estudos voltados à pesquisa de campo, ao considerar que esta tipologia permite estabelecer maior proximidade com a realidade *in loco* em que se insere o objeto de estudo, detendo-se sobre a prática profissional e as determinações que constituem o contexto dos sujeitos.

O estudo de caso implica maior dispêndio e aprofundamento sobre um único objeto a fim de obter a compreensão detalhada. Conforme Yin (2005, p. 32 apud GIL, 2008, p. 58), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.

Por fim, o relato de experiência expressa a manifestação da pesquisa do assistente social sobre o seu processo de trabalho, que possibilita as bases para reflexão da prática profissional e mediação entre a intencionalidade do agir e a objetivação do trabalho.

No cerne do debate sobre o trabalho do assistente social na saúde, deve-se atentar para a estruturação do sistema de saúde que se organiza hierarquicamente em níveis de complexidade, de encontro ao atendimento das necessidades em saúde do sujeito, o que demanda formas de intervenção e tecnologias distintas. Não obstante, as ações governamentais elaboradas no âmbito do processo de saúde-doença são permeadas pelos interesses do capital, em prol de transformar direitos sociais em serviço a serem adquiridos via esfera mercadológica.

Na atenção básica estão presentes as ações em nível preventivo e utiliza-se de procedimentos que demandam menor tecnologia. Do contrário, a atenção de média complexidade possui os serviços ambulatoriais especializados, e na atenção de alta complexidade situam-se os hospitais, esta última envolve o uso mais avançado e complexo de tecnologias para atendimento das necessidades em saúde, ante as doenças graves que constituem o cotidiano dos usuários (SILVA, 2016).

Observa-se no gráfico 8 a seguir que, dentre as produções analisadas, 9% dos artigos voltavam-se para os serviços de média complexidade, 1,5% para a alta complexidade e 3% para a atenção básica, cuja prevalência também pode ser explicada pela maior presença de assistentes sociais na alta complexidade.

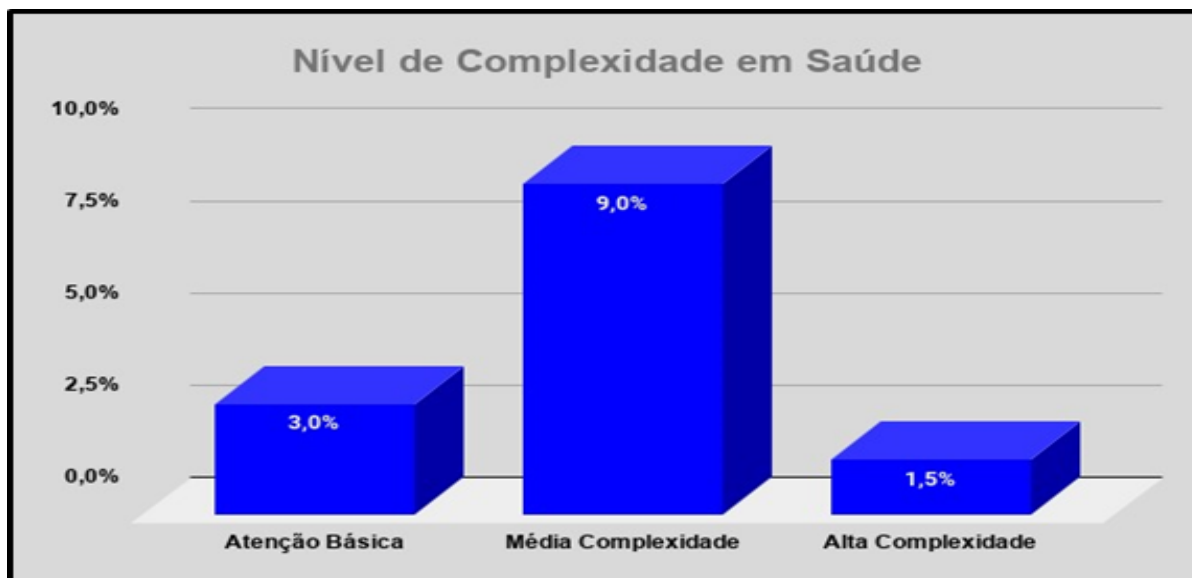


Gráfico 8: Nível de complexidade em saúde (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Os hospitais se configuram enquanto espaços tradicionais de ocupação do assistente social, ante a centralidade que o hospital possui no SUS, resultando na prevalência do modelo hospitalocêntrico na sociedade brasileira, corroborando para que as ações enfatizem as práticas curativas em detrimento das práticas preventivas desenvolvidas no nível da atenção básica (MATOS, 2013; BRAVO, 2013 apud SILVA, 2016).

Para Mattos (2013, p. 45, apud SILVA, 2016, p. 101).

[...] dentro do modo de produção capitalista, o hospital passa a ser visto também como local de venda de serviços. A prática da medicina liberal “transforma de vez a atenção à saúde como uma prática de venda de serviços e fragmenta o exercício profissional, ao mesmo tempo em que institui uma gerência de controle da força de trabalho.

No que concerne à incidência de temáticas no âmago das discussões que se entrelaçam ao envelhecimento, identificou-se a multiplicidade de objetos de estudo, conforme explícito no gráfico 9, as que expressaram maior número foram os trabalhos vinculados aos direitos sociais e à cidadania (72,5%), Proteção Social (29%), Envelhecimento (24%), Família e Estatuto do Idoso (16,5%), Política Nacional da Idosa (15%) e Cuidador (12%). Em menor incidência, estão Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa e Violência (9%), Terceira Idade (7,5%), Aposentadoria, Cuidados, Dependência (6%), Gênero e Instituições de Longa Permanência (3%), Deficiência e Negligência (1,5%).

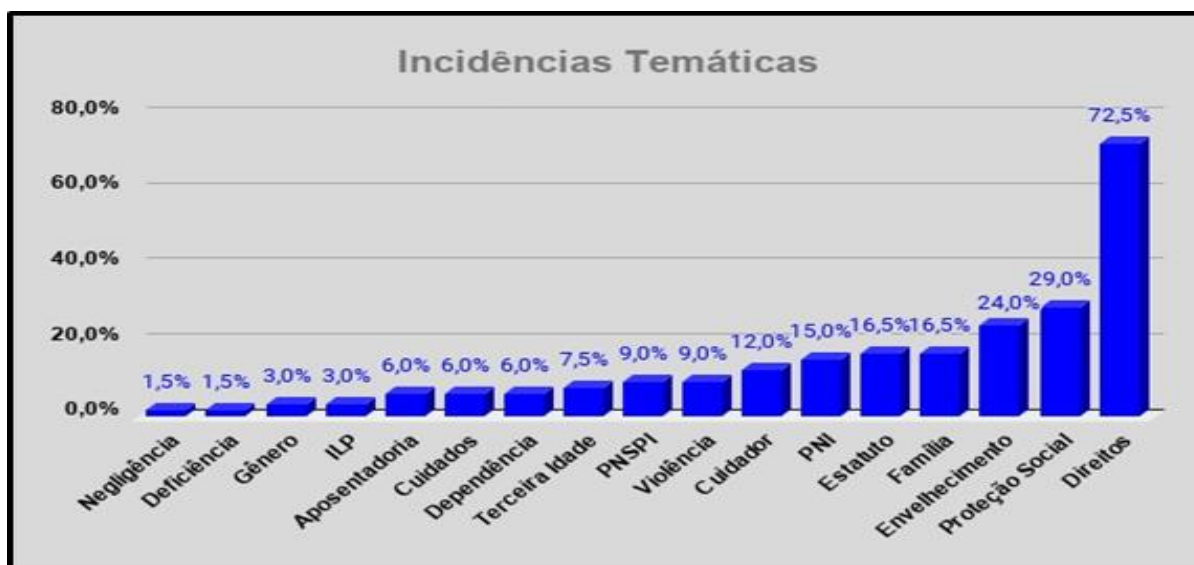


Gráfico 9: Incidências temáticas (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

A prevalência do interesse relativo aos direitos e à cidadania pode ser explicada, em parte, pela orientação do PEPP que se volta eminentemente para a defesa dos interesses e dos direitos da classe trabalhadora.

Por conseguinte, o gráfico 10 ilustra que as principais categorias e os conceitos forma: idoso (69,5%) e envelhecimento (60,5%), seguidos por velhice (38%), idosos (18%), família (13,5%), cuidador (12%) e por fim, cuidadores (1,5%).

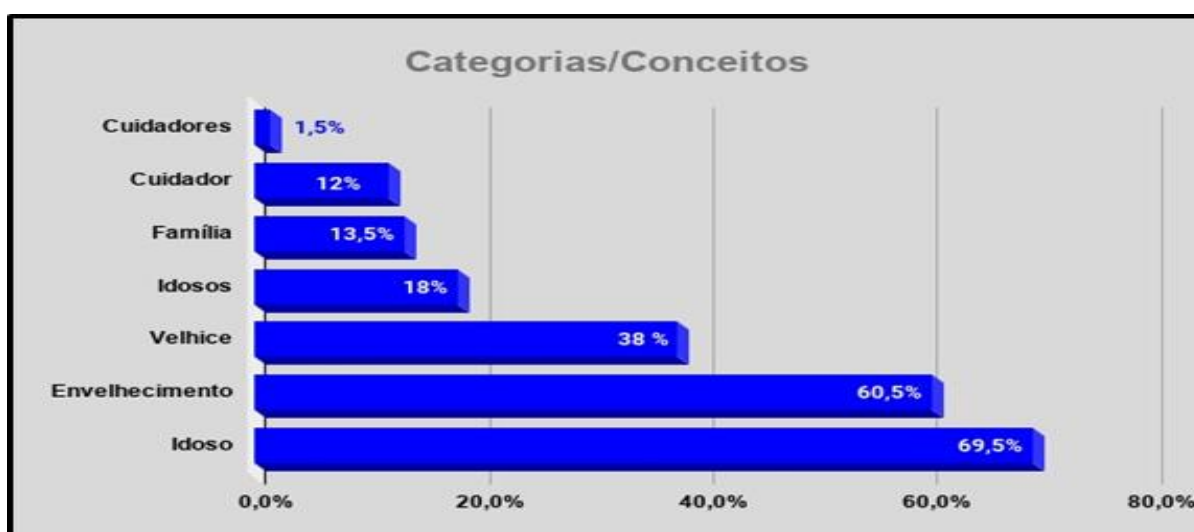


Gráfico 10: Categorias/Conceitos (ENPESS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Desta feito, a próxima seção tece análise concernente ao trabalho de assistentes sociais na saúde junto ao idoso nas produções científicas do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2013 e 2016).

3.3 Síntese e análise do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos: o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2013 e 2016)

Nesta sessão, dedicou-se à análise da categorização das obras que versavam sobre o trabalho do assistente social junto aos idosos no âmbito do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), nos anos 2013 e 2016.

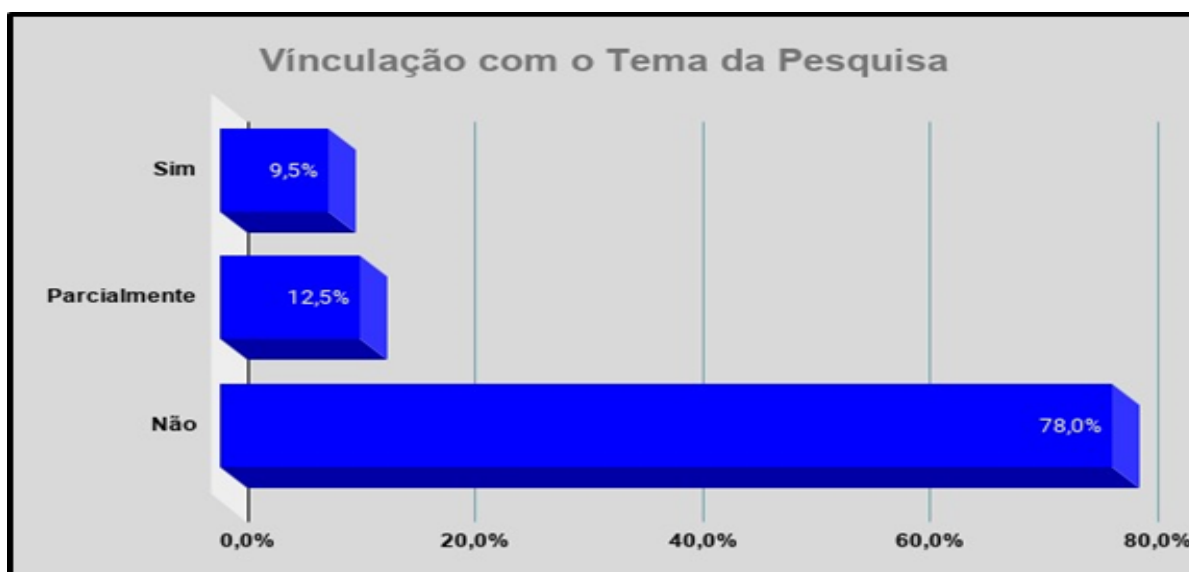


Gráfico 11: Vinculação com o tema da pesquisa (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Em relação ao objeto de pesquisa, 9,5% dos trabalhos orais eram congruentes com o mesmo.

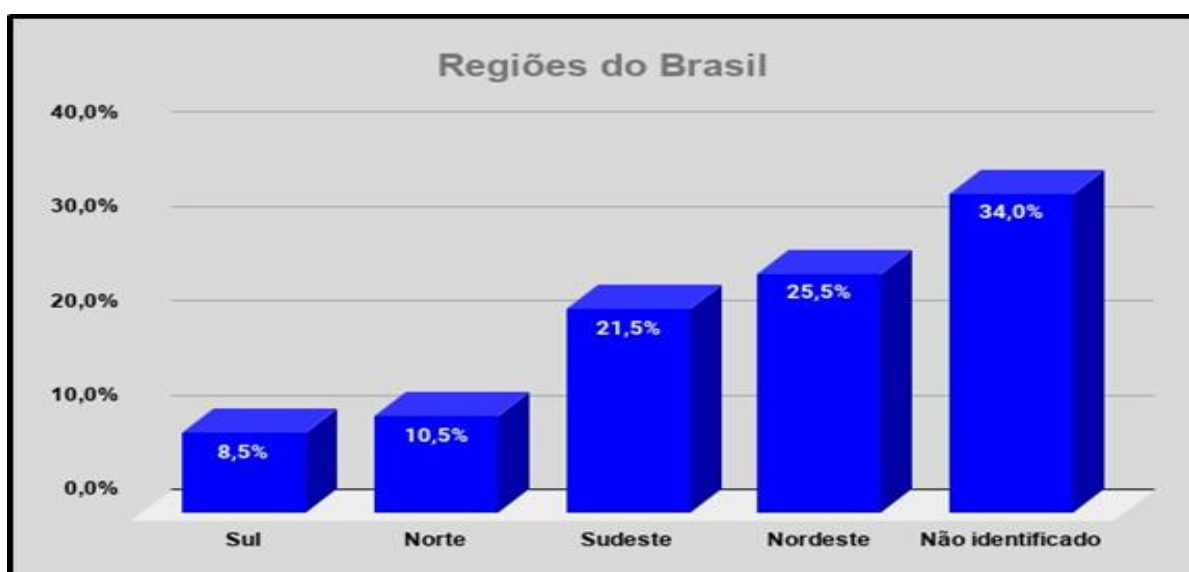


Gráfico 12: Regiões do Brasil (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

No que concerne à região referente à produção dos artigos científicos, pode-se observar que 25,5% advieram da região Nordeste, sequencialmente o Sudeste apresentou um percentual de 21,5%, o Norte possuiu 10,5%, Sul com 8,5% e não foram identificadas produções no Centro-Oeste.

Ante o exposto, atenta-se que as duas regiões que concentram os trabalhos analisados são as mesmas em que realizou-se os encontros científicos. Respectivamente, o 14º CBAS, ocorreu no período de 14 a 18 de outubro de 2013, em Águas de Lindóia (São Paulo) e o 15º CBAS aconteceu em Olinda (Pernambuco) entre os dias 5 a 9 de setembro de 2016.

Os dados do gráfico 13 foram semelhantes ao que fora observado nos ENPESS, com predominância do setor público – Estado – como empregador. Por conseguinte, se o exercício profissional do assistente social possui como pilar de sustentação o espaço sócio-ocupacional de atuação – Estado, organismos privados, empresariais e terceiro setor –, ao reiterar o Estado como maior empregador, é atribuído ao assistente social o caráter de funcionário público, constituindo um coletivo de trabalhadores em que as ações desenvolvidas no âmbito institucional decorrem da capacidade individual de intervenção, mas sobretudo da articulação do trabalho combinado e/ou cooperativo, no trato às multifacetadas da “questão social”, soma-se como fator interveniente as políticas sociais e a organização interna adotada nas instituições empregadoras (IAMAMOTO, 2015).

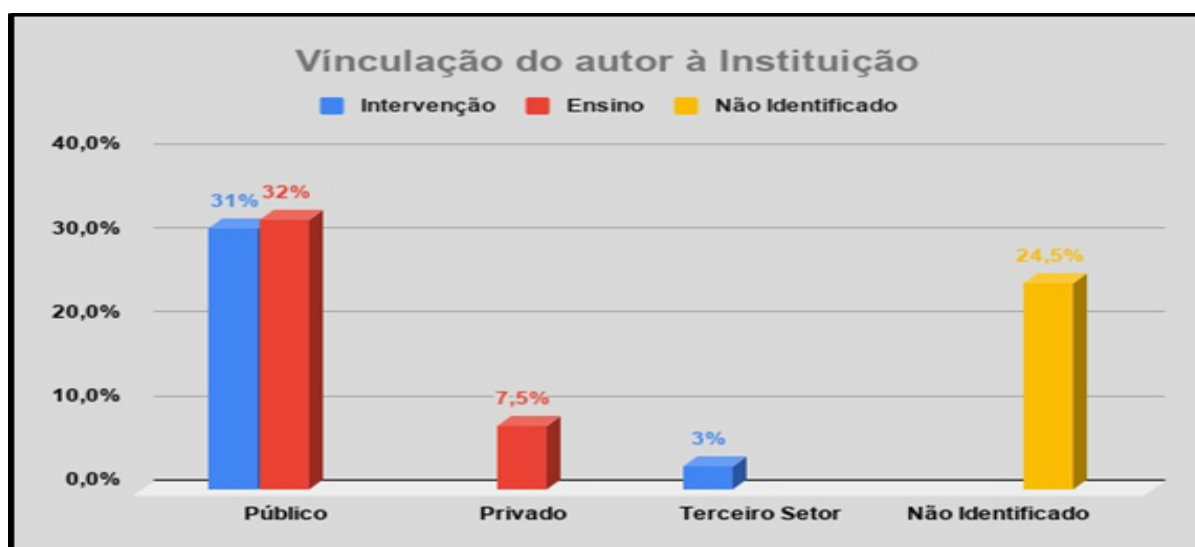


Gráfico 13: Vinculação do autor à Instituição (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Ao debruçar-se sobre a vinculação dos autores à instituição no viés do ensino, observa-se que o número expressivo de produções científicas advieram de instituições públicas (32%), o que reitera o caráter da educação como uma política social pública direcionada ao atendimento dos interesses da coletividade. Todavia, é imprescindível mencionar o caráter contraditório ao passo em que atende também as necessidades do capital. Ainda que os dados contidos nesta análise se mostrem incipientes quanto à presença das instituições privadas e do ensino a distância, reafirma-se a ênfase dos organismos multilaterais na difusão da lógica privatista e mercadológica do ensino (IAMAMOTO, 2014).

A política de educação superior encontra-se sujeita às forças contraditórias que nela incidem: tanto as forças que impulsionam a financeirização da vida social — e dela se beneficiam — para desenvolver as forças produtivas sociais do trabalho e alimentar superlucros dos monopólios no mercado mundial quanto dos interesses da maioria dos trabalhadores e do conjunto das classes subalternas na busca de seus direitos e na luta por seus interesses coletivos. (idem, p. 624).

Ante esta afirmativa, ressalta-se a predominância na lógica mercantil imposta à universidade pública, permeada pelos valores da financeirização e da lucratividade para o capitalismo, em face da mundialização capital. Conforme Boschetti (2015, p. 644), a face econômica sobre a universidade vem seguindo as recomendações estabelecidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Organização Mundial do Comércio (OMC), através do “discurso de modernização, desburocratização e superação de uma ‘universidade arcaica’, vem sustentando a mercantilização, o economicismo, a ‘empresarialização’, o gerencialismo e a subordinação ao mercado e ao sistema produtivo”.

A este respeito, acrescenta-se o exposto por Iamamoto (2014, p. 626),

O Banco Mundial (2003) salienta o papel do conhecimento como principal motor para o desenvolvimento e a necessidade de favorecer os compromissos das instituições de ensino superior com a inovação para melhor responder “às necessidades da economia e do mercado”. [...] A proposta do ensino superior por competência substitui o foco no conhecimento com valor maior em favor das capacidades instrumentais. A tendência é deslocar o centro de interesse dos conteúdos teóricos para outros de caráter instrumental, centrados na prática e no sistema produtivo, sensíveis às exigências do mercado.

Outro elemento pertinente é que embora não tenha sido vislumbrada a

presença de estudos vinculados ao ensino na modalidade da educação a distância, não significa que não existam. Do contrário, a autora supracitada sinaliza o crescimento em demasia desta modalidade, que além de desconsiderar a primazia do tripé ensino-pesquisa-extensão, aligeira o processo formativo e alinha profissionais acríticos aptos às necessidades do mercado.

Nesta perspectiva, a teoria que norteia a produção científica e técnica da profissão é determinante para a ótica de análise da realidade social e da intervenção profissional. Conforme o gráfico 14 indica, apenas 16% da teoria é expressa na tessitura dos textos, 84% encontram-se implicitamente, dentre as quais observou-se incidência relevante na referência a teoria social crítica.

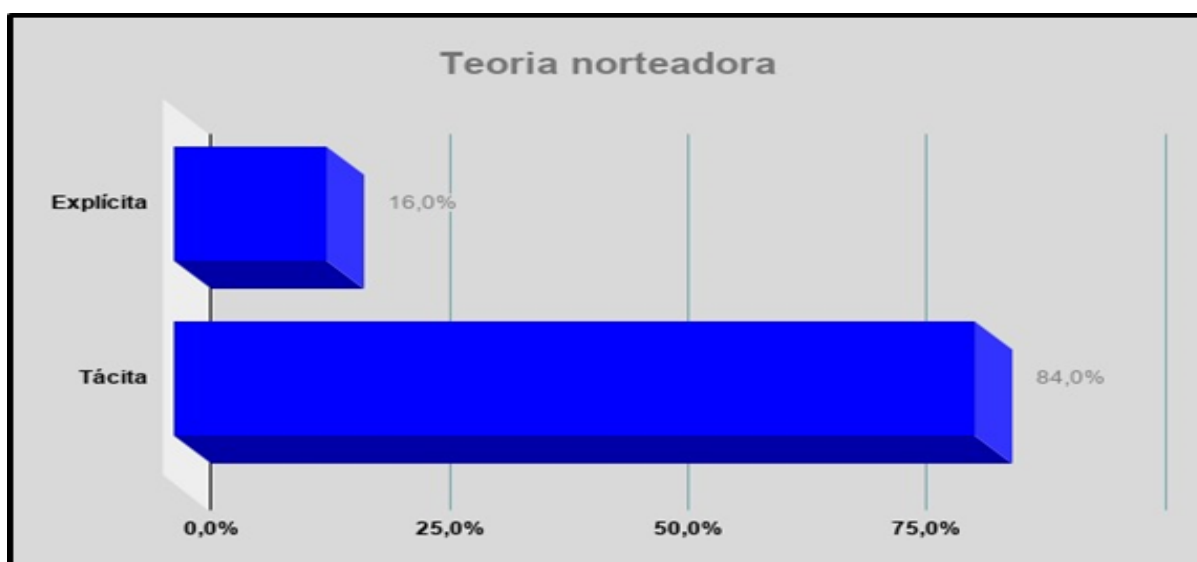


Gráfico 14: Teoria Norteadora (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Assim, com o processo de renovação do Serviço Social brasileiro, a teoria social crítica emerge no aporte teórico-metodológico da profissão com as aproximações das ideias postuladas por Karl Marx, cujo objeto de seus estudos era a sociedade burguesa e suas contradições inerentes, num movimento de deslocamento das aparências imediatas dos fenômenos e desvelamento do real concreto.

A teia relacional entre Serviço Social e a teoria social crítica apresenta-se como uma imbricação necessária. Nas palavras de Silva (2013, p. 76):

Trata-se de caminho necessário (embora não único) para descortinar o imediatamente posto, distinguir as demandas sensíveis impostas pelo mercado de trabalho como componentes

de seu fazer profissional, capaz de mensurar o sentido de sua competência, dimensionar, sem exageros, o alcance de sua ação, questionar a utilidade de sua força de trabalho na gestão do pauperismo, na busca dos caminhos adotados para essa empreitada e a natureza dessa profissão na sociabilidade em curso.

Assim sendo, análise da realidade embasada pela ontologia do ser social implica considerar as determinações do real-concreto, para além das subjetividades imbricadas no processo de pesquisa, há de se ponderar as regras e o rigor científico do sujeito pesquisador ante o objeto de estudo e os elementos e as variáveis/condicionalidades que o conduzem à apreensão da racionalidade que forja o objeto investigado.

O ponto de partida é a realidade que também deve ser o ponto de chegada com o objetivo de transformá-la por meio de alternativas reais, efetivas, materiais, concebidas a partir de possibilidades inscritas na vida real dos homens, sem abstrações. (SILVA, 2013, p. 74).

A totalidade, categoria do método dialético (identificado implicitamente nas produções, como expõe o gráfico 15) expressa a unidade de distintas dimensões, como um nexos causal, fenômenos intimamente atrelados, em que não há possibilidades de explicação sem a conexão entre o aparente e os seus fundamentos ontológicos. Por esta razão, a totalidade não pode ser resumida à apreensão de um todo articulado ou na mera comunicação entre os elementos que o constituem, esta compreensão representaria a objetivação da imediatez, do que está posto no aparente e superficial, permanecendo aquém das raízes históricas que condicionam o real social (SILVA, 2013).

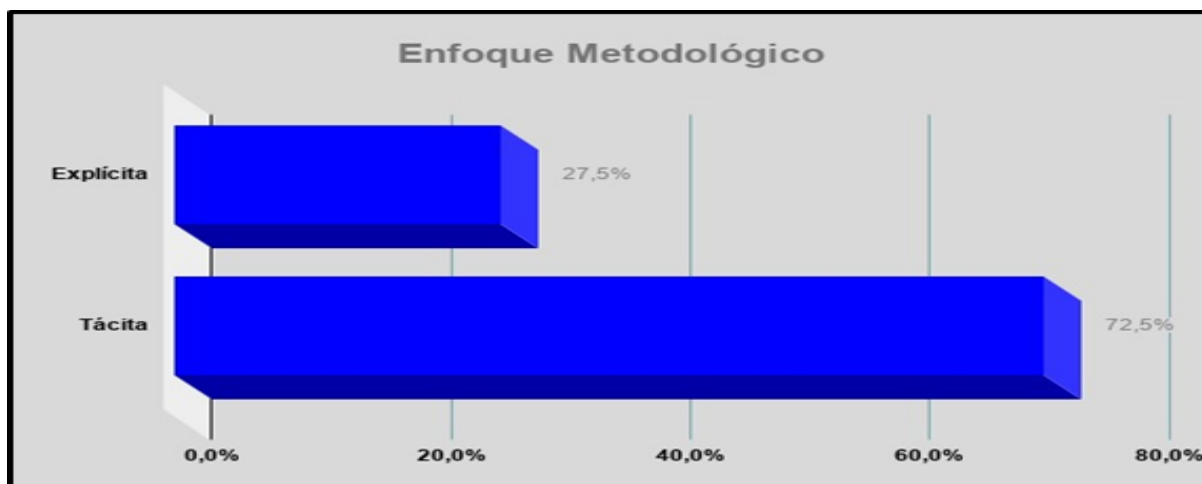


Gráfico 15: Enfoque metodológico (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Destarte, elemento importante a ser evidenciado é a discussão do ecletismo no âmbito da produção do conhecimento. O Código de Ética que norteia a formação e o agir profissional do assistente social traz dentre os princípios fundamentais a “Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual” (CFESS, 1993) que se distingue do ecletismo, não podendo ser confundido com este último, pois pressupõe o debate respeitoso das ideias, mas não a mistura entre os diferentes posicionamentos teórico-metodológicos.

Constata-se através dos artigos analisados para fins deste trabalho, o número irrisório de produções que apresentavam a presença de ecletismo (3%), o que demonstra majoritariamente que a categoria profissional tem apropriado os princípios ético-políticos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional em sua vivência acadêmica e exercício.

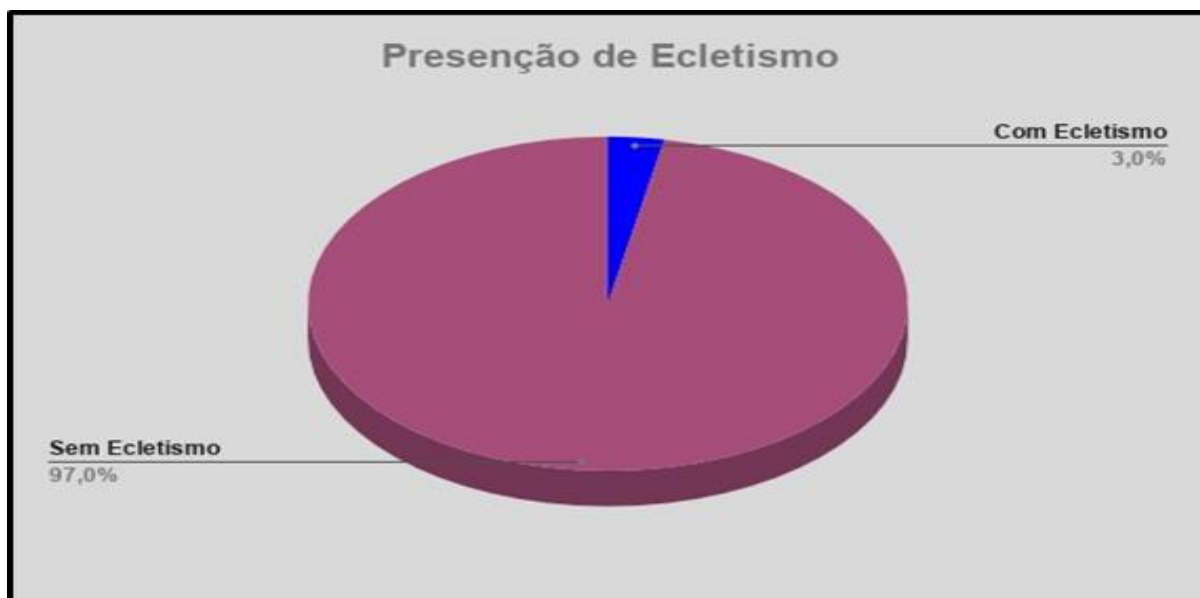


Gráfico 16: Presença de Ecletismo (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

A este respeito, Fernandes (2014, p. 20) adverte que no bojo teórico-metodológico do Serviço Social é preciso compreender a hegemonia da teoria social crítica, ainda que haja espaço para teorias auxiliares/intermediárias para apreensão dos fenômenos, com o cuidado em esquivar-se do equívoco do ecletismo, que se

configura na conciliação do inconciliável, unir em um único estudo diversos e antagônicos recursos explicativos, resultando numa perspectiva confusa e sem organização, diferente do pluralismo que apresenta “consciência epistemológica e teleológica”.

A discussão sobre a necessidade em esquivar-se do ecletismo é tão pertinente à categoria profissional, tal como o cuidado com o uso de temáticas e teorias subjetivistas dar-se-á em razão de um viés que resulta numa análise superficial dos fenômenos da realidade social e no conservadorismo no Serviço Social (FONSECA, 2016), expressas em seu processo formativo, de pesquisa e construção do conhecimento e no exercício profissional, na valorização do tratamento de questões subjetivas, na culpabilização do indivíduo, numa prática pautada na burocratização e no tecnicismo, culminando na dicotomia entre teoria e prática.



Gráfico 17: Tipo de pesquisa/estudo (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Quanto à tipologia do estudo, é pertinente observar que embora o maior percentual remeta a estudos bibliográficos que consistem na análise ampla sobre um fenômeno à luz das produções existentes (GIL, 2008), acrescenta-se o expressivo número de pesquisas de campo (34%) que promovem maior proximidade com uma determinada realidade (idem), e o número significativo de artigos científicos através do relato de experiência, estudos que se debruçam sobre

as vivências experienciadas em estágios acadêmicos supervisionados e do cotidiano profissional, o que possibilita oportunizar maior espaço de reflexão sobre o exercício profissional e a direção nele apregoada.

Outrossim, organização do sistema de saúde em níveis de complexidade reitera formas distintas de organização do processo de trabalho e de demandas dos usuários. Em oposição ao que foi observado nos trabalhos do ENPESS, o gráfico 18 expressa um maior percentual na produção do conhecimento entre atenção básica e média/alta complexidade, evidenciando o paulatino interesse e a apropriação da categoria em complexidades que não se voltam eminentemente para o trabalho hospitalar.



Gráfico 18: Nível de complexidade em saúde (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Silva (2016) sinaliza como importante marco no enfrentamento ao modelo hospitalocêntrico, a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, realizada em 1978, em Alma-Ata, ao enfatizar que a centralidade das ações nos sistemas de saúde devem debruçar-se sobre o esforço em alcançar a prevenção e promoção da saúde por meio da Atenção Primária em Saúde (APS). Entretanto, ao se deter sobre a realidade, é possível observar os paradoxos nela presentes, tais como o descompasso entre as determinações legais e a concretude do modelo em saúde, ao considerar que os hospitais ainda exercem uma função central na saúde, o que conduz a crer que a promoção e a prevenção ainda não estão sendo efetivadas de maneira ideal.

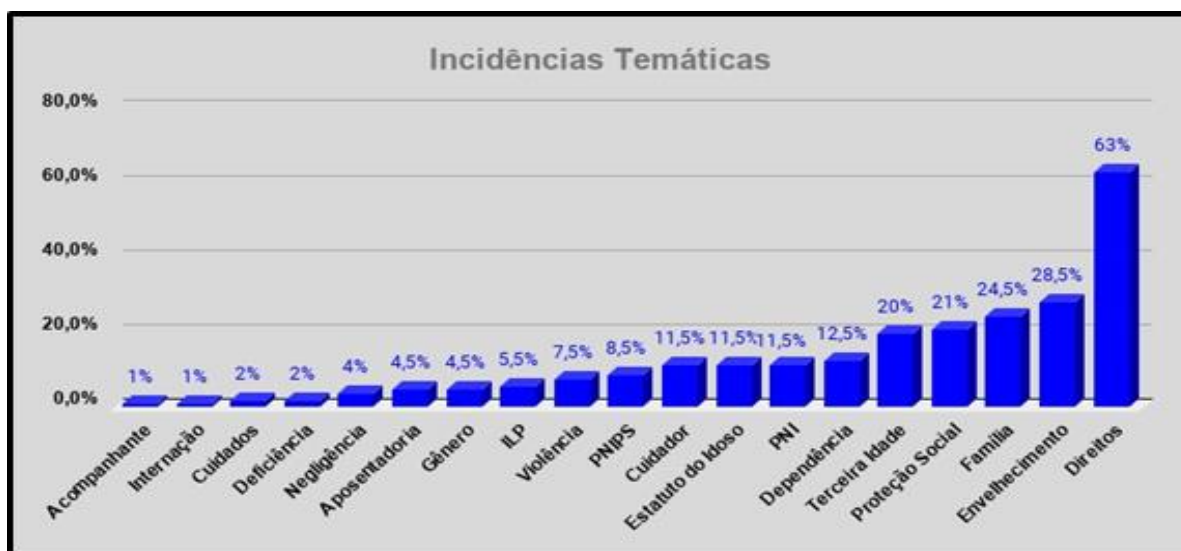


Gráfico 19: Incidências temáticas (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

No âmbito das temáticas de estudos pertinentes ao idoso, destacaram-se Direitos Sociais e cidadania, envelhecimento, família, proteção social e terceira idade. Por conseguinte, houve a discussão atrelada à dependência, ao cuidador, ao Estatuto do Idoso, à PNI, à PNIPS e à violência, com menor incidência foram citados: Instituição de Longa Permanência (ILP), gênero, aposentadoria, negligência, cuidadores, deficiência, acompanhante e internação, temáticas que se entrelaçam ao cotidiano do processo de envelhecimento dos sujeitos.

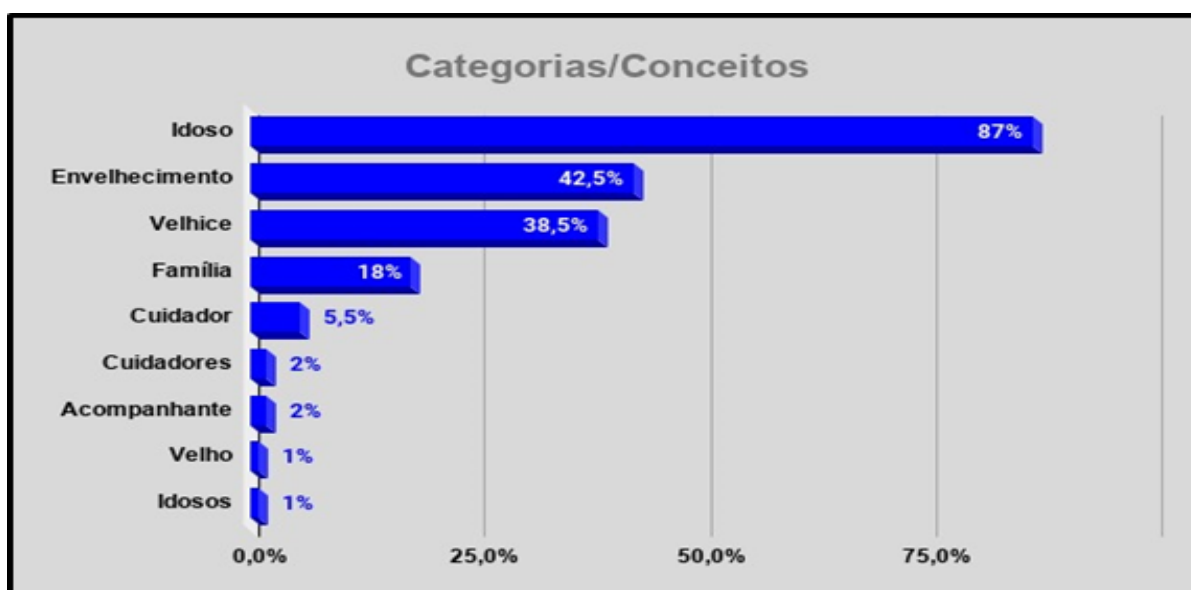


Gráfico 20: Categorias/Conceitos (CBAS – 2016 e 2018)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Destarte, quanto aos aspectos categoriais e conceituais das obras, a

exemplo do que ocorreu no ENPESS, identificou-se que idoso foi o conceito preponderante (87%), sequencialmente, envelhecimento (42,5%) e velhice (38,5%). A categoria família apresentou um percentual de 18%, e em menor escala, foram observados: cuidador, cuidadores, acompanhante, idosos e velho.

Por conseguinte, tratar-se-á das particularidades do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos através da produção científica dos periódicos A1 de Serviço Social.

3.4 Síntese e análise do trabalho de assistentes sociais na saúde pública junto aos idosos: exposição de resultados encontrados nos dois principais periódicos A1 da área de Serviço Social

Nesta seção, evidenciam-se as principais especificidades sobre o trabalho dos assistentes sociais junto ao idoso com base na análise sobre os estudos localizados na Revista Serviço Social & e na Revista Katálýsis, dois dos principais periódicos A1 do Serviço Social.



Gráfico 21: Tipo de pesquisa/estudo (Revista Katálýsis)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

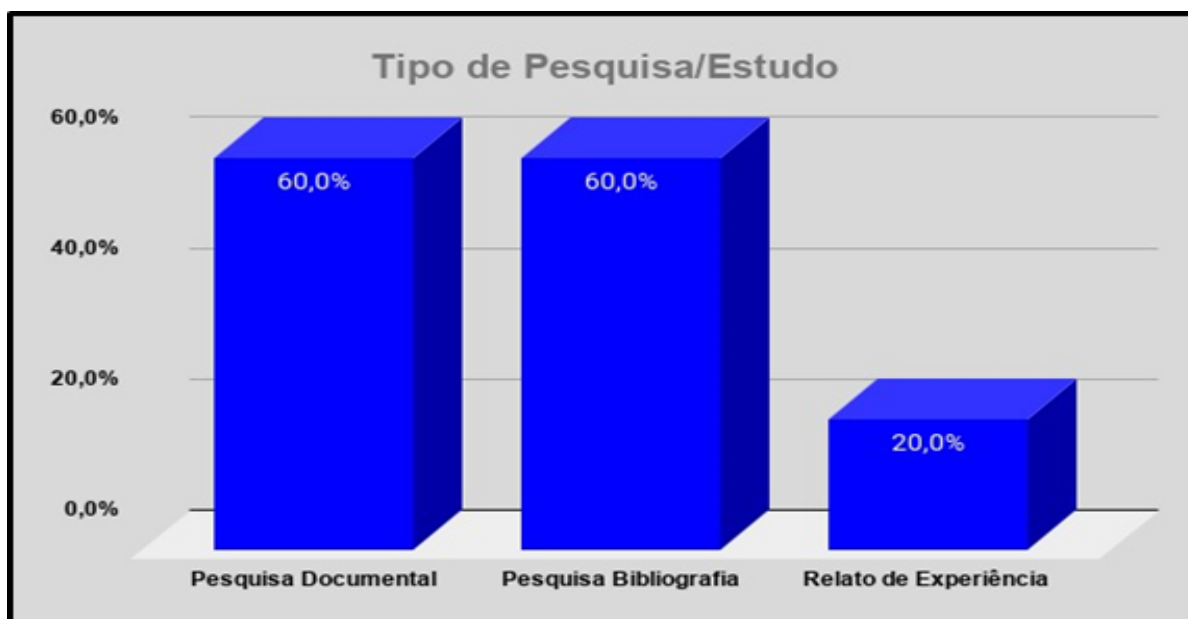


Gráfico 22: Tipo de pesquisa/estudo (Revista Serviço Social & Sociedade)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Os gráficos acima expressam que as produções científicas voltadas ao trabalho do assistente social com idosos em ambos os periódicos possuem como tipologias de estudo predominantes a pesquisa bibliográfica e documental. A primeira, ao tomar por base a coleta de dados a partir de material já elaborado, possibilita apreender uma diversidade de fenômenos, em geral, mediante a recorrência a artigos, teses, dissertações, e a segunda possui como natureza de fontes os documentos oficiais, jornais, relatórios, etc. (GIL, 2008).

O diferencial entre os periódicos consistiu no aparecimento de uma produção cuja tipologia do objeto de estudo recorreu ao relato de experiência, ainda que de modo incipiente, o que reitera a necessidade de ampliar as elaborações científicas concernentes ao cotidiano de intervenção profissional, a pesquisa sobre a realidade em que se encontra inserido o sujeito e o objeto.

Compreendendo enquanto imprescindível o aporte teórico-metodológico no processo de pesquisa e de construção do conhecimento, o gráfico 23 sinaliza e reafirma o já exposto nas seções anteriores, embora a tessitura dos trabalhos não mencione explicitamente em sua maioria qual a teoria e o método empregados, observou-se expressivamente como norte a teoria social crítica e o método dialético, realidade similar que se aplica também às obras investigadas na Revista Katálisis, em que a categoria se apresenta tacitamente em 100% das produções científicas.

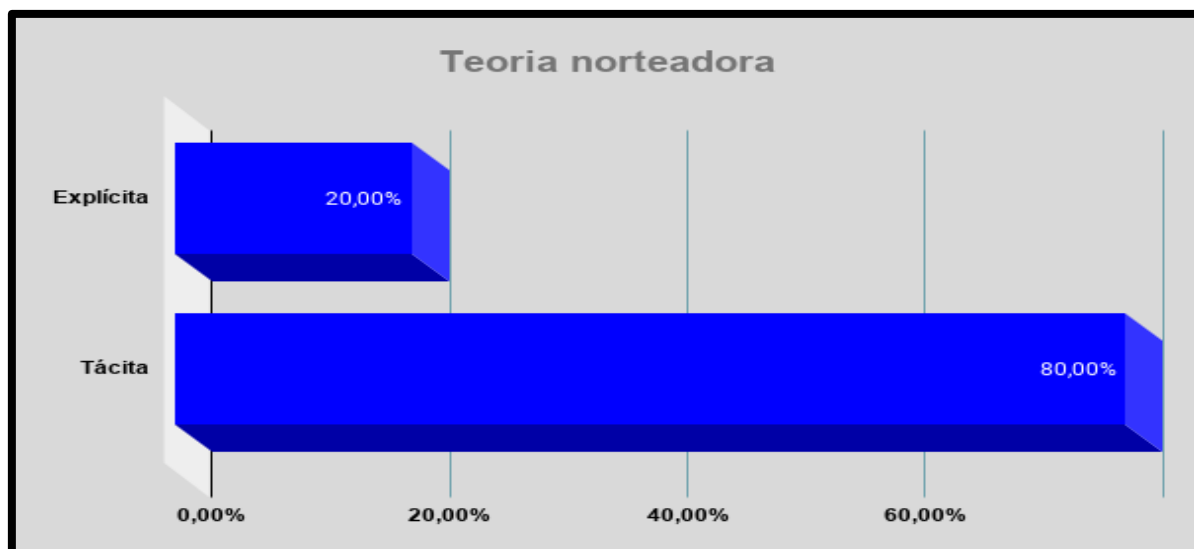


Gráfico 23: Teoria norteadora (Revista Serviço Social & Sociedade)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Minayo (2001) destaca que a teoria e o método devem fazer parte de um mesmo movimento, portanto encontram-se intrinsecamente vinculadas, não podendo ser separadas. Observa-se que tal como a teoria, o método apregoado na construção das obras analisadas não se apresentam explícitos na tessitura dos textos.

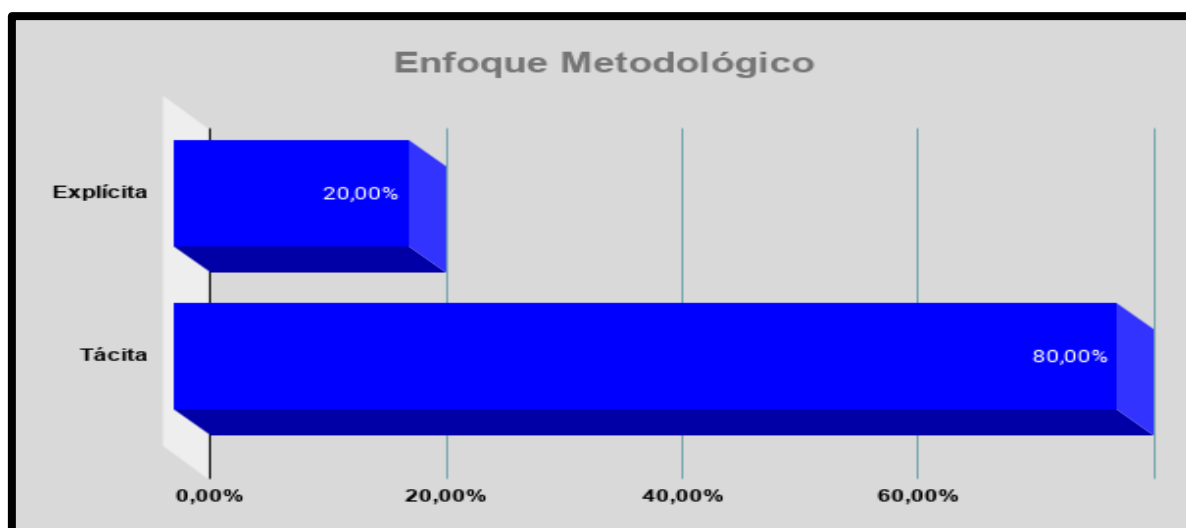


Gráfico 24: Enfoque metodológico (Revista Serviço Social & Sociedade)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Em relação ao método crítico-dialético, a dialética é a categoria que possibilita apreender a interpretação do real em sua totalidade, ao considerar que os fenômenos sociais não são compreendidos dissociados e isolados do contexto macrossocietário (GIL, 2008).

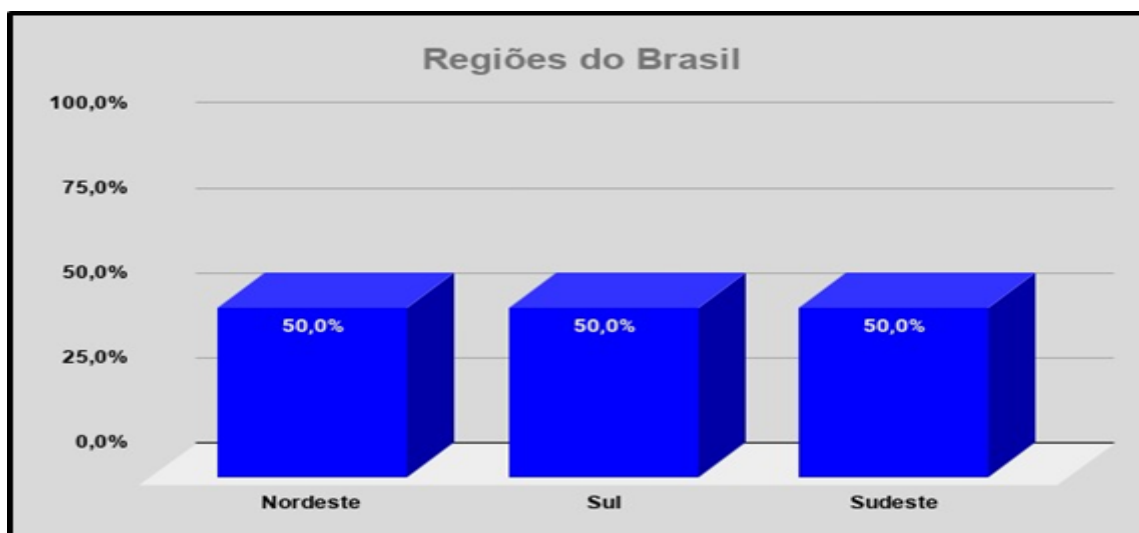


Gráfico 25: Regiões do Brasil (Revista Katálysis)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

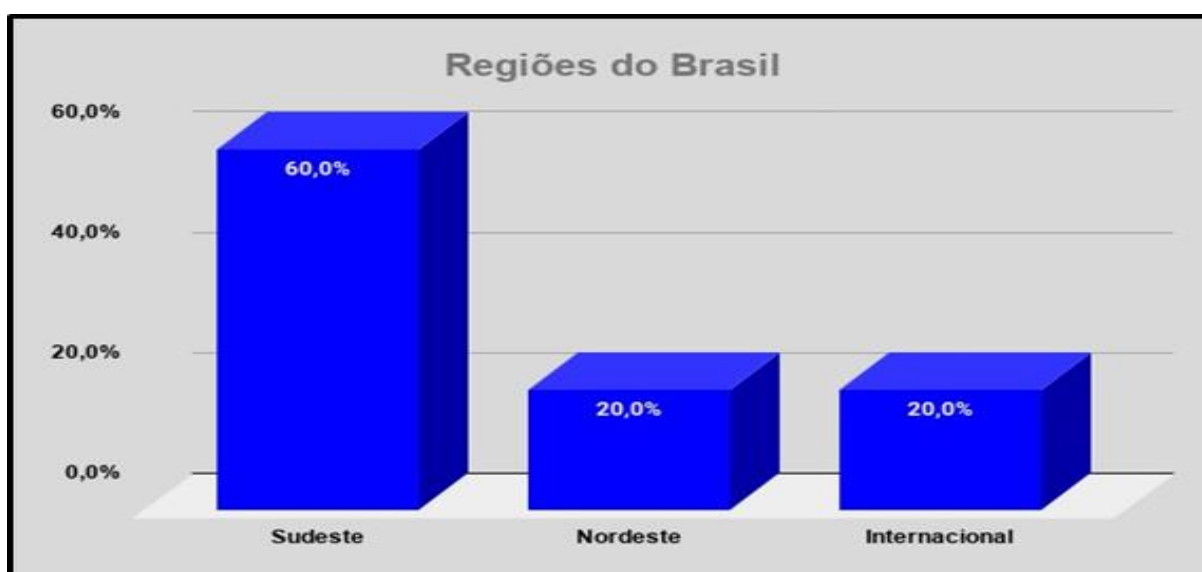


Gráfico 26: Regiões do Brasil (Revista Serviço Social & Sociedade)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Em relação às regiões onde residiam os autores, prevaleceu o predomínio das regiões Sudeste, Nordeste e Sul que também oscilaram na maior expressividade nos eventos anteriormente analisados.

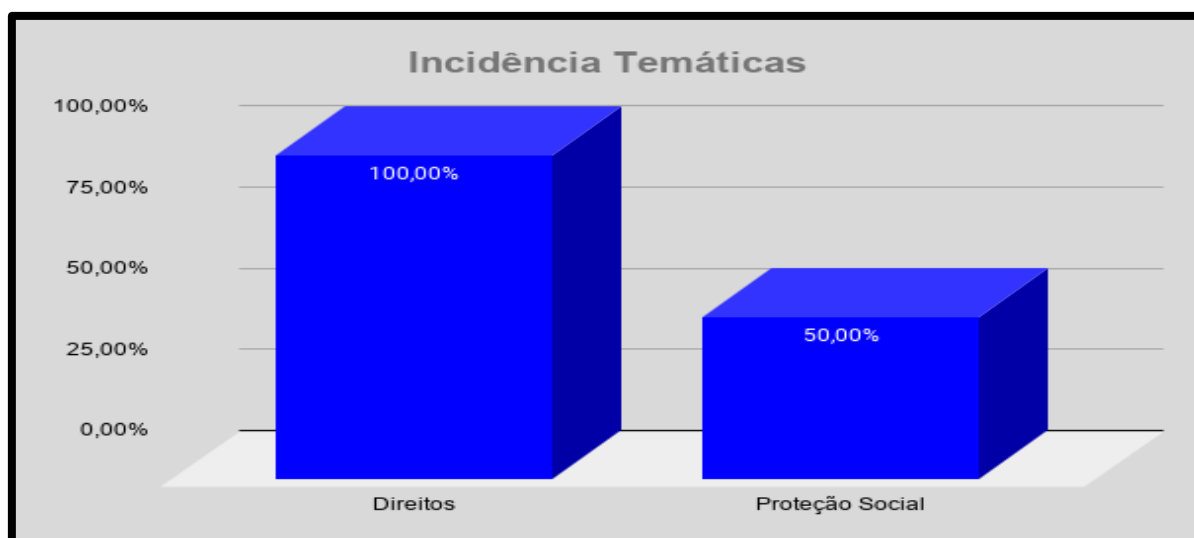


Gráfico 27: Incidências temáticas (Revista Katálysis)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

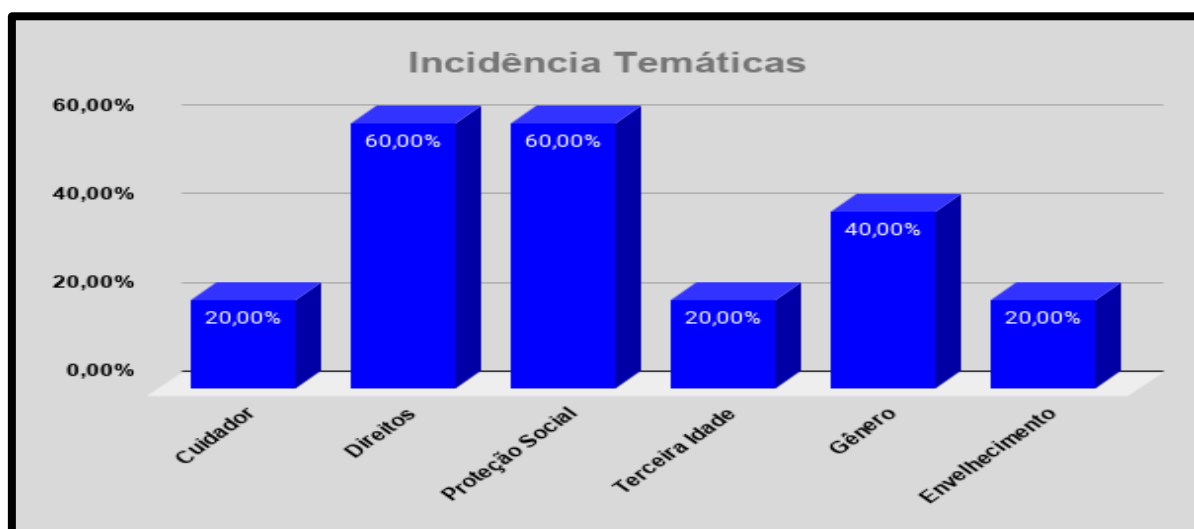


Gráfico 28: Incidências temáticas (Revista Serviço Social & Sociedade)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Em relação às incidências temáticas observadas nas obras referentes ao idoso, verificou-se que no periódico da Katálysis, as temáticas versavam apenas em relação aos direitos sociais e à proteção social, enquanto na Serviço Social & Sociedade, além do predomínio das duas temáticas citadas, destacaram-se ainda, gênero, envelhecimento, terceira idade e cuidador. Entretanto, em ambas se manteve a predominância das discussões em torno dos direitos e da proteção social, tanto por ser um segmento populacional que necessita de maior uso de direitos e de proteção social, quanto pela vinculação do PEPP a esta perspectiva de garantia de cidadania.

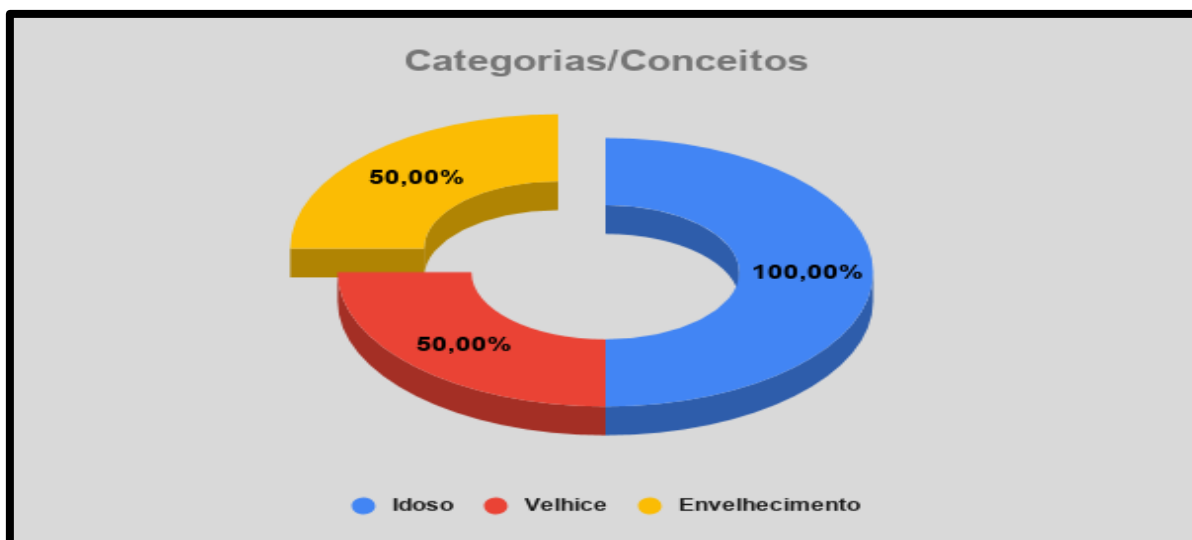


Gráfico 29: Categorias/Conceitos (Revista Katálysis)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

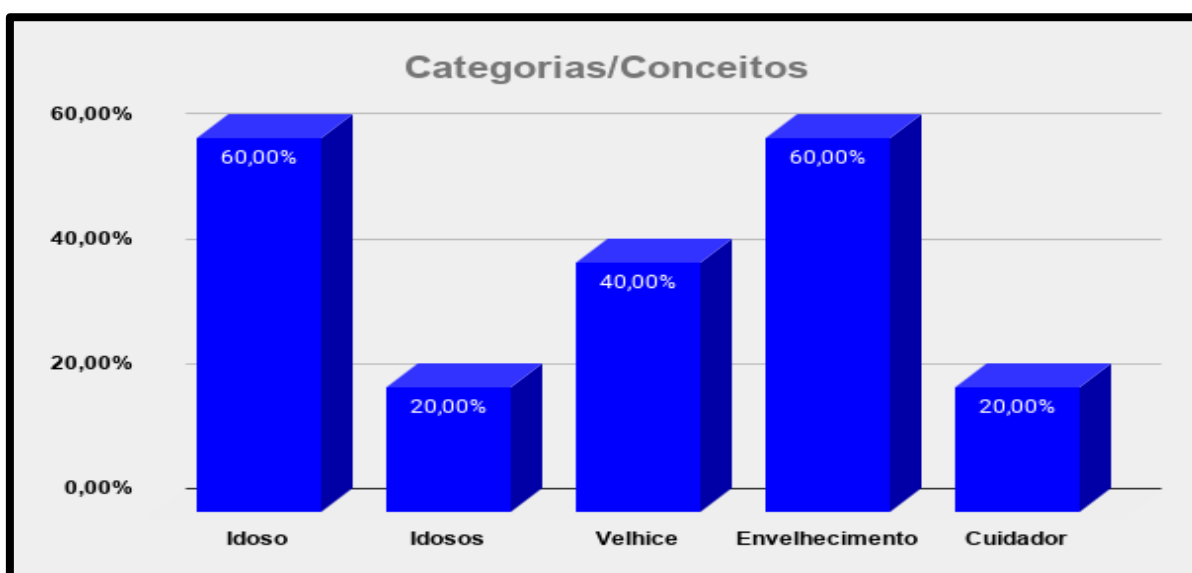


Gráfico 30: Categorias/Conceitos (Revista Serviço Social & Sociedade)

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

No que concerne às categorias e/ou aos conceitos com maior incidência nos trabalhos, ratificou-se o conceito de idoso e a categoria de envelhecimento, como também ocorreu nos eventos analisados.

Quanto à vinculação dos autores com a instituição, observou-se que a totalidade das produções analisadas encontravam-se atreladas a instituições públicas, mais uma vez demonstrando a importância do Estado como empregador do Serviço Social.

Esta realidade reiterou as reflexões desenvolvidas nos subtópicos

anteriormente tecidos, ao ratificar que a universidade pública constitui espaço privilegiado da formação de sujeitos críticos e reflexivos, cujo pilar centra-se na tríade ensino-pesquisa-extensão

Os números, 100% das obras científicas analisadas vinculam-se à esfera pública, ratificaram a incidência das universidades públicas na produção do conhecimento, reafirmando a defesa por uma universidade pública, gratuita e de qualidade, que caminhe na perspectiva dos interesses coletivos da sociedade e da formação qualificada de profissionais dotados de competência e habilidades para exercerem sua função social, um espaço autônomo que preze pelo respeito à cientificidade e além dos interesses mercadológicos do capital, preservando a articulação entre o tripé da pesquisa, ensino e extensão (IAMAMOTO, 2015).

3.5 O trabalho de assistentes sociais na saúde junto aos idosos e a instrumentalidade que o subjaz

As mudanças nos paradigmas de saúde advindas da incorporação do conceito ampliado de saúde, ao considerar os determinantes sociais no processo de adoecimento do sujeito, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e instaurados com a Constituição Cidadã na sociedade e no Estado, introduziram o novo desenho das ações e dos serviços de saúde.

Deste modo, alterou-se o reordenamento da rede de atenção à saúde, ao passo em que, à luz das elaborações normativas e legislativas, a centralidade do modelo biomédico e hospitalocêntrico cedeu lugar às ações de caráter coletivo, em equipe e à nova estruturação dos serviços, com ênfase na prevenção e promoção da saúde, corroborando para uma nova gestão do trabalho em saúde (DUARTE, 2014).

A este respeito, Duarte (2014) define os processos de trabalho como o meio pelo qual se realiza o trabalho, este último corresponde aos procedimentos adotados para atuação, através dos meios de produção que objetivam a transformação de um objeto para lhe conferir utilidade. Tomando por base os fundamentos da obra de Marx (1985), o autor reitera que os processos de trabalho são processos coletivos, ao considerar que sua efetivação não ocorre isolada ou por meio de uma categoria profissional unicamente, mas pelo conjunto de

trabalhadores.

Assim, “Podemos afirmar que todo processo de trabalho, além de ser coletivo, é realizado para se atingir alguma(s) finalidade(s) determinada(s) previamente, e inclusive marcado pela dimensão ídeo-política desse processo”. (DUARTE, 2014, p. 96).

Dito isto, ao deter-se sobre a produção do conhecimento em análise para fins deste trabalho, observou-se que os conceitos com maior incidência relacionados à temática do trabalho do Assistente Social na saúde junto aos idosos foram “prática profissional” (57%) e “assistente social” (50%).

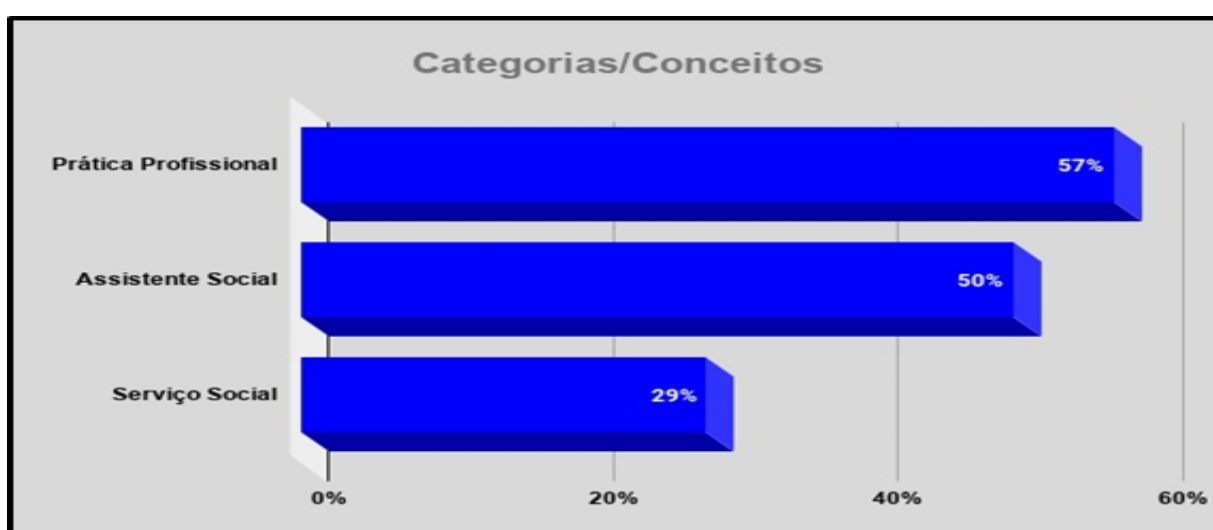


Gráfico 31: Categorias/Conceitos

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Acrescenta-se que não foi identificado o “trabalho” ou “trabalho em saúde” como categoria central das discussões investigadas. Apesar desta ausência, entre as temáticas, destacou-se a relativa ao “trabalho em equipe multiprofissional” (57%) e, para tanto, aponta-se como pressuposto a compreensão de processo de trabalho, enquanto trabalho coletivo que, por conseguinte, decorre na compreensão do trabalho em equipe e multidisciplinar (DUARTE, 2014).



Gráfico 32: Incidências Temáticas

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

A preocupação a investigação sobre o trabalho em equipe, multidisciplinar e interdisciplinar também pode ser explicada pelo fato de que a ampliação desse espaço sócio-ocupacional do assistente social deu-se com a transposição para um modelo democrático de saúde, que retira (formalmente) a centralidade da figura do médico, compreendendo a necessidade de uma equipe multi/interdisciplinar para abranger as demandas manifestadas nas vivências dos sujeitos.

Assim sendo, situa-se que, embora o trabalho em equipe ou multidisciplinar envolva processos diferenciados de intervenção e lógicas de organização de trabalho distintas, não exime a responsabilidade de todos os profissionais na efetivação do trabalho a apresentar respostas às necessidades em saúde aos usuários dos serviços e concretiza um modelo de gestão em saúde embasado na descentralização e na integralidade do cuidado (DUARTE, 2014).

A integralidade que em sua amplitude de abordagens e conceitos envolve a compreensão do sujeito em sua totalidade inserido nas diferentes esferas da vida social, tal como, faz referência à articulação e ao atendimento das necessidades dos usuários nos diferentes níveis de complexidade. Para tanto, um dos pilares da integralidade do cuidado em saúde é a interdisciplinaridade (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades

de pensar e agir em saúde. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 279).

Nesta direção, Veloso (2014) ratifica que o Serviço Social se encontra inserido em amplos processos de trabalho, diferentes e múltiplos trabalhos especializados coexistindo em uma mesma organização/instituição.

Na maior parte das organizações em que está inserido, o Serviço Social encontra-se delimitado por setores, seções ou departamentos de Serviço Social, constitutivos, de desenhos organizacionais diversos, os quais se expressam por meios de organogramas em que aparecem as atividades e atribuições profissionais. Isso não significa, no entanto, desconsiderar que muitos(as) profissionais vêm integrando equipes multi e interdisciplinares que lhes demandam o exercício de atribuições e competências inerentes ao trabalho profissional. (VELOSO, 2014, p.123).

Outra temática incidente foi a discussão dos direitos sociais e da cidadania (43%), sobre os quais se debruça o trabalho do assistente social, ao considerar que sua atuação deve estar direcionada à viabilização de direitos, concretizados na realidade social mediante políticas sociais.

A direção ora evidenciada, caminha na perspectiva do que é preconizado pelo Código de Ética Profissional ao recomendar como princípios a defesa intransigente dos direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, com o intuito de promover a garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe que sobrevive do trabalho e a defesa do aprofundamento da democracia.

Situa-se que os direitos sociais via políticas sociais são espaços de correlação de forças, razão pela qual tencionam-se interesses divergentes em um movimento de ampliação e retrocesso na sociedade, uma vez que o ideário neoliberal instaurou um cenário de retrocessos no campo dos direitos, transferindo uma responsabilidade estatal para a esfera do mercado, dos serviços, na defesa de um Estado mínimo para o social (VELOSO, 2014).

Com menor incidência observou-se a discussão sobre a qualidade dos serviços (7%), temática que também está presente como princípio do Código de Ética Profissional, enquanto compromisso do assistente social com a população usuária, no sentido de ofertar serviços com qualidade, enfatizando o aprimoramento intelectual como necessário nesse processo.. No que concerne aos aspectos relativos às temáticas atreladas a pessoa idosa, o gráfico abaixo sinaliza que as categorias preponderantes na construção do conhecimento presente nas obras

investigadas foram respectivamente, “idoso”, “envelhecimento”, “cuidados”, “terceira idade”, “família” e “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”.



Gráfico 33: Incidência de temas relacionados ao idoso
Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

O gráfico 34 ratificou a imagem social do assistente social como este profissional “facilitador de direitos”, em consonância com seu compromisso ético-político estabelecido formalmente no PEPP.

Acrescenta-se que, 36% das produções científicas analisadas, não traziam na tessitura textual referências atreladas a categoria “imagem”, o que permite dizer que as obras não versavam sobre a identificação do Serviço Social na instituição, classificando-as em “não se aplica”, como expresso no gráfico abaixo.

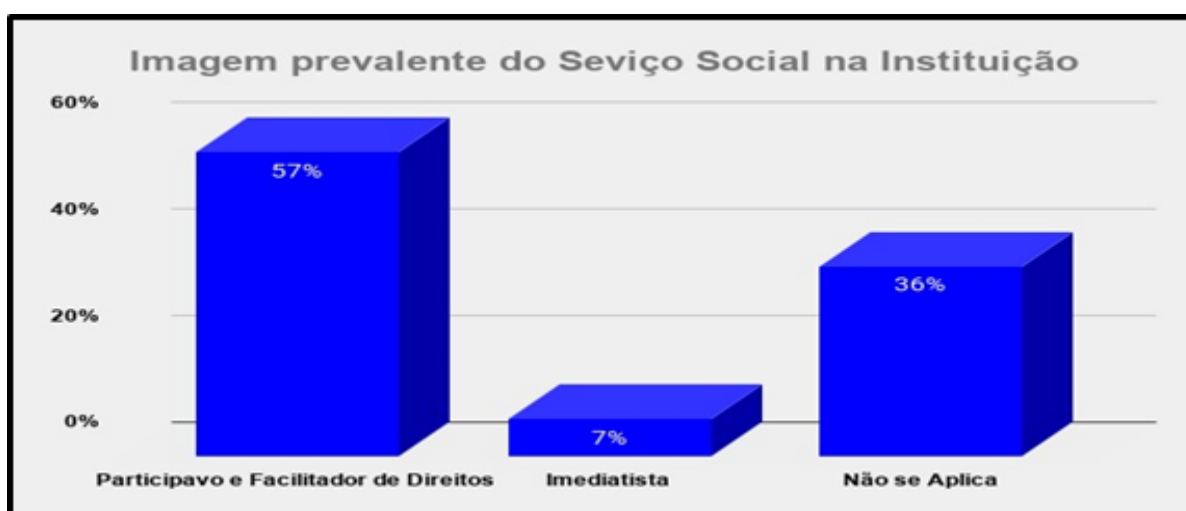


Gráfico 34: Imagem prevalente do Serviço Social na Instituição
Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Conforme Silva (2016), o termo imagem faz referência à representação de uma realidade, fenômeno, objeto do real, por sua vez, a imagem social do Serviço Social encontra-se atrelada à visão e à representação que os empregadores e usuários detêm da profissão, portanto, ao significado sócio-histórico da profissão, os fundamentos e as especificidades que a conformam.

Por sua vez, há que se pensar em imagem e identidade enquanto unidade dialética “[...] considerando a imagem como expressão da identidade, uma manifestação parcial que é parte constitutiva da última, mas que não a esgota, na medida em que, na dialética, a aparência é parte da essência” (idem, p.79).

Refletir sobre imagem/identidade do Serviço Social requer inseri-lo em sua dimensão histórica, as protoformas, o significado e as vivências da proximidade entre os sujeitos e a profissão, e as dimensões que extrapolam o universo específico do Serviço Social, mas que nele se inserem e a ele se vinculam, as questões macrossociais: relações sociais, econômicas, políticas, etc. Por esta razão, Silva (2016, p.80) afirma: “[...] a imagem do Serviço Social, como representação social, é a objetivação da identidade da profissão”.

Nestes termos, reitera-se o movimento necessário entre aparência e essência, no deslocamento daquilo que está posto na imediatez seja o reflexo real do fenomênico em sua totalidade, “[...] nesse caso, a aparência (a imagem) é a expressão da essência (a identidade)” (idem, p.81).

Destarte, a construção da identidade se entrelaça à compreensão de identidades, considerando aquela enquanto resultado dos processos de socializações e representações sociais, envoltas na dinamicidade do tempo, das transformações e da história, configurando o caráter ontológico da identidade, enquanto o modo de ser da profissão e as mutações de sua construção ante o movimento da realidade social brasileira (SILVA, 2016).

“A identidade profissional é, por sua vez, dinâmica, criando-se e recriando-se ininterruptamente em contextos nos quais as diferenças e a diversidade estão em perfeita interação dialética” (SILVA, 2016, p 83).

Considerando os dados expostos, é possível relacionar a visão imediatista que se tem da identidade da profissão com os fundamentos que a conformaram: uma formação acadêmico-profissional enviesada pelo pensamento conservador, através da influência da Igreja com o neotomismo, as encíclicas papais Quadragésimo Anno e Rerum Novarum, resultando em ações profissionais de

cunho moralizador, que permanecem ainda enraizadas no interior da profissão (CARDOSO, 2013). Ainda que a direção assumida com o Movimento de Renovação do Serviço Social fundamente-se numa perspectiva antagônica.

Deste modo, Silva (2016) entende que a construção da identidade profissional e sua imagem encontram-se atreladas ao suporte teórico-metodológico que a sustenta. O gráfico 34 expressou que a imagem prevalente corrobora com a identidade construída com a Renovação, resultado da aproximação com a tradição marxista no movimento de “intenção de ruptura”, proporcionando as bases para o questionamento da realidade posta, dos determinantes macroestruturais e dos objetivos profissionais e a imagem social que vigorava.

[...] o Serviço Social está construindo uma autoimagem e identidade profissional renovadas, originária dos processos relacionados à própria profissão bem como daqueles relacionados à dinâmica da sociedade brasileira desde a década de 1980, principalmente, cujo principal expoente é a promulgação da Constituição Federal de 1988. (SILVA, 2016, p. 85).

Portanto, convivem hoje na sociedade brasileira uma imagem do Serviço Social que se expressa por sua legitimidade na qual sua base de sustentação configura-se pelo atendimento de demandas tradicionais e emergentes, oriundas dos empregadores e dos usuários dos serviços aos quais se vinculam os assistentes sociais. Além disso, a qualificação dos profissionais para as respostas em atendimento às demandas reportadas confere ao Serviço Social sua afirmação. Para Montaño (2009, p. 197 apud SILVA, 2016, p. 86) uma profissão só pode sobreviver se conseguir “captar demandas emergentes, compreender sua essência e desenvolver novas respostas pertinentes e efetivas”.

Com base nestas constatações e na análise da realidade exposta no gráfico 34, pode-se afirmar que há na sociedade – ainda que em menor expressividade – a convivência entre duas imagens da profissão, a socialmente construída – prática meramente interventiva, tecnicista, caritativa, filantrópica – e uma imagem renovada (GUERRA et al, s/d). Outrossim, se o processo de Renovação instaura uma nova imagem ao Serviço Social, esta se coaduna com a imagem socialmente construída, corroborando para a convivência de traços tradicionais e novos na imagem do Serviço Social (idem).

Silva (2016) reitera que na imagem profissional do assistente social recai a imediatividade, a heterogeneidade e a superficialidade, características de

demandas presentes no cotidiano da ação profissional, o que requer apreensão da totalidade dos fenômenos, das multifacetadas expressões da “questão social”, através da apropriação das dimensões da universalidade, particularidade e singularidade, em que se encontra a reafirmação da identidade renovada do Serviço Social.

No cerne dessa discussão, atenta-se à autoimagem prevalente nos trabalhos analisados, em unanimidade atrelada à visão de um profissional participativo e facilitador de direitos, perspectiva que condiz com o Projeto Ético Político Profissional, materializados nos princípios fundamentais do Código de Ética de 1993, da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/ 93) e das Diretrizes Curriculares de 1996.



Gráfico 35: Autoimagem prevalente do Serviço Social na Instituição
Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

O PEPP, conforme indica Netto (1999), expressa a imagem e autoimagem da profissão, associada à defesa de um projeto societário.

[...] os projetos profissionais “apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (dentre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)” (NETTO, 1999, p. 95 apud GUERRA et al, s/d, p. 05-06).

Todavia, no âmbito desta discussão é importante memorar que o assistente social é um profissional que se insere na divisão sócio-técnica do trabalho e portanto, é dotado de relativa autonomia, o que possibilita desenvolver estratégias e intencionalidade no uso dos instrumentos e das técnicas para o agir profissional e reafirmar a direção de sua prática em defesa dos direitos dos usuários, da democracia e da qualidade dos serviços reiterados no PEPP.

Diante das raízes históricas de fundamentação, teorias e técnicas conservadoras que embasaram as protoformas do Serviço Social, Silva (2016) sinaliza como caminho para o rompimento com os traços de subalternidade presentes na imagem socialmente construída da profissão o efetivo desempenho das competências e atribuições privativas.

Esta análise vai ao encontro da lógica prevalente da organização do trabalho do assistente social, ao vislumbrar que majoritariamente a prática profissional ocorreu de modo democrático (64,5%), enquanto 7% se apresentou como burocrática.

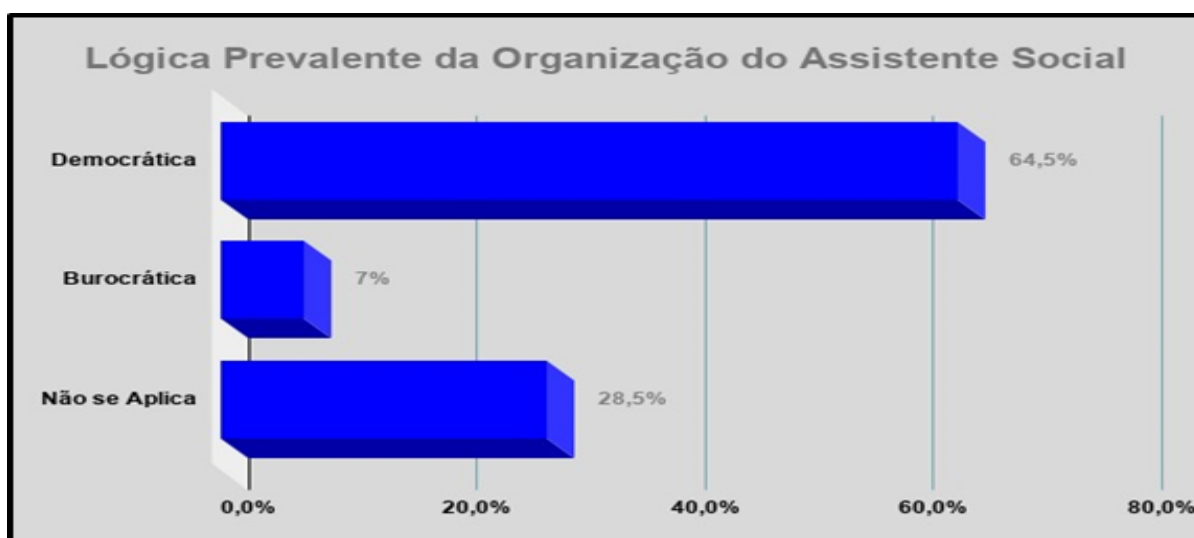


Gráfico 36: Lógica prevalente da Organização do Assistente Social

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Destarte, tecendo reflexões ainda sobre a autonomia relativa do assistente social, reitera-se que nesse movimento, ainda que o profissional detenha autonomia ética e técnica, reitera-se que a condição de trabalhador assalariado impõe as regras das relações de compra e venda da única mercadoria da qual dispõe – a força de trabalho – e, portanto, sujeita-se às condições do sistema capitalista. Assim sendo, “[...] o processo de trabalho em que se insere o Assistente Social não é por

ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do Assistente Social, ainda que dele participe com autonomia ética e técnica.” (IAMAMOTO, 1999, p. 107).

Tal constatação implica afirmar que o trabalho do assistente social, por vezes, é condicionado à lógica da instituição empregatícia, ao deter o olhar sobre o gráfico 37, observa-se que 50% dos profissionais assinalaram estar inseridos em um ambiente de trabalho cuja lógica interna é horizontal e democrática, enquanto que 21,5% reiteraram que os espaços são burocráticos e verticalizados, implicando limites ou fatores intervenientes à atuação profissional.

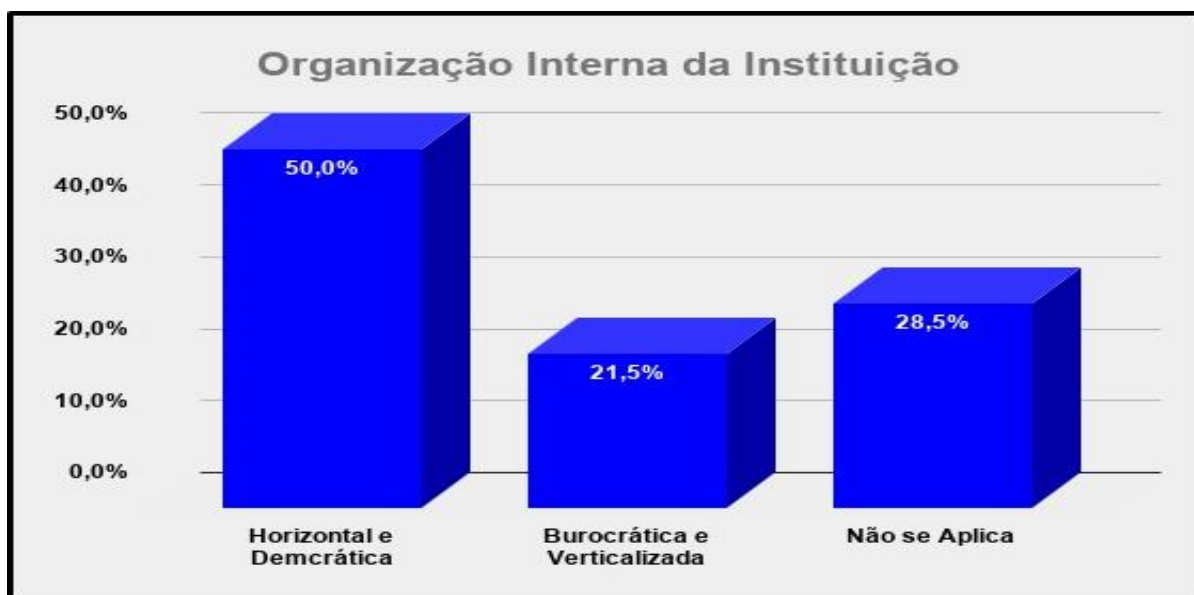


Gráfico 37: Organização Interna da Instituição

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Nesse sentido, Cardoso (2016) reitera que o Serviço Social deve ser envolto por um processo formativo que possibilite responder às demandas advindas da instituição, mas sem perder a centralidade do compromisso com usuários e a defesa dos direitos, apresentando respostas às múltiplas expressões da “questão social”.

Portanto, as demandas postas ao Serviço Social possuem caráter contraditório, situadas na correlação de forças em que estão inseridas, em movimento distinto de interesses entre o capital e as necessidades e os direitos conquistados arduamente pela classe trabalhadora. Assim, o exercício do assistente social é polarizado pelo conjunto de relações sociais e suas condições de trabalho são perpassadas pelas contradições inerentes ao modo de produção capitalista (IAMAMOTO, 2014).

Nesses termos, o assistente social,

[...] participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, de respostas institucionais e políticas às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo dos interesses sociais. (IAMAMOTO, 1982 apud IAMAMOTO, 2014, p. 610).

De encontro a estas constatações, pode-se reiterar o cuidado necessário para que a profissão esquive-se dos traços conservadores que se forjaram nos primórdios da profissão, que a prática não seja reduzida a uma perspectiva acrítica e tecnicista, contentando-se com o possibilismo, como elaborado por Boschetti (2015), que decorre na conformação com as alterações desenvolvidas pela instituição capitalista, aceitando a caracterização do neoliberalismo para as políticas sociais, e não obstante a política de saúde, no trinômio da privatização-focalização-seletividade.

Destarte, reitera-se a necessidade de um profissional que tenha em vista o horizonte com a perspectiva de totalidade dos processos macrosociais.

O exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor e negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade e na aproximação as forças vivas de nosso tempo, tendências e possibilidades aí presentes passíveis de serem apropriadas pelo profissional e transformadas em projetos de trabalho profissional. (IAMAMOTO, 2014, p. 611).

Nesta perspectiva, destaca-se a dimensão política inerente à prática profissional, que reitera uma intervenção para além do “saber fazer”, conferindo unidade teórico-prática à ação do assistente social, situando as demandas na realidade sócio-histórica e a intervenção voltada à defesa dos direitos, da cidadania e ao aprofundamento da democracia (idem).

Guerra (1999) sinaliza como razão para a dicotomia entre teoria e prática no Serviço Social, a apropriação equivocada da teoria marxiana, e não a suposta insuficiência dessa concepção teórica-metodológica, a gênese, as articulações, e a constituição da instrumentalidade da profissão. A medida que o assistente social concebe autonomia à metodologia e ao instrumento, em um movimento de dissociação entre eles, decorre numa compreensão superficial dos fenômenos,

reduzindo a dimensão macrossocial das demandas à sua dimensão técnica, denominada por Guerra (1999, p. 170) no processo de transformação do essencial no acessório, eximindo-se da “[...] natureza ontológica das relações sociais”.



Gráfico 38: Articulação entre teoria e prática

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Essa dicotomia resulta da racionalidade burguesa que, em favor de seu projeto, não admite a unidade entre as dimensões, direcionando ao viés conservador. No âmbito estrito do Serviço Social, isto se manifesta na divisão entre trabalho manual e intelectual, quando o assistente social, ao conceber a profissão em seu caráter eminentemente interventivo, marginaliza o aporte teórico, reduzindo a apreensão da realidade, as expressões da “questão social”, os dados em que intervém a uma explicação unicausal, à determinação econômica, expropriando-se das multifacetadas do real (GUERRA, 1999). Tal realidade, condiciona a uma intervenção burocrática, fragmentada e incompleta:

[...] O que aí aparece, e se coloca tanto como um entrave à intervenção quanto como uma derivação e exigência de uma determinada concepção acerca da relação teoria/prática, é a aplicação indiscriminada de modelos na análise e diagnósticos da realidade; a utilização de técnicas e instrumentos retirados de manuais; o estabelecimento de princípios, normas e regulamentos das ações e aceitação acrítica dos já instituídos, prevalecendo uma relação de exterioridade entre o sujeito e o objeto e de neutralidade entre os sujeitos envolvidos neste processo. (GUERRA, 2009, p. 172).

As atividades burocráticas são integrantes do cotidiano profissional do assistente social, todavia, a problemática se acentua quando o profissional restringe

sua ação a esta perspectiva, dissociando-a do contexto macrosocial em que se insere.

A este respeito, Boschetti (2015) tece reflexões concernentes à reatualização do pragmatismo no interior do Serviço Social, reconhecendo a profissão unicamente pela dimensão da prática. No âmbito da formação, o pragmatismo se expressa no metodologismo – a busca por metodologias que objetivam uma atuação conservadora, prescritiva e empirista, embasada no tecnicismo e positivismo, com primazia do arsenal técnico sobre a perspectiva crítica e dimensão política –; no teorismo acrítico – fundamentado em perspectivas abstratas, neutras, pós-modernas, que condizem com a direção de conservação do *status quo*, distante do desvelamento real –. No âmbito da atuação, o pragmatismo se reveste no chavão “[...] na prática a teoria é outra”, reflexo de uma prática profissional enviesada por postura acrítica, imediatista e praticismo.

Guerra (1999) acrescenta que a dicotomia teoria/prática ante as distintas formas que assuma, possui como fundamento último, as necessidades materiais de produção. Enquanto via possível de superação da dicotomia teoria e prática, situa-se a necessária *práxis*, que além de ser constitutiva de instrumentalidade que não se reduz à dimensão instrumental de reprodução das condições materiais do ser social, do contrário, integra a categoria ontológica da totalidade, que permite a compreensão dialética da realidade, no movimento de apreensão do universal-particular-singular, envolvendo todas as dimensões dos processos sociais.

Dito isto, é possível compreender que a *práxis* social possibilita o reconhecimento do homem enquanto ser social crítico, se cria e recria inserido no movimento de dinamicidade e altera a realidade, assim “a [...] racionalidade substantiva é constitutiva e constituinte e constituída na *práxis*” (GUERRA, 1999, p.188).

[...] A *práxis* se coloca como campo no qual as articulações, nexos e relações entre racionalidade – objetiva e subjetiva – e instrumentalidade se estabelecem. Enquanto campo de mediações, a *práxis* tem na atividade seu traço vital, já que a instrumentalidade coloca-se à *práxis* como conduto de passagem. Mas não é só isso: a *práxis* porta, constrói e expressa uma racionalidade, que por sua vez encontra na ação “sua orientação e o seu caminho.” (LUKÁCS, 1989, p. 35 apud GUERRA, 1999, p.188).

Mais,

[...] A racionalidade da *práxis*, enquanto consciência das

possibilidades objetivas e subjetivas da ação humana, coloca-se tanto como um conduto de passagem e eixo articulador entre teoria e prática quanto como uma particularidade da práxis, porque expressa-se, determina-se como “concretização crítica” (LUKÁCS, 1968, p. 177 apud GUERRA, 1999, p.191).

Nesse sentido, a racionalidade da *práxis* possibilita que os sujeitos ultrapassem o nível da imediatez, da aparência fenomênica e compreenda os nexos e as múltiplas determinações que integram a totalidade social.

Deste modo, não deve existir predileção entre teoria e prática, mas mediante concepção dialética que envolve as duas categorias direcionarem a perspectiva de transformação dos processos em que estão imersos e aptos a serem aplicáveis/utilizados. Assim entende-se que a *práxis* está além da união entre teoria e prática, envolta pelas mediações (FERNANDES, 2016).

Conforme elucida Boschetti (2015, p.648),

É preciso compreender que nenhuma teoria “se aplica” ao e no real. A teoria é o real captado pelo pensamento (o concreto pensado), que busca explicar os fenômenos da realidade em uma perspectiva de totalidade. A teoria pode subsidiar a ação profissional e/ou política na transformação do real, por isso é uma mediação para a ação. Teoria não é e nunca será uma receita de intervenção profissional.

Ante o exposto, é evidente que no universo de apreensão do real há distintas perspectivas de análise e diferentes racionalidades, as quais incidem em maior ou menor escala no Serviço Social. Destarte, atenta-se nesse movimento para a relação entre racionalidade e instrumentalidade, que configura o modo de ser e de pensar da profissão, seja em âmbito interventivo, seja no âmbito das elaborações teóricas e analíticas.

A instrumentalidade, pela qual o Serviço Social consolida a sua natureza e explicita-se enquanto um ramo de especialização, ao mesmo tempo em que articula as dimensões instrumental, técnica, política – pedagógica, intelectual da profissão, possibilita não apenas que as teorias macroestruturais sejam remetidas as análises dos fenômenos processos e prática sociais, mas sobretudo, objetivar essa compreensão por meio de ações competentes, técnica, intelectual e politicamente. (GUERRA, 1999, p. 200).

Deste modo, consciente de que a instrumentalidade do Serviço Social envolve a conexão entre as diferentes dimensões que a constituem e por

consequente, não se restringe ao desenvolvimento de ações instrumentais e técnicas, por ora, volta-se a ela para vislumbrar os principais instrumentos técnico-operativos utilizados no trabalho na área da saúde junto aos idosos, que imprescindíveis à intervenção e à construção do reconhecimento social da profissão. Assim, reitera-se que embora os instrumentos detenham caráter burocrático, sua finalidade pode ser possuidora de caráter planejador, criador, democrático, conforme disposto na Figura 5 a seguir.



Figura 5: Principais instrumentos técnico-operativos

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Assim, Fernandes (2016), reitera que os instrumentos e as técnicas constituem os instrumentais da prática profissional, nesse sentido, Santos (2013 apud L. F. PORTES; M. F. PORTES, 2016, p. 66), atribui à dimensão técnico-operativa o modo de ser da profissão, haja vista que as respostas profissionais às demandas institucionais e dos usuários se expressam nessa dimensão, ainda que os instrumentos “[...] não se configuram nas respostas profissionais em si, mas se tornam elementos que contribuem para a materialização das ações profissionais”.

Deste modo, destaca-se a conceituação de instrumentos e técnicas:

Sarmiento (1994, p. 245) conceitua o instrumento como “(...) sempre orientado por um determinado conhecimento, uma teoria social, ou seja, é sempre utilizado intencionalmente. É através do instrumento que vamos experimentando a teoria social, na medida em que permite que se vá objetivando as categorias da realidade”. Nesse sentido, fica evidente que não se pode pensar no instrumento desvinculado de suas finalidades, suas projeções e interesses. Os instrumentos se expressam como meios de efetivar, de se realizar a intervenção profissional. São elementos “necessários à atuação técnica, através dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades” (GUERRA, 2008, p. 47). A

técnica, por sua vez, consiste nos conhecimentos e habilidades necessários para o uso e manejo dos instrumentos, podendo ser definida no sentido de ser “a habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos”. (VARGAS, 1994, p. 15 apud L. F. PORTES; M. F. PORTES, 2016, p. 67).

Com base nas elaborações de Guerra (2013), o instrumental técnico operativo corresponde ao conjunto de procedimentos e ações que embasam a prática profissional, constituído por estratégias, instrumentos, técnicas, conhecimentos específicos, ética, cultura tanto profissional quanto institucional e as especificidades das organizações.

Nesse sentido, embora os instrumentos e as técnicas possuam finalidades e perspectivas distintas, apreendê-los em sua unidade dialética possibilita compreendê-los na relação orgânica que os articula, ultrapassando o viés meramente operacional da prática profissional e adentrando a esfera da finalidade, da intencionalidade e refletir as consequências da intervenção. Assim, a unidade dialética associa as dimensões que constituem a profissão (FERNANDES, 2016).

Nesta direção, parafraseando as autoras L. F. Portes e M. F. Portes (2016), memora-se que refletir sobre a dimensão técnico-operativa não deve dar-se de modo independente e/ou desarticulado das dimensões ético-política e teórico-metodológica, ao expressarem a unidade da diversidade.

Ao voltar-se para a Figura 5, é possível reiterar o pensamento das autoras ao constatar que o diferencial nos instrumentos e técnicas diz respeito às formas e às perspectivas aplicadas em seu uso no cotidiano da atuação profissional e não necessariamente a novas ferramentas, mas que são reconstruídas no tempo e na história do Serviço Social (L. F. PORTES; M. F. PORTES, 2016).

Nesta perspectiva em que se funda a instrumentalidade da profissão, com o intuito de forjar um profissional que compreenda a finalidade e a objetivação de sua intervenção profissional para além de um mero agente técnico e executor de políticas sociais, o que não significa eximir sua capacidade técnica, mas que esta deve ser apregoada de capacidade intelectual e crítica sobre a realidade social e seu objeto de intervenção – apreendendo a “questão social” nos seus múltiplos determinantes causais (COSTA, 2008).

Nestes termos, cabe sublinhar que o assistente social possui ângulos particulares que lhe permitem atribuir intencionalidade na ação, configurando o modo de operar os instrumentos e as técnicas em seu exercício profissional, num

movimento tênue entre os interesses institucionais/dos empregadores/da burguesia e a viabilização dos direitos dos trabalhadores, intervenção dotada de capacidade técnica, teórica, política e ética a orientar e conduzir o agir profissional na perspectiva do Projeto Ético Político Profissional.

[...] a contradição que esta modalidade de racionalidade porta, e o confronto que estabelece com a instrumentalidade, põe as condições de superação, o que, contudo, só pode se realizar na práxis, entendida como a síntese superadora tanto da universalidade in totum da instrumentalidade quanto da racionalidade formal-abstrata própria da ordem burguesa constituída. (GUERRA, 1999, p. 205).

Deste modo, faz-se pertinente atentar para a perspectiva em que as obras sobre o trabalho dos assistentes sociais versavam, para tanto, observa-se o gráfico 39 abaixo:

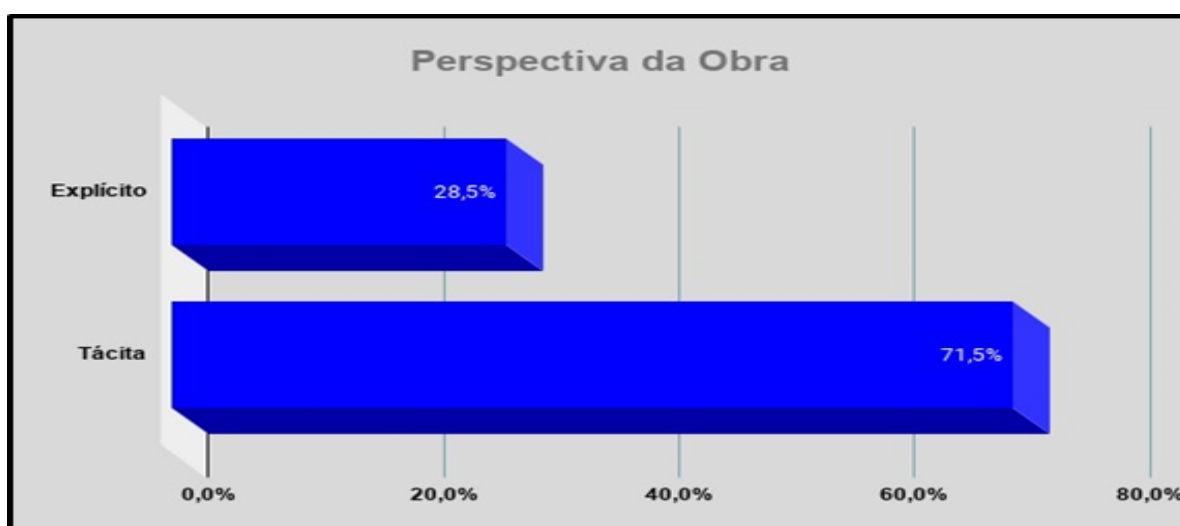


Gráfico 39: Perspectiva da Obra

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

Assim, embora a perspectiva apresente-se significativamente de modo implícito (71,5%) no corpo textual, pode-se identificar que as obras direcionavam-se através do viés crítico analítico, na defesa da RSB, no conceito ampliado de saúde e, por conseguinte, na direção estabelecida pelo PEPP.

A hegemonia do projeto profissional que hoje vigora no Serviço Social, após a “intenção de ruptura”, decorre da efervescência política, cultural e intelectual no seio da profissão e em segmentos da sociedade em geral, nos anos de 1980, período em que a categoria de assistentes sociais em seus espaços político-organizativos aproximou-se da teoria marxista, buscando a ruptura com a perspectiva conservadora e tecnoburocrática e assumem a direção sociopolítica em

defesa dos interesses da classe trabalhadora, expressos através do Código de Ética de 1986 (ABRAMIDES, 2006).

Como indica Abramides (2006, p.117-118), a direção sócio-política da profissão se constrói em decorrência do Movimento de Renovação através da perspectiva de “intenção de ruptura” com o fundamento e referencial teórico-analítico do conservadorismo, assumida através das entidades deliberativas e representativas da organização da categoria, expressas nas características elementares:

- a- a perspectiva de análise sob a angulação da totalidade da vida social;
- b- a compreensão da profissão na divisão sociotécnica do trabalho;
- c- o significado social da profissão no processo de reprodução da força de trabalho
- d- o legado marxiano e a tradição marxista como referenciais teóricos de análise, interpretação e transformação radical da sociedade de classes e que conformam a direção sociopolítica do projeto profissional.

Reitera-se que a direção assumida na vinculação entre PEPP e projeto societário implica necessariamente a recusa ao neoliberalismo enquanto política macroeconômica do capital e qualquer forma de sistema de exploração sobre o homem, esta constatação se faz pertinente para alertar a categoria profissional sobre a direção e o comprometimento político devido, a fim de esquivar-se de posicionamentos que mascaram e/ou reforçam práticas conservadoras e a desigualdade social.

Não obstante este cenário, somam-se as especificidades do panorama da saúde, ante os processos de contrarreforma e flexibilização na área. Chão histórico distinto aos anos 1980 quando incidiram lutas efervescentes em prol da democracia e constituição do SUS, Bahia (2018, p. 02) sinaliza os fatores internos que inviabilizaram a plena efetivação da política de saúde pública e universal na sociedade brasileira: “[...] políticas macroeconômicas restritivas e sociais focalizadas, além da herança (ou a dependência) da trajetória de um sistema privado, mitigaram (para alguns) ou interditaram (para outros) a consolidação de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico”, reflexos que rebatem no acesso da pessoa idosa aos serviços e às ações necessários ao atendimento de suas necessidades ante ao processo de adoecimento.

Portanto, entende-se que a não efetivação do SUS constitucional não

decorre de um fator unicausal, mas atrela-se a uma multiplicidade de fenômenos.

Decerto, é inegável a incidência do tensionamento entre as esferas público versus privado, identificando a notável presença de sistemas, planos privados, atividades empresariais no âmbito da assistência à saúde, expressando a força do modo de produção e reprodução social do capital. Outrossim, os dias hodiernos reafirmam a necessidade de defesa de um sistema público e universal de saúde, ante as tentativas de desconstrução do SUS pelo capitalismo, permanece como principal responsável em solucionar e atender as problemáticas em saúde da sociedade brasileira (idem).

No cerne das discussões estabelecidas neste estudo, se faz pertinente para fins dos objetivos propostos, atentar sobre as ações desenvolvidas pelo assistente social junto aos idosos, no intento de identificar se elas estão alinhadas ao estabelecido com o PEPP. Para tanto, observa-se o exposto no gráfico 40 abaixo:

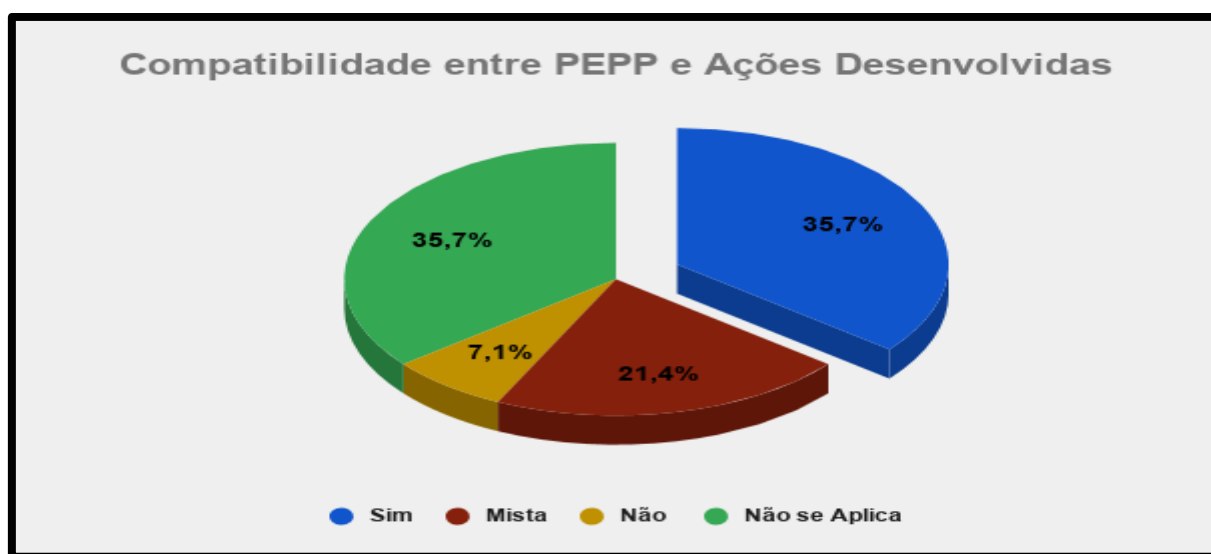


Gráfico 40: Compatibilidade entre PEPP e Ações Desenvolvidas

Fonte: Dados Primários (João Pessoa-PB, 2020)

O gráfico expressa que 36% dos trabalhos analisados assinalaram que há compatibilidade entre as ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde junto aos idosos e o estabelecido pelo PEPP, todavia, um número significativo dos artigos científicos manifestaram que essa relação acontece de forma contraditória e 7% que não havia compatibilidade, isto significa dizer que ações e estratégias elaboradas no cotidiano de trabalho encontram-se distantes da direção hegemônica da profissão, das orientações e prerrogativas estabelecidas através das entidades político-organizativas do Serviço Social.

Deste modo, observa-se que as ações do assistente social são entrelaçadas por traços conservadores. Assim sendo, reitera-se que o conservadorismo constitui-se numa perspectiva que permeia o Serviço Social desde suas protoformas e se faz presente explícita e/ou implicitamente na profissão em dias hodiernos, mesmo em face da prevalência formal da teoria marxista, advinda concretamente com a “intenção de ruptura”, fruto do processo de renovação do Serviço Social brasileiro, o que o configura enquanto profissão interventiva/prática na divisão social e técnica do trabalho, operacionalizando respostas conservadoras às demandas resultantes da contradição inerente entre capital versus trabalho, em suma, a “questão social” – seu objeto de intervenção. (NETTO, 2009, apud BOSCHETTI, 2015).

O conservadorismo em que se funda e é gestado o Serviço Social, tal como seu exercício profissional e sua intervenção é constitutivo de sua própria natureza contraditória, demandada pelo capital e pelo Estado a atuar junto à classe trabalhadora, o que implica necessariamente na defesa de direitos da classe subalterna e corrobora com a intencionalidade da sociedade do capital em atenuar o conflito entre as classes divergentes.

Importa salientar que no âmbito dessas constatações, o conservadorismo que influi no revigoramento do tecnicismo, por vezes, resulta em uma perspectiva fatalista da profissão, atrelada à ideia que ante as condições postas, nada lhe é permitido fazer para viabilizar direitos sociais e ampliar a democracia (IAMAMOTO, 1999).

Considera-se aqui que o conservadorismo nunca deixou de permear a formação e o trabalho profissional. Por vezes explícita, por vezes implicitamente, sempre esteve presente, e também não é uma exclusividade do Serviço Social. Defende-se, portanto, que o conservadorismo não é um traço exatamente novo e atual que distanciaria uma “base” conservadora de assistentes sociais de uma suposta “vanguarda” progressista. O que orienta essas reflexões é uma perspectiva que defende que o conservadorismo é, e sempre será, alimento imprescindível da reprodução do capital, e por isso nunca sai de cena. Ou seja, é um alimento central para conservar a sociedade capitalista e sempre estará a seu dispor. (BOSCHETTI, 2015, p. 639).

Ante o exposto, identifica-se que a instrumentalidade do assistente social no trabalho em saúde com os idosos possui prevalência da razão instrumental como norte das ações desenvolvidas e por vezes, apresenta-se mista e contraditória, resultando-se no distanciamento dos princípios estabelecidos com o PEPP.

Para tanto, adverte-se que a hegemonia do PEPP na categoria foi forjada no

movimento de luta e resistência, num processo dinâmico contra o conservadorismo e os interesses do capital. O que se faz necessário para evitar que os assistentes sociais caiam no possibilismo, no contentamento com as mudanças que ocorrem no interior das instituições capitalistas, na aceitação de direitos enviesados de critérios seletivos e fragmentados (BOSCHETTI, 2015).

O assistente social deve possuir como norte a apreensão concreta do real e para tal deve apropriar-se da categoria mediação, ao permitir realizar o movimento universalidade-particularidade-singularidade, ultrapassando a esfera da imediaticidade e reafirmar a direção posta com o PEPP, princípios que norteiam não somente o exercício profissional, mas sinaliza o horizonte para a defesa de um novo projeto societário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Feitas as ponderações no decorrer deste estudo, pode-se tecer algumas considerações sobre a instrumentalidade do assistente social que atua na política de saúde na assistência prestada aos idosos, objeto de estudo desta pesquisa.

As análises aqui tecidas evidenciaram que os conceitos e as categorias mais citados nas amostras não associaram-se à discussão do “trabalho” ou do “trabalho em saúde”, o que implica num distanciamento da categoria principal da teoria marxista e pode incorrer em lacunas na compreensão de outras categorias a ela associadas, tais como a mediação, a alienação e a exploração.

Ao considerá-lo enquanto processo de trabalho que se funda coletivamente, o “trabalho em equipe e multidisciplinar” se apresentou como discussão predominante (57%) no debate sobre o trabalho do assistente social na saúde junto ao idoso dentre os artigos analisados, tendo em vista que esta é também uma característica – ou necessidade – do trabalho em saúde, por sua vez, destacaram-se também a discussão dos direitos sociais e da cidadania (43%) e a qualidade dos serviços (7%), ambos previstos no Código de Ética Profissional e, portanto, relacionados ao PEPP.

Conforme as constatações deste trabalho, a identidade do Serviço Social resultou das representações e dos processos de socialização que se forjaram nas mudanças do tempo e da história, assim como sua construção encontra-se atrelada ao aporte teórico-metodológico que a sustenta. Assim, observou-se a convivência entre duas imagens da profissão, 7% a identificaram como imediatista – imagem socialmente construída, ante as protoformas da profissão com fundamentação conservadora, ações de cunho moralizador e meramente técnicas, burocráticas – e a imagem renovada do Serviço Social, 57%, fruto do Movimento de Renovação e da perspectiva de “intenção de ruptura”, tornando-se hegemônica entre a categoria profissional, o que implica dizer que persiste a existência de traços tradicionais e novos à imagem do Serviço Social.

Ademais, atenta-se à autoimagem prevalente nos artigos científicos, em unanimidade atrelada à visão de um profissional participativo e facilitador de direitos, perspectiva condizente com os princípios fundamentais do Código de Ética de 1993, da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/ 93) e das Diretrizes

Curriculares de 1996, documentos que expressão a materialização e a direção assumida pelo Projeto Ético-Político Profissional.

Ressalta-se como elemento importante de compreensão para a análise proposta, a lógica prevalente da organização do trabalho do assistente social, ao vislumbrar que majoritariamente a prática profissional ocorreu de modo democrático (64,5%), enquanto 7% a identificaram como burocrática. Todavia, observa-se que o trabalho do assistente social, por vezes, é condicionado à lógica da instituição empregatícia, nesse sentido, 50% dos profissionais assinalaram estar inseridos em um ambiente de trabalho cuja lógica interna é horizontal e democrática, mas 21,5% reiteraram que os espaços são burocráticos e verticalizados, implicando limites ou fatores intervenientes à atuação profissional.

No tocante à relação teoria e prática, identificou-se que 57% vislumbraram ser materializadas por mediações, enquanto 28,5% que se manifestaram apenas no discurso – idealmente –. Essa análise se faz pertinente, ao considerar que o assistente social ao conceber autonomia à metodologia e ao instrumento, num movimento de dissociação entre as duas categorias, decorre em sua dicotomia, numa compreensão superficial dos fenômenos sociais e reduzindo o exercício profissional à dimensão técnica e uma intervenção fragmentada e burocrática.

As análises aqui elaboradas permitiram vislumbrar que o diferencial nos instrumentos e nas técnicas consistem nas formas de abordagem e nas perspectivas apregoadas em seu uso durante o exercício profissional do assistente social, alterando-se na dinamicidade da história.

Constatou-se que a perspectiva presente nos trabalhos científicos, ainda que expressivamente implícitos no corpo textual, as obras direcionavam em viés crítico-analítico, no conceito ampliado de saúde e, por conseguinte, na direção estabelecida pelo PEPP, o que representa um movimento de resistência na contramão da política macroeconômica neoliberal, das medidas restritivas e focalizadas, ao deslocar a saúde para a lógica de privatização.

Destarte, nos aspectos relativos à compatibilidade entre o PEPP e as ações desenvolvidas, 36% indicaram que, de fato, há compatibilidade com o PEPP, para 21% ocorreu de forma mista, e 7% das produções científicas assinalaram que não existe compatibilidade entre as ações do assistente social em seu exercício e a direção hegemônica da categoria.

Ante as categorias e análises tecidas ao longo do estudo, os dados da

pesquisa direcionam a confirmar a hipótese, pois a instrumentalidade do trabalho do assistente social junto a idosos no setor saúde é mista, com a forte presença da razão instrumental, dissociando-se da perspectiva assumida pelo PEPP, pois a intencionalidade da ação, por vezes, esbarra nas condições objetivas de trabalho.

Reitera-se que o exercício profissional deve possuir como horizonte a articulação entre as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico metodológica, que constituem a instrumentalidade e possibilitam efetivar o movimento entre a tríade universal-singular-particular, com vistas à apreensão dos fenômenos sociais em sua totalidade e, por conseguinte, o distanciamento da dicotomia teoria versus prática, ainda presente na atuação profissional.

Por fim, reafirma-se a necessidade do trabalho do assistente social estar articulado com a legislação em vigor, a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), mas, sobremaneira, retomar as discussões e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), ante o cenário de desmonte e desconstrução de direitos, o SUS é o sistema responsável em atender as necessidades em saúde dos sujeitos, tal como a defesa do Projeto de Reforma Sanitária e sua articulação com as lutas mais gerais da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Suéllen Bezerra. **Serviço Social e envelhecimento: estudo dos fundamentos teóricopolíticos sobre velhice na produção de conhecimento do Serviço Social no Brasil**. 2014. 138 folhas. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ALVES, Suellen Bezerra; CAMPELO e PAIVA, Sálvea de Oliveira; ARRUDA, Fernanda Tavares. Produção de conhecimento no serviço social sobre as lutas e proteção social à velhice dos trabalhadores. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 75-83, jan./jul. 2016.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17(11), p. 2865-2875, 2012.

BAHIA, Lúgia. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV Rev. Ampl, 2 ed. 2008.

_____. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, vol.34, n.7, 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed., São Paulo, Cortez, 2006.

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

_____. **Lei nº 8080/90**, 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 de fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 510**, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF nº 98, 24 de maio de 2016, seção 1, páginas 44-46.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

BLESSMANN, Eliane Jost. **Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-Graduação Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS. 2003.

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

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. 2004.

_____. Política de Saúde no Brasil. *In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). Serviço Social e saúde*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006, p. 88 -110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed., Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

_____; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.** Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia. **Os Novos Idosos Brasileiros**: Muito Além dos 60. Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CFESS. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99**, de 29 de março de 1999. Brasília, DF, 29 de março de 1999.

_____. **PARECER JURÍDICO N.º 11/ 09**, de 23 de abril de 2009. São Paulo, 2009.

_____. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 557/2009**, de 15 de setembro de 2009. Brasília, DF, 2009.

_____. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 569**, de 25 de março de 2010. Brasília, DF, 2010.

_____. **Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF, 2010.

_____. **Gestão Tempo de Luta e Resistência-Pessoa Idosa**: Sujeito de direitos. Brasília, DF, 2011.

_____. **Práticas terapêuticas no âmbito do serviço social: subsídios para aprofundamento do estudo**. Brasília/DF, 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/praticas.php>

_____. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. Brasília, DF, 2010..

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

SCOREL, Sarah. **Equidade em saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

FAERMANN, Lindamar Alves. O trabalho do assistente social no contexto da crise do capital: problematizações necessárias. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, n. 36, v. 13, p. 123-154, 2015.

FELIX, Jorgemar Soares. **Economia da Longevidade: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos**. 2009, 107 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

FERNANDES, Odete. _Categorias fundamentais para a compreensão da instrumentalidade no trabalho do assistente social. *In*: LAVORATTI, Cleide; COSTA, Dorival(Org.). **Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário**. Ponta Grossa, Estúdio Texto, 2016. 261 p. 2.300.

FRATINI, Juciane Rosa; SAUPE, Gaio Rosita; MASSAROLI, Aline. REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: contribuição para a integralidade em saúde. **CiencCuidSaude**, 2008, n. 7, v. 1, p. 65-72. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>. Acesso em: 29 de janeiro de 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed., São Paulo, Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lúgia, et al (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 89-120.

GUERRA, Alcení. **ABC do sus doutrinas e princípios**. Brasília/DF 1990.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1995.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. n. 62. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, et al. Imagem do assistente social: essência e aparência de uma categoria profissional. 2015, Belo Horizonte. **Anais do III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte, 2015.

GOLDMAN, Sara Nigri. ENVELHECIMENTO E AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. **Caderno Especial, nº8**. O Serviço Social e a questão do envelhecimento. 4 ed., 2005.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25 ed. São Paulo, Cortez, 2015.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**; tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, Janeiro/Abril 2012.

KRUGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

LESSA, Sérgio. Trabalho e Sujeito Revolucionário: a classe operária. *In*: **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV/ Fiocruz, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MEIRELLES, Dimária Silva e. O Conceito de Serviço. **Revista de Economia Política**, vol. 26, nº 1 (101), pp. 119-136, janeiro-março/2006.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MENDES, Márcia R.S.S., et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. **Políticas públicas para idosos no Brasil: análise à luz da influência das Normativas Internacionais**. 2015. 172 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NOGUEIRA, Roberto Passos . O trabalho em serviços de saúde. *In*: SANTANA, José Paranaguá (coord.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. OPAS, Texto de apoio a Unidade Didática I.

NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. 20 ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.63-86, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5979>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2017.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In*: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/CEPESC/Abrasco; 2007.

PEREIRA, Potyara A. P. Formação em Serviço Social, política Social e envelhecimento populacional. **Ser Social**, Brasília, n.21, p.241-257, 2007.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez., 2013.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Panam Salud Publica**. 2012; n. 31, v. 3, p. 260–268.

SARMENTO. Helder Boska de Moraes. O instrumental técnico em Serviço Social: alguns apontamentos sobre o relacionamento. *In*: LAVORATTI, Cleide; COSTA, Dorival (Org.). **Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário**. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. 261 p.; 2.300.

SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. Idoso: um novo ator social. 2012, Ponta Grossa. **Anais do IX ANPED SUL**, 2012.

SILVA, André Luis da. **A imagem e identidade profissional do assistente social expressas no cotidiano**: um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SILVA, Dimária; MEIRELLES. O Conceito de Serviço. **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 1 (101), p. 119-136, 2006.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Serviço Social: razão ontológica ou instrumental? **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 72-81, jan./jun. 2013.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Recife, A Autora, 2010.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8(1), p. 119-132, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em. 28 de abril de 2018.

SOUZA, Moema Amélia Serpa de. **O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos**. Recife: O Autor, 2009.

TEIXEIRA. Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

TORRES, Mabel Mascarenhas. SANTOS SÁ, Maria Auxiliadora Ávila dos. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. **REVISTA CIÊNCIAS HUMANAS – UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU)**, Brasil, v. 1, n. 2, 2008.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. Recife: O Autor, 2013.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 2009; v. 43(3), p. 548-54.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17(1), p.58-68, 2003.

YAAKOUB, Melissa Cavalcanti. **Processo de trabalho no serviço social no âmbito hospitalar: rompendo com práticas burocratizadas?** 2004.

ANEXO

ANEXO I – Roteiro de Pesquisa



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

ROTEIRO PARA LEITURA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE PESQUISA
BIBLIOGRÁFICA – PPGSS / SEPSASS

REFERÊNCIA DA OBRA			
Título:			
Autoria:			
Ano:			
Eixo temático:			
Páginas:			
Código do trabalho:			
Vinculação dos autores à instituição:			
☐ pública (intervenção)		☐ de ensino e pública (universidade)	
☐ privada (intervenção)		☐ de ensino e privada (faculdade)	
☐ OS/Fundação/Terceiro Setor/ONG (intervenção)		☐ de ensino EAD	
Região de onde o trabalho é oriundo:			
Tipo de trabalho:			
☐ ENPESS Ano: Eixo temático:	☐ CBASS Ano: Eixo temático:	☐ Periódico Ano: Identificar:	
URL e data de acesso:			

CARACTERIZAÇÃO DA OBRA	
Tema:	
Objeto / enfoque:	
Objetivo geral:	
Vinculação com tema da pesquisa:	
Objetivo central se vincula ou corresponde ao tema da pesquisa?	
☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente	
Conceitos ou categorias principais da obra (palavras-chave):	Tipo de pesquisa/estudo: ☐ pesquisa de campo; ☐ estudo de caso; ☐ pesquisa documental; ☐ relato de experiência; ☐ debate; ☐ estudo ou revisão sistemática;

	☐ dossiê; ☐ editorial; ☐ outro
Teoria norteadora: ☐ tácito ☐ explícito Identificar: ☐ não identificada ☐ com ecletismo; ☐ sem ecletismo	Enfoque metodológico: ☐ tácito ☐ explícito Identificar: ☐ não se aplica
Universo: Amostra: ☐ não se aplica	Característica da amostra: ☐ contexto de atenção básica; ☐ contexto de média complexidade; ☐ contexto de alta complexidade ☐ não se aplica
Resumo:	

CONTRIBUIÇÕES DA OBRA – TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	
Categorias e conceitos ou descritores (por ordem de relevância – escolher as 2 que mais aparecem): ☐ trabalho ou trabalho em saúde; ☐ exercício ou prática profissional; ☐ Serviço Social; ☐ assistente social	
Incidência de temáticas: ☐ trabalho em equipe, multiprofissional ou interdisciplinar; ☐ trabalho em saúde e trabalho coletivo; ☐ trabalho intersetorial; ☐ exercício profissional; ☐ autonomia; ☐ dimensão ético-política; ☐ dimensão teórico-metodológica; ☐ dimensão técnico-operativa; ☐ instrumentos técnico-operativos; ☐ controle institucional; ☐ qualidade dos serviços; ☐ direitos e cidadania	
Incidência de temáticas relacionadas aos idosos ☐ proteção social; ☐ idoso ou idosos; ☐ envelhecimento; ☐ terceira idade; ☐ família; ☐ cuidados; ☐ Estatuto do Idoso; ☐ Política Nacional do Idoso; ☐ Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; ☐ Lei do Acompanhante;	
Perspectiva da obra (qual a perspectiva do trabalho identificada na obra?)	

- ☐ tácita; ☐ explícita
Demandas para o Serviço Social (da instituição, das equipes, dos usuários – idosos): - ☐ não se aplica
Estratégias do Serviço Social: - ☐ não se aplica
Principais ações desenvolvidas pelo assistente social: - ☐ não se aplica
Lógica prevalente de organização do trabalho do assistente social: ☐ imediatista; ☐ burocrática; ☐ democrática; ☐ não se aplica
Imagem prevalente do Serviço Social na instituição: ☐ imediatista; ☐ generalista; ☐ participativo e facilitador de direitos; ☐ não se aplica
Autoimagem prevalente do Serviço Social na instituição: ☐ imediatista; ☐ generalista; ☐ participativo e facilitador de direitos; ☐ não se aplica
Organização interna da instituição: ☐ burocrática e verticalizada; ☐ horizontal e democrática / controle social; ☐ não se aplica
Desafios para o Serviço Social: - ☐ não se aplica
Principais instrumentos técnico-operativos: - ☐ não se aplica
Acerca da questão “real/ideal”, existe compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelo assistente social? - ☐ não se aplica
Principais direitos defendidos no exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde junto a idosos: - ☐ não se aplica

Sobre a organização do trabalho, como ocorre a articulação entre teoria e prática? ☐ no discurso (idealmente); ☐ materializada por mediações; ☐ não se aplica
CONTRIBUIÇÕES DA OBRA – IDOSOS
Categorias e conceitos ou descritores (por ordem de relevância – escolher as 2 que mais aparecem): ☐ idoso; ☐ idosos; ☐ velhice; ☐ velho; ☐ envelhecimento; ☐ família; ☐ cuidador; ☐ cuidadores; ☐ acompanhante; ☐ acompanhantes;
Incidência de temáticas: ☐ aposentadoria; ☐ cuidados; ☐ cuidador; ☐ acompanhante; ☐ direitos sociais e cidadania; ☐ proteção social; ☐ deficiência; ☐ dependência; ☐ envelhecimento ativo; ☐ terceira idade; ☐ família; ☐ gênero; ☐ Instituições de Longa Permanência (ILP); ☐ Estatuto do Idoso; ☐ Política Nacional do Idoso; ☐ Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; ☐ Lei do Acompanhante; ☐ violência; ☐ abandono / negligência; ☐ internação hospitalar
Concepção de velhice: - ☐ não se aplica
Principais direitos identificados na concretude da assistência à saúde: - ☐ não se aplica
Principais dificuldades no trabalho com idosos (de ordem macro estrutural / institucional): - ☐ não se aplica
Principais dificuldades no trabalho com idosos (de ordem micro estrutural: profissional / formação; conhecimento): - ☐ não se aplica

QUADROS-CHAVE PÓS-ANÁLISE EXPLICATIVA

Relação das obras selecionadas para análise (listar todos os títulos e colocar por anos):

-

-

-							
Quantitativo de obras por descritores entre 2013 e 2018 (especificar de onde provêm os dados):							
Obra (título) e fonte		Ano	trabalho trabalho saúde	ou em	exercício prática profissional	ou	Serviço Social assistente social
Obra (título) e fonte:							Ano
idoso	idosos	velhice	velho	envelheci- mento	família	cuidador	cuidadores
Temáticas associadas ao trabalho do assistente social a partir da lógica de organização do trabalho							
Imediatista:							
Temática (listar por temáticas):							Total
Artigo nº		Título / autoria					Resumo
Burocrática:							
Temática (listar por temáticas):							Total
Artigo nº		Título / autoria					Resumo
Democrática:							
Temática (listar por temáticas):							Total
Artigo nº		Título / autoria					Resumo