



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**A violência da sociedade quanto ao cuidado do Idoso: Um estudo
exploratório na Rede de Saúde Emergencial Pública no
Hospital Estadual Rocha Faria**

Danielle Pernes

Rio de Janeiro

2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**A violência da sociedade quanto ao cuidado do Idoso: Um estudo
exploratório na Rede de Saúde Emergencial Pública no
Hospital Estadual Rocha Faria**

Danielle Pernes

Trabalho de Conclusão de Curso
realizado como requisito parcial para
recebimento de título de Assistente Social
na Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Mariléia Franco Marinho Inoue

Rio de Janeiro

2015

**A violência da sociedade quanto ao cuidado do Idoso: Um estudo
exploratório na Rede de Saúde Emergencial Pública no
Hospital Estadual Rocha Faria**

Autor:

Danielle Pernes

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Mariléia Franco Marinho Inoue

Examinadores:

Prof^a. Dr.^a Maria Magdala Vasconcelos de Araújo Silva

Prof^a. Dr^a. Zuleica Lopes Cavalcanti de Oliveira

Dedicatória

Graças ao ETERNO, que me protegeu e me permitiu chegar a conclusão deste curso.

Especialmente a minha avó Ester, minha rainha, meu exemplo, que com sua humildade, dedicação, carinho e amor, têm sido uma coluna firme para toda a nossa família e para outros que buscam em suas palavras conforto.

A minha amada mãe Solange que tem se mostrado uma fortaleza durante todos esses anos.

A toda minha família pelo carinho e alegria de sempre.

Por fim a minha querida orientadora Mariléia Franco Marinho Inoue, por ser para mim mais que uma professora, uma amiga, pelo carinho de sempre, por suas palavras de ânimo nas muitas vezes que quis desistir. Espero um dia ser uma profissional e docente como ela.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao ETERNO, pela vida, pelos obstáculos que me ajudou a ultrapassar e é claro pelas muitas conquistas até aqui.

Agradeço à minha família, pelo carinho, apoio, força e a cobrança para que eu terminasse o curso e avançasse em busca de um futuro melhor.

Agradeço à minha mãe Solange, pela dedicação e carinho durante toda minha vida, sendo meu braço forte, ombro amigo, guerreira e o meu espelho em tudo.

Agradeço ao meu saudoso pai Nedson, pelo amor e alegria que me contagiava, jamais esquecido.

Agradeço a minha tia Sandra, que com sua sede para os estudos, e dedicação docente me incentivou a percorrer os mesmos caminhos.

Agradeço às minha princesinhas Alice Vitória, Stephannie de Paula, Patricia Vidal, Luquinhas, primos amados fontes de alegria inesgotável.

Agradeço aos meus tios Silvio e Sergio pela força, risos, por muitas vezes pagarem minha passagem e meus livros.

Agradeço aos parentes tios, primos das mais variadas gerações, famílias Oliveiras, Mattos e Pernes, sem vocês na minha vida, não seria o que sou hoje.

Agradeço aos meus amigos que fazem parte de minha vida em momentos cruciais e que nunca me abandonaram, ao qual não os citarei por nome para não ser injusta.

Agradeço aos novos amigos feitos aqui, pessoas de várias turmas que compartilharam das mesmas alegrias e frustrações, mas em a especial Joseane Rodrigues, Lilian Barbosa e Renata Teixeira, por estarem sempre presente no decorrer desses anos.

Agradeço às minhas supervisoras Márcia Caldas e Sheyla Paiter do Hospital Estadual Rocha Faria e Monica Atalla Pietroloungo do programa de extensão da Casa da Ciência UFRJ que igualmente contribuiu para meu aprendizado.

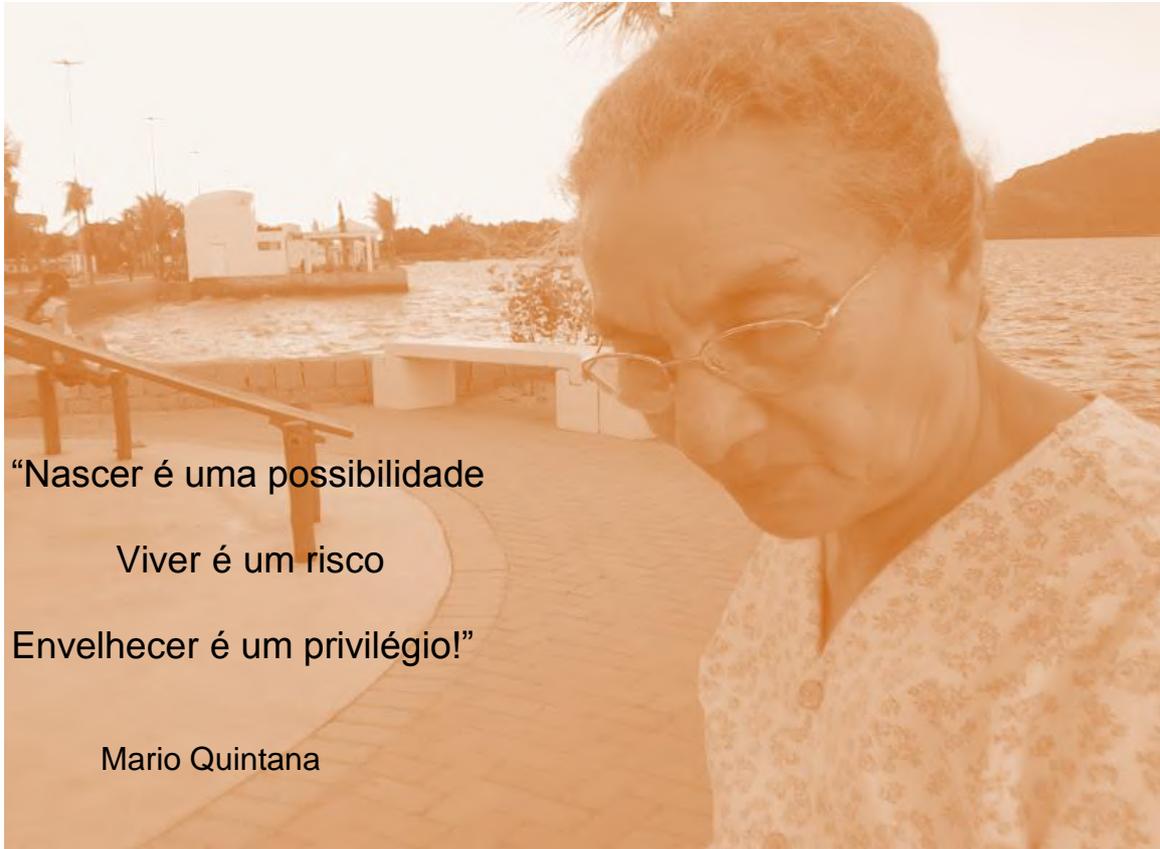
Agradeço à toda equipe docente da Escola de Serviço Social da UFRJ, por me fazer sorrir e chorar, com os muitos trabalhos e provas, pelos sim que recebi e principalmente pelos não, que me forçaram a amadurecer profissionalmente.

Agradeço aos Examinadores da Banca, a Professora Maria Magdala Vasconcelos de Araújo Silva e Professora Zuleica Lopes Cavalcanti de Oliveira, por fazerem parte da minha “última aula” de graduação do Curso de Serviço Social da UFRJ e contribuírem com suas observações para a evolução do meu conhecimento.

Agradeço em especial à Professora Angela Maria Hygino Rangel, por ter sido maravilhosa em todas as aulas de Orientação e Treinamento Profissional em Saúde Coletiva e minha Orientadora Mariléia Franco Marinho Inoue pelas palavras de incentivo quando quis desistir, pelo carinho, pela responsabilidade profissional, pela disponibilidade e compreensão de sempre.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram e colaboraram para a realização desse trabalho de conclusão de curso.

PENSAMENTOS



“Nascer é uma possibilidade

Viver é um risco

Envelhecer é um privilégio!”

Mario Quintana

Pernes, Danielle. **A violência da sociedade quanto ao cuidado do Idoso: Um estudo exploratório na Rede de Saúde Emergencial Pública no HERF.** Rio de Janeiro, 2015. TCC (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a proposta de reinserção familiar por intermédio da Política Nacional do Idoso caracterizada como fonte privada de proteção social no contexto da lógica do Estado mínimo e a inserção do Serviço Social no atendimento multiprofissional no âmbito da Política Nacional de Humanização e de Saúde. A partir da análise de 55 relatórios sociais para a 4ª Promotoria do Idoso e 31 ofícios para abrigamento feitos no período de março de 2012 à janeiro de 2014, nos permite visualizar o perfil de idosos vitimados e apontar os desafios impostos à equipe de Serviço Social do Hospital Estadual Rocha Faria, entendendo a condição de subalternidade que a profissão ocupa diante da junta médica e a sua importância na viabilização do direito da pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVES: Violência Social, Idosos, Política de Saúde, Serviço Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Projeção de poluição com mais de 60 anos no Brasil, de 2010 à 2050. Dados da Secretaria Nacional de Direitos Humanos	22
Gráfico 2: Projeções de representação de déficit de natalidade e fecundidade com relação ao aumento da população idosa	23
Quadro 1: Avanços e retrocessos engendrados na execução da LOAS	40
Quadro 2: Identificação das formas de violência	46
Gráfico 3: Perfil do agressor	48
Quadro 3: Tipos de Violência	49
Quadro 4: Para cada tipo de violência, existe uma ou mais manifestações clínicas.	52
Quadro 5: Orientações ao cuidado domiciliar da pessoa idosa	53
Quadro 6: Medidas aplicadas em Saúde Pública no período de 1930 à 1940.	56
Quadro 7: Os Projetos em conflito: Projeto de Reforma Sanitária x Projeto Privatista	61
Quadro 8: Mecanismos de Controle Social no SUS – Conferências	63
Quadro 9: Objetivos do HOSPITAL ROCHA FARIA	74
Quadro 10: Dados do livro de ocorrência do Serviço Social em 2011	90
Quadro 11: Dados do livro de ocorrência do Serviço Social em 2012	92
Quadro 12: Dados do livro de ocorrência do Serviço Social em 2013	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados estatísticos dos tipos de violência contra idosos.

50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas Aposentadoria e Pensões

CBMERJ – Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CRAS – Centro Regional de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CNS – Conferencia Nacional de Saúde

COLLOR – Presidente Fernando Collor de Mello

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

EAD – Educação à Distância

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EI – Estatuto do Idoso

ESS / UFRJ – Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro

FESP – Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

FHC – Presidente Fernando Henrique Cardoso

GOV – Governo

H.E.R.F – Hospital Estadual Rocha Faria

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

HUPE – Hospital universitário Pedro Ernesto

IAPs – Instituto de Previdência Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPEA – Instituto Nacional de Perícias de Engenharia e Auditoria

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LULA – Presidente Luiz Inácio Lula da Silva

MES – Ministério da Educação e Saúde Pública

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

NAFs – Núcleo de Atenção às Famílias

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica / Sistema Único de Assistência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

OTP – Orientação de Treinamento Profissional

PAM – Programa de Atendimento Médico

PIS/PASEP – Programa Integração Social

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

PSIQUÊ – Palavra usada para descrever alma.

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PREV SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

SEAS/MPAS – Secretaria de Estado de Assistência Social/ Ministério da
Previdência e Assistência Social

SDH – Secretaria Nacional de Direitos Humanos

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEME – Superintendência de Serviços Médicos

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UNISUAM – Centro Universitário Augusto Motta

VARGAS – Presidente Getúlio Dornelles Vargas

www – *Word Wide Web*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Capítulo I	
AMADURECENDO IDÉIAS SOBRE A IDADE MADURA	22
1.1 TORNAR-SE IDOSO	22
1.2 OS IDOSOS APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988: AS DECORRÊNCIAS LEGISLATIVAS DO NOVO VIÉS UNIVERSALIZANTE	27
1.3 A DESCONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DOS TRABALHADORES E AS DECORRÊNCIAS PARA OS IDOSOS	30
1.4 O IDOSO E AS LEGISLAÇÕES RELATIVAS A ELES A PROMULGAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO	32
Capítulo II	
VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E FAMILIAR CONTRA PESSOA IDOSA	38
2.1 A MATRICIALIDADE DA FAMÍLIA E A PESSOA IDOSA	38
2.2. A VIOLÊNCIA COMO PROCESSO SÓCIO – HISTÓRICO, TIPOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ORIENTAÇÕES PARA SUA MINORAÇÃO.	43
2.2.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS	45
Capítulo III	
A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA, O SUS, A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E OS CUIDADOS COM A IDADE MADURA	55
3.1. A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E O SUS	55
3.2. O CARÁTER DE DESCONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DENTRO DO IDEÁRIO NEOLIBERAL	59

3.3. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO E OS CUIDADOS COM A IDADE MADURA	65
Capítulo IV	
APLICAÇÃO DA PESQUISA	67
4.1 PASSOS METODOLÓGICOS	67
4.1.1. ALGUMAS ILUSTRAÇÕES DA VIOLÊNCIA COTIDIANA CONTRA OS IDOSOS	70
4.2 O UNIVERSO PESQUISADO : HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	73
4.3 ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	76
4.3.1 ANO E A UNIDADE DE FORMAÇÃO DE GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA TEMÁTICA	77
4.3.2. CARGA HORÁRIA E VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS ASSISTENTES SOCIAIS	80
4.3.3. A NOÇÃO DE NEGLICÊNCIA	81
4.3.4. IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE ALGUM TIPO DE MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA DESDE A ENTRADA, PERMANÊNCIA E SAÚDE DA UNIDADE HOSPITALAR	82
4.3.5. O AGRESSOR NOS CASOS ATENDIDOS PELO HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA E O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO IDOSO	85
4.3.6. CAUSAS DA VIOLÊNCIA E SUGESTÃO PARA ATENDIMENTO À PESSOAS IDOSA	87
4.3.7. PESQUISA QUANTITATIVA A PARTIR DOS LIVROS DE OCORRÊNCIA DOS ANOS DE 2011,2012 E 2013.	89

À GUISA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	108

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a proposta de reinserção familiar existente na Política Nacional do Idoso que caracteriza a família como fonte privada de proteção social no contexto da lógica do Estado mínimo, tendo em vista contribuir para a eliminação social da violência contra a pessoa idosa. Também pretendemos pontuar a inserção do Serviço Social no atendimento multiprofissional no âmbito da Política Nacional de Humanização e de Saúde a fim de nortear as possibilidades e os entraves que os profissionais encontram.

A atuação do Serviço Social em saúde na defesa dos direitos da pessoa idosa eleva esta discussão ao patamar histórico da construção e consolidação das políticas públicas que legitimam órgãos de proteção e a própria Política Nacional do Idoso.

Ressaltando que o atendimento á pessoa idosa se dá em ambiente hospitalar, órgão público, regido principalmente pela Política Nacional de Saúde¹ em caráter universalizante e de equidade para atendimento de todo e qualquer cidadão, observa – se á inflexão da Violência Social, ao entender que os profissionais não realizam procedimento qualificado e sim o mecanizado, torna se claro o paradigma que os norteia é o utilitarista, modelo oposto as premissas do SUS e que também propõe uma atuação acrítica. E nesse

¹ Política Nacional de Saúde – Lei Orgânica da Saúde nº 8.880 de 1990.

sentido, é necessário um esforço maior para a dinâmica do atendimento ao idoso que se encontra mais vulnerável que os outros pacientes neste ambiente.

Entendendo o caráter biológico, que é hierarquicamente imposto á todos os profissionais de saúde, devido ao fluxo de entrada constante de pacientes e o trabalho, ser regido por plantões de equipes com atuações totalmente diferenciadas, põe em xeque o atendimento qualificado exigido pelo SUS², caracterizando assim o caráter desumano de negligência institucional, que aparecerá metamorfoseado na imagem do profissional que atende mal ou impede o atendimento da população.

A predominância do paradigma flexineriano se faz presente nas evidências que mostram que há limitações na concepção biológica da doença e na prática que a sustenta, porém é mais fecunda para análise a corrente que estuda o processo social da doença e sua utilidade prática. (LAURELL 1992, pp. 136).

Para além desse tipo de violência, também foi possível através do estudo dos relatórios sociais, dos atendimentos feitos a partir das intervenções práticas da equipe de serviço social, confirmar a existência de várias formas de violência, ou seja, maus-tratos contra idosos. A forma mais frequente de maus-tratos na família carioca aparece através do abandono. Isso sugere a falta de informação e de capacitação adequada da família para o cuidado do idoso dependente. Por outro lado, não existem políticas públicas eficientes que auxiliem a família a cuidar de seus membros idosos.

Diante disso, o Serviço Social é demandado a realizar abordagens técnicas, tendo como objetivo principal a possibilidade da reinserção familiar.

² SUS – Sistema Único de Saúde.

O presente estudo baseia-se na análise do conteúdo aplicado ao material selecionado no diário de campo, através da observação participante relativa ao período de estágio no H.E.R.F³, de março de 2012 á janeiro de 2014. Utiliza-se também como fonte de referência primária os trabalhos de Orientação e Treinamento Profissional (OTP)⁴ de março de 2012 a dezembro de 2013, ministradas na Escola de Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Além de obter como informação relevante a entrevista com o comitê sete assistentes sociais de plantões e contratos trabalhistas diferentes, a fim de contribuir para a compreensão da prática profissional em saúde, as debilidade da pessoa idosa acometida por maus-tratos, antes e durante a internação e a realização da proposta de reinserção familiar. Vale ressaltar a boa vontade e a clareza com que as profissionais se disponibilizaram á responder à entrevista.

Enfatiza-se que este trabalho visava, inicialmente, analisar a prática do Serviço Social em relação à reinserção familiar dos idosos institucionalizados, pois se supunha que as propostas realizadas pela ação das assistentes sociais materializava o proposto na Política Nacional de Saúde, porém as ações imediatas das intervenções focalizadas, ao desconsiderar os nexos presentes na sociedade, nos permitiu a observação de um grande problema dentro dos hospitais públicos, a violência institucional, que se torna parte integrante da dinâmica de atendimento de todos profissionais de saúde, como forma habitual e natural de procedimento.

³ H.E.R.F – Hospital Estadual Rocha Faria.

⁴ O.T.P – Orientação de Treinamento Profissional em Saúde Coletiva, ministrada pela Professora Doutora Maria Angela Hygino Rangel, no período de março de 2012 á dezembro de 2013.

Diante do exposto e das exigências da unidade de saúde de serem apontados resultados sobre a reinserção familiar ante a grande demanda de estudos sociais e a cobrança para a conclusão e entrega dos relatórios sociais, fez-se necessária a sistematização da documentação do Serviço Social, ou seja, uma pesquisa focada nos relatórios sociais referentes à proposta de reinserção familiar específica para idosos em vulnerabilidade social, para o desvendamento do material empírico. Pois a busca do conhecimento sobre o contexto e a realidade social em que os idosos e seus familiares estão inseridos permite ao Serviço Social apreender o objeto de intervenção profissional na dinâmica da realidade e de suas múltiplas determinações.

Para tanto, ao contextualizar a temática, este trabalho de conclusão de curso, divide-se em quatro capítulos:

O primeiro capítulo abrange a discussão referente ao surgimento da pessoa idosa no contexto social a partir da percepção da sociedade do aumento desta população em seu seio. O eventual envelhecimento populacional traz em si aspectos que influem no desenvolvimento natural humano, motivo pelo qual a inclusão do tema em saúde começa a ser discutido, definindo então o ser idoso. Com o aumento desta população, a luta por seus direitos sociais são também reconhecidos na Constituição Federal de 1988 sob o viés universalizante e a sua limitação diante da predominância dos princípios neoliberais. Trata também da história da luta deste grupo para que seus direitos fossem legitimados em lei, pois apesar de existir outras leis que os incluíssem, estas não tratam de especificidades necessárias ao seu atendimento. Este capítulo faz um recorte sobre alguns problemas de saúde vivenciados por pessoas idosas que acabam por gerar impasses na estrutura

familiar e também aponta alguns possíveis motivos da não reinserção familiar. Diante disso fazemos um breve resumo da luta dos aposentados brasileiros, na busca de seus direitos a partir de seu aparecimento como ator social.

O segundo capítulo aborda inicialmente o assunto sobre a família como alvo central das ações do Estado mínimo, através de programas de combate à pobreza que se utiliza principalmente da política nacional de assistência social para a sua execução. Esses programas apresentam duas metodologias distintas, a familista e a protetiva, que mesmo assim, corroboram para o mesmo fim, possuindo pouco poder de resolutividade. Este capítulo também apresenta um quadro de avanços e retrocessos da Política Nacional de Assistência Social, que mesmo legitimada e legalizada não pode fugir as manobras e limitações impostas pelo neoliberalismo. Trará também a concepção de violência como um fenômeno histórico social, destrinchando suas multiformas até chegarmos aos tipos de violência e ou maus tratos mais recorrentes e relacionadas aos idosos. Neste ponto também falamos sob alguns cuidados que a família ou cuidadores podem tomar para evitar os maus tratos à pessoa idosa, sendo esta orientação fornecida especificamente por profissional de saúde, na qual apontamos a dificuldade desta, em saúde média complexidade, tendo suas raízes em saúde básica, porém completamente necessária nos três níveis de atenção à saúde.

Entendemos como relevante ressaltar, a trajetória das políticas de saúde e a conformação do sistema único de saúde, fazendo um recorte a partir do final dos anos 70, onde se dá início ao movimento de Reforma Sanitária, a fim de possibilitar uma apreensão do que seja o sistema de saúde brasileiro e os movimentos da sociedade que puderam dar origem à criação dos conselhos de

saúde. Desta forma, o terceiro capítulo elucida a trajetória da política de saúde no Brasil, abordando de forma sucinta o contexto da política de ajuste neoliberal com a implementação das fundações de saúde, as tensões entre a Reforma sanitária x Projeto privatista e posteriormente alguns pontos da Política de Humanização – HumanizaSUS.

E por fim, no último capítulo, apresentamos a história institucional da unidade de saúde, a metodologia do trabalho, o estudo de pesquisa qualitativa a partir das entrevistas feitas com as assistentes sociais locais e os dados quantitativos, retirados dos arquivos dos livros de ocorrência do setor e diário de campo. A guisa de considerações finais, em síntese aponta que o objetivo deste trabalho que é o de contribuir para a eliminação social da violência contra o idoso, para que os princípios do cuidado, do vínculo e da humanização em saúde deixem de ser categoria e passem a ser legitimado como um direito universal.

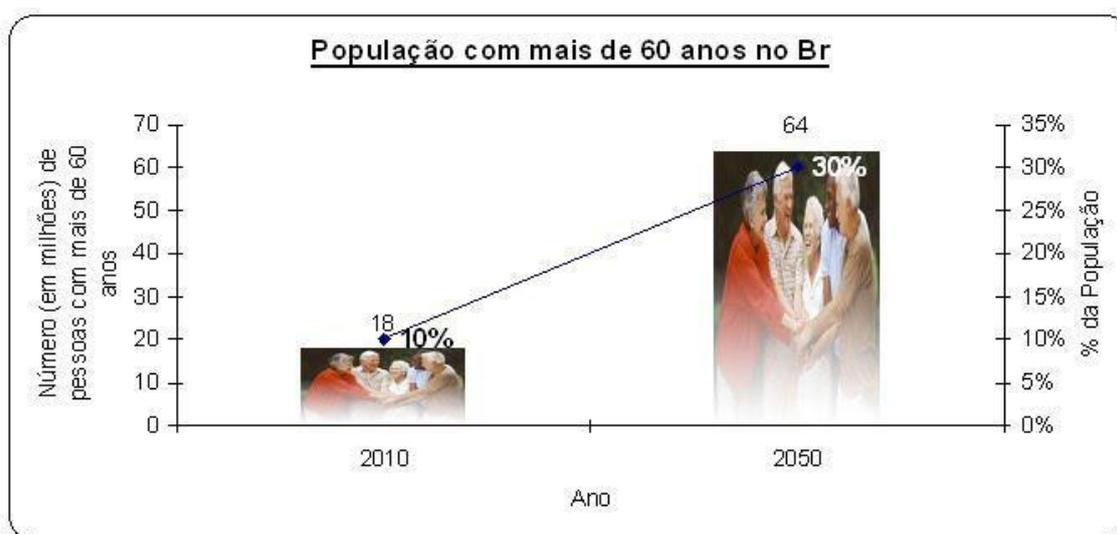
1. AMADURECENDO IDEIAS SOBRE A IDADE MADURA

1.1 TORNAR-SE IDOSO

O envelhecimento é um fenômeno mundial iniciado primeiro nos países desenvolvidos, devido a queda de mortalidade, avanço do conhecimento em saúde, urbanização adequada das cidades, melhorias nutricionais, entre outros. Este fenômeno já era visível no final da década de 40, e mesmo assim a Europa levou mais de um século para se perceber velha, o que lhe gera hoje alguns problemas estruturais decorrente dessa mudança.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS definiu - se como idoso, a pessoa com idade limite de 65 anos ou mais , para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil.

Vejamos no gráfico 1 a projeção de população com 60 anos ou mais no Brasil, de 2010 á 2050.



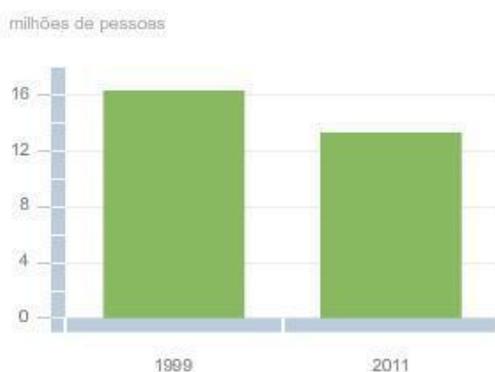
Fonte: Secretaria Nacional Direitos Humanos em www.sdh.gov.br, Acesso em 01 de setembro de 2014 às 22:03.

De acordo com a Secretaria Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos Humanos, a população idosa em 2050, poderá equivaler a cerca de 2 bilhões, o que se refere a 22% da população global. Esses dados do IBGE revelam o aumento abrupto da população idosa em apenas quatro décadas, o que representa pouco tempo para planejar e implementar políticas públicas adequadas a especificidade desta população, sem que este envelhecimento venha causar ônus na estrutura da sociedade.

Anterior a estes dados, pesquisas estatísticas da OMS já revelavam que no período de 1950 a 2025 os idosos terão aumentado no Brasil em 15 vezes o seu percentual dentro da população, o que representa cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Desta forma, no Brasil a participação da faixa com mais de 65 anos avançou de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010. O envelhecimento é reflexo do mais baixo crescimento populacional aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade.

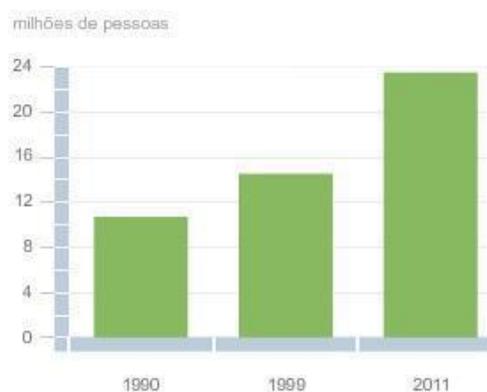
Vejamos no gráfico 2 a seguir as projeções desta representação:

Crianças de até 4 anos



Fonte: Pnad/IBGE. Observação: Dados de 1990 não disponíveis

Idosos com 60 anos ou mais



Pnad/IBGE

Fonte: Secretaria Nacional Direitos Humanos em www.sdh.gov.br, Acesso em 01 de setembro de 2014 às 22:03.

Para entendermos esta mudança na mentalidade da população brasileira é preciso nos remetermos a situação estrutural que nos encontramos, a sensação de instabilidade é em todas as áreas da vida, a iniciar pela educação que é parca, perpassando pela flexibilização no trabalho, continuando pelo mau atendimento em saúde, a violência social continua, partes integrantes das grandes disparidades que elencam a questão social. Esses fatores cerceiam a vida cotidiana de tal forma, que modificam hábitos e normatizações, neste caso, ainda na década de 1970 o movimento feminista brasileiro entra em cena para a reivindicação de direitos da mulher, que já estava inserida no mercado de trabalho, mas não possuía os mesmos direitos que os homens, além disso a escolha de não ter mais o mesmo quantitativo de filhos, devido o advento da pílula⁵ foi um processo que abalou as estrutura familiar burguesa, por esses motivos o déficit da fecundidade se torna plausível, além de melhores condições para a própria sobrevivência em sociedade.

Por outro lado o aumento do quantitativo de idosos é proporcional a queda da fecundidade, esta transição populacional é um processo que faz parte de dois aspectos específicos da vida humana, um natural e outro histórico – social. No primeiro processo segundo Mendes:

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados. (MENDES et al, 2005, p.423).

Desta forma entendemos que o envelhecer é parte intrínseca da biologia humana e que no decorrer deste processo percebe - se que este indivíduo tem em sobressalto, aspectos psicológicos e sociais mais fortes, ou seja, se em sua

⁵ O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. (SARTI, 2004 pp. 38).

juventude fora amável, compreensivo, amigo e bondoso, nesta fase da vida estará com estas características afloradas e vice e versa.

O envelhecer dependerá totalmente do papel social que este idoso ocupa dentro da sociedade, da forma de vida que tenha levado, assim como suas habilidades pessoais para se desenvolver e de encontrar um significado para viver, o contexto de sua vida antes e atual, serão determinantes para um processo mais saudável de envelhecimento.

Em nossa cultura há uma visão negativa do envelhecimento, apresentada em forma de piadas, que interferem na adaptação social, no seu bem-estar e também na postura da sociedade em relação aos velhos.

Entendendo que este processo é atrelado a vida do indivíduo e que este vive dentro de uma sociedade que presa á produtividade e considera o ser não produtivo um peso, algo nulo que deve ser extinto socialmente.

Esta forma de produção e reprodução impõe dois impasses: o familiar e o político. No impasse familiar, observamos durante o envelhecimento, o começo dos conflitos ocorrendo em três momentos:

1. A partir da aposentadoria da pessoa idosa.
2. Quando esta pessoa é acometida por alguma doença que expresse sua incapacidade de autonomia e necessite cuidados de outrem.
3. Em casos de reinserção familiar, após longo período de afastamento e rompimento total de laços.

Geralmente no principio da aposentadoria os problemas enfrentados pela pessoa idosa estão mais relacionados com o seu próprio “psiquê”, como questões relacionadas á sua utilidade como ser no mundo, a pergunta mais frequente é: “E agora o que fazer?” Esse fator, assim como o sentimento de

abandono, a aproximação da morte, entre outros podem influenciar no processo da depressão.

Os fatores sociais são reconhecidos como importantes na contribuição para o distúrbio depressão. Os idosos têm de enfrentar pressões sociais e econômicas ímpares dentre elas o envelhecimento, a diminuição de renda, danos à saúde física, ausência do cônjuge, dos familiares, poucos amigos. A depressão na velhice foi proposta como sendo por hipótese o que mais contribui socialmente para a doença crônica (CANNON, 1935 ,SEYLE, 1956).

Entendendo toda a multiplicidade de necessidades com que este indivíduo chegará ao setor saúde, muitas vezes com doenças já agravadas, onde será imprescindível todo um aparato da equipe multidisciplinar, no que tange ao cuidado, vínculo e afeto⁶, para que possam garantir o atendimento e a reabilitação do usuário dentro da unidade de saúde.

Observados os casos referentes aos idosos internados na unidade de saúde de média complexidade⁷, verificamos que todos sem exceção sofriam de algum tipo específico de doença crônica ou foram acometidos de fratura óssea por tombo em área doméstica ou asilar e outros tinham sinais de hematomas e desnutrição. Em 90% dos casos em que o paciente é pessoa idosa, o serviço social é chamado em três situações específicas:

⁶ De acordo com SILVA JUNIOR 2010, o cuidado no campo da saúde é sua razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo. Para este autor o estabelecimento de vínculos e o afeto positivo, entre a equipe de saúde e os usuários servem de sensibilização e responsabilização de ambos.

⁷ No SUS, o cuidado com a saúde está organizado em níveis de atenção (Atenção Primária - constitui o primeiro nível de Atenção à Saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas especialidades básicas da Saúde; Média Complexidade - compõe-se por ações e serviços cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico e Alta Complexidade - são o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados), buscando uma melhor programação e o planejamento das ações e serviços do sistema.

1. Pelo familiar, para fazer valer o seu direito de atendimento preferencial, imediato e individualizado de acordo com a Lei nº 10.741/2003, pg.1.
2. Pelo profissional, para dar suporte no atendimento ao idoso, especificamente para a busca de familiar para seu acompanhamento.
3. Pelo médico, pois ao terminar o tratamento clínico e averiguar que durante todo o processo de reestabelecimento o paciente não foi acompanhado por familiar ou instituição asilar, chama – se o assistente social para se responsabilizar pelo paciente, que receberá a sigla de paciente social durante a continuação de sua permanência na unidade hospitalar. Este profissional será incumbido de continuar a procura por seus familiares e reestabelecer os vínculos familiares rompidos, nos casos de impossibilidade ou que o usuário provém de instituição asilar, estabelecer o contato para que o mesmo retorne a instituição. Em caso de abandono recente por familiar, instituição ou idoso autônomo que não apresenta mais condições de se manter sozinho, se fará necessário a utilização das leis de proteção e amparo ao idoso, nestes casos o assistente social encaminhará relatório social à 4ª Promotoria do Idoso que tomará as medidas judiciais para provimento de condições mínimas de vida do idoso de acordo com as leis vigentes.

Vejamos no próximo ponto algumas leis pertinentes á história de lutas e movimentos sociais dos trabalhadores, até chegar as leis pertinentes ás pessoas idosas e suas conquistas.

1.2OS IDOSOS APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988: AS DECORRÊNCIAS LEGISLATIVAS DO NOVO VIÉS UNIVERSALIZANTE

Para além da discussão do aprofundamento da construção dos direitos civis e políticos inerentes aos direitos individuais⁸, cabe neste estudo fazer uma breve menção acerca dos direitos sociais⁹ como processo histórico universal das relações sociais em que é posto o reconhecimento das necessidades e dos direitos a serem efetivados na perspectiva universalizante.

A proposta dos direitos sociais ao final do século XVIII tratava de ultrapassar as barreiras impostas à ação do Estado limitada pelo caráter individual e privado dos direitos considerados “naturais”. Esses direitos reivindicados pelos trabalhadores ao longo do século XIX visavam a sua extensão por meio da “atuação dos poderes públicos para criar condições à sua realização” em benefício “aos indivíduos que não estavam em condições de pô-lo em prática” (LESBAUPIN,1984:67), sendo consolidados a partir do século XX através do reconhecimento constitucional, inclusive no Brasil na Constituição da República Federativa de 1988 (CF / 88).

Anterior à promulgação da CF/88, a transição democrática em meados da década de oitenta apontou para o país a oportunidade da garantia dos mínimos sociais e a possibilidade de sua efetivação através da mobilização dos movimentos sociais. Essa extensão e consolidação da democratização se dão em um contexto herdado pela crise econômica, falta de investimentos em políticas públicas, associado ao quadro desfavorável à população brasileira, obtidos em tempos de supressão do Estado democrático de direito (SILVA, 2007). O fim da ditadura militar representou para o país a capacidade de

⁸ Cf. Declaração Universal de Direitos Humanos, 1948, art.1

⁹ Cf. IDEM: art. 22-27.

reafirmação das conquistas dos direitos sociais¹⁰, civis e políticos, quando a atuação de forma organizada da representação de luta política de movimentos sociais contribuiu para o estabelecimento da redemocratização.

Como resultado de um processo democrático, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 ao ser promulgada capacita o Estado a tornar-se responsável pela “garantia dos direitos sociais e vigência de políticas públicas”, (GUERRA, 2009:47), diante disso, o Estado torna-se “guardião” dos direitos adquiridos, primando pela universalização dos direitos sociais, visto que,

a Constituição de 1988 colocava-se como arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira, uma política social, compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade (NETTO, apud GUERRA, 2009:47).

É importante mencionar que o histórico da construção dos direitos sociais é associado ao direito contratual e, acrescentado a este fato, a Carta Magna visa tratar sobre o aspecto universalizante que busca romper com as noções de proteção social destinadas somente aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, ou seja, diante dessa concepção de universalização, determinadas conquistas são asseguradas na Carta Constitucional, como exemplos, “a ampliação e extensão dos direitos sociais; universalização do acesso aos serviços sociais; [...]; seguridade social como configuração mais abrangente (Previdência, Saúde e Assistência Social); [...]” (SILVA, 2007:48-49), incidindo no vislumbre pela proteção social como reconhecimento dos direitos sociais e dever do Estado. Nesse sentido, busca-se a efetivação dos direitos destinados a todo o segmento populacional, incluindo as minorias sociais, em especial os idosos.

¹⁰ A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, dispõe que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Conforme salientado por Silva (2007), apesar de a chamada constituição cidadã conceber a Seguridade Social como direito do cidadão e dever do Estado, a concepção de universalização torna-se letra morta quando os direitos reconhecidos na Constituição Federal não são regulamentados por conta de relações de forças e de interesses escusos conforme os preceitos neoliberais que vêm afetar diretamente a cobertura de atendimento aos serviços prestados à população.

Embora nesse contexto de corte neoliberal, os grupos minoritários desta sociedade são defendidos no 3º objetivo do Programa Nacional dos Direitos Humanos(PNDH). Cabe ressaltar que o país somente aderiu à política dos direitos humanos na década de 1990 com a finalidade de atender recomendações das Nações Unidas. Assim, tornou-se premente a regulamentação de leis que visam à proteção social desses grupos minoritários, inclusive o abordado neste trabalho: o idoso.

1.3 A DESCONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DOS TRABALHADORES E AS DECORRÊNCIAS PARA OS IDOSOS

É importante lembrar que a consolidação dos direitos sociais se deu ao longo do século XX através de reivindicações dos trabalhadores, visando o acesso à saúde, à moradia, proteção social, dentre outras conquistas, que “permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade” (COUTINHO, 1997:155). Entretanto essas conquistas configuradas em políticas sociais estavam vinculadas à correlação de forças entre o empresariado e/ou o Estado e a classe trabalhadora. Coutinho

acrescenta que as políticas sociais não podem ser consideradas como via de mão única, de modo que atenda os interesses de uma só classe social. Pois ainda que os direitos sociais não sejam garantidos na sua totalidade, o reconhecimento legal perante as Constituições reforça o caminho para torná-los efetivos.

A presença de tais direitos nas Constituições, seu reconhecimento legal, não garante automaticamente a efetiva materialização dos mesmos. Esse é particularmente, o caso do Brasil. Mas, embora a conversão desses direitos sociais em direitos positivos não garanta a sua plena materialização, é muito importante assegurar seu reconhecimento legal e torná-los efetivamente um dever do Estado. (COUTINHO, 1997:156).

Todavia, o ideário neoliberal ao prever a limitação do Estado a fim de atender as necessidades da lógica do mercado, impediu a efetivação da Constituição Federal de 1988 (BEHRING, 2003). Como consequência, políticas sociais de corte universalista baseadas em uma idéia de redistribuição social são substituídas por um conjunto de programas orientados pelo princípio de privatização, focalização e descentralização, fundamentados pelo “Consenso de Washington”¹¹.

Assim, a busca pela reestruturação do Estado ao dar margem à privatização, afeta diretamente as políticas sociais, ao contribuir para o processo de mercantilização dos serviços sociais, Como também, a descentralização retira a idéia de programas sociais realizados pela União, e reforça o processo de municipalização, onde serão elaborados contratos de gestão de políticas sociais, em parceria com a sociedade civil¹², a “quem competirá definir prioridades locais e executar programas, cabendo à união o

¹¹ Segundo Silva (2007:59), “o ‘Consenso de Washington’ tem como fundamentação a ideologia neoliberal, que destaca o primado do mercado livre e aberto, em convivência com um Estado mínimo”, que tem dentre as suas divulgações a “realização de reformas estruturais (privatização, desregulamentação de mercados e liberação financeira e comercial)”.

¹² 7 Material utilizado em sala de aula na disciplina de Política Social II e Serviço Social III - Assistência Social, ministrada pela Prof^a Dr.^a Alejandra Pastorini, na ESS / UFRJ, 2012.1.

planejamento, assistência técnica e financeira, o controle e fiscalização de recurso da ação” (SILVA, 2007:62).

Diante desta perspectiva, BEHRING (2003) destaca que o Estado não é mais o responsável pela garantia dos direitos dos cidadãos, tornando-se efetivo o princípio da focalização, que consiste em associar ao princípio da seletividade, a fim de atender a população vulnerável e empobrecida. Diante da predominância do caráter seletivo das políticas sociais.

Ao retomarmos a questão do reconhecimento das necessidades e dos direitos a serem efetivados, as conquistas dos trabalhadores são esfaceladas diante do atual contexto, quando a predominância dos princípios neoliberais são fortalecidos em detrimento da garantia dos direitos sociais. Entretanto, em um movimento contrário aos cortes dos direitos trabalhistas, a pressão internacional acaba por determinar a regulamentação de leis que visam à proteção social dos grupos minoritários, a fim de atender as recomendações das Nações Unidas, conforme a determinação do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), fazendo com que estas leis não caiam no esquecimento.

O PNDH está estruturado em cinco objetivos, a “proteção do direito à vida, proteção do direito à liberdade, tratamento igual perante a lei, educação para a cidadania e ação internacional.” O terceiro objetivo é destacado no que diz respeito ao tratamento igual perante a lei, com o propósito de proteger segmentos populacionais específicos, como as crianças e adolescentes, idosos, mulheres, negros, dentre outros (OLIVEIRA, 2000). Nesse sentido, os movimentos sociais referentes aos grupos considerados vulneráveis não são arrefecidos diante da nova ordem social.

1.4 O IDOSO E AS LEGISLAÇÕES RELATIVAS A ELES A PROMULGAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO.

No Brasil o discurso do direito da pessoa idosa tem início no movimento dos trabalhadores aposentados da previdência social, que se dá de forma organizada, no contexto do esclarecimento e do debate da garantia dos direitos sociais através da categoria dos “aposentados da previdência pública”. Anterior a esta organização unificada, a mobilização destes atores sociais era fracionada, pois suas reivindicações correspondiam aos interesses de cada categoria profissional, porém esta mobilização transitou por um processo de esvaziamento durante o período de ditadura militar (1964) a partir da integração das entidades de seguridade e previdência do sistema previdenciário, ou seja, quando as Caixas de Pecúlio (CAPs) e os Institutos de Previdência Social (IAPs) foram integrados ao atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e em consequência houve a retirada dos trabalhadores brasileiros, inclusive dos aposentados, como também dos pensionistas, da relação de protagonistas no debate e implementação de políticas públicas de enfrentamento das questões previdenciárias (PAZ, 2004).

Diante da dimensão sociopolítica do período de democratização, o histórico da mobilização pela garantia dos direitos dos idosos é reconhecido nas décadas de 1980 e 1990, quando o movimento dos trabalhadores aposentados retoma o papel de ator principal na luta pela reivindicação “da garantia dos direitos previdenciários e dos direitos sociais dos idosos” (PAZ, 2004). Essa reafirmação da mobilização dos aposentados e pensionistas é

estendida aos assuntos referentes ao idoso, sendo no âmbito familiar, profissional ou nas questões de acesso à saúde, à previdência e assistência, o que anteriormente não estava articulado à demanda do trabalhador aposentado.

Simultaneamente, os responsáveis pela visibilidade das questões da velhice são as entidades de Idosos voltadas à geriatria e gerontologia, como também as associações representativas dos aposentados e pensionistas. Essas instituições de pesquisas e destinadas ao atendimento à população idosa são incorporadas ao surgimento da organização social dos idosos no Brasil, no momento em que a representatividade dos principais atores sociais era ausente, tampouco participativa nas exigências por políticas públicas para os idosos.

Ao observarem o envelhecimento populacional brasileiro e direcionarem seus estudos a este fenômeno social demográfico, visam alertar a sociedade sobre importância de se obter políticas públicas e legislações que atendam às necessidades deste segmento populacional (PAZ, 2004).

No parâmetro internacional, o tema sobre a velhice tomou relevância em 1982, pela Organização das Nações Unidas, através da aprovação do Plano Internacional de Envelhecimento, realizado durante a I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena. Na ocasião, houve debates e divulgação das questões inerentes ao processo de envelhecimento da população, a fim de dar base à elaboração de políticas públicas direcionadas a esse contingente. Vinte anos depois, em 2002, diante da conjuntura do ápice do envelhecimento populacional, foi aprovado o II Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento, que além de ressaltar a proteção e a garantia dos direitos

destinados a esta população, induz a exaltação da qualidade de vida, baseada na concepção do envelhecimento saudável (PERES, 2007; PAZ, 2004; SDH, 2003).

Nesse contexto, a luta pela garantia dos direitos dos idosos torna-se uma constante diante do histórico de participação dos trabalhadores aposentados nos movimentos sociais no processo de redemocratização, sendo primordial para a ampliação e consolidação de seus direitos instituídos na CF / 88 (GOLDMAN, 2008). Assim, o governo brasileiro ao tomar por modelo essas ações iniciadas internacionalmente visa “estabelecer estratégias de combate à exclusão social vivida por muitos idosos, incluindo-os e integrando - os à sociedade” (PERES, 2007:151).

Contudo, o aparato constitucional é insuficiente para a efetivação dos direitos consagrados. Tornou-se fundamental a aprovação da Política Nacional do Idoso¹³, que considera como idoso a pessoa maior de sessenta anos, e tem por finalidade “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, ‘integração’ e participação efetiva na sociedade”. Esta política se dá na articulação das três esferas governamentais, através da efetivação de políticas sociais e na proteção social dos direitos e defesa do idoso. Nessa perspectiva, as entidades de atendimento a este segmento populacional devem seguir a regulamentação de leis e resoluções propostas por órgãos fiscalizadores objetivando cumprir normas de atendimento específico ao referido público.

Seguindo esta concepção da política protetiva, o Estatuto do Idoso¹⁴ “se constitui como o instrumento jurídico formal mais completo para a cidadania do

¹³ Lei 8.842/1994, somente regulamentada pelo decreto nº 1.948 de 3 em julho de 1996.

¹⁴ Lei nº 10.741/2003 – EI.

segmento idoso” (GOLDMAN, 2007:130), que ratifica os direitos consolidados constitucionalmente, como exemplo, **“o 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”**. Como também prevê a efetivação dos direitos assegurados na Carta Magna no que diz respeito à Seguridade Social, conforme exposto anteriormente.

Este público tem garantida a Assistência Social na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)¹⁵, que é disposta como Política de Seguridade Social não contributiva tendo como alguns de seus objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; a habilitação e reabilitação das pessoas “portadoras de deficiência” e a promoção de sua “integração” à vida comunitária; e, a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à “pessoa portadora de deficiência” e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a sua própria manutenção ou tê-la provida por sua família¹⁶.

Apesar dessa mobilização em torno dos direitos dos idosos, o Estatuto do Idoso como também a Constituição Federal de 1988 corrobora o Estado mínimo, ao incumbir a família¹⁷ e a sociedade no amparo à população idosa

¹⁵ A inclusão da assistência social como política pública de proteção social tem provocado transformações legais e institucionais, regulamentadas em diversas legislações, como a Política Nacional de Assistência Social – PNAS\2004, e o Sistema Único de Assistência Social – NOB\SUAS\2005, e outras normas técnicas, que vêm promovendo uma mudança de paradigma no trato da assistência social e nas suas formas de gestão, que se encaminham para consolidar definitivamente o estabelecido na Constituição de 1988 e Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, ou seja, sua condição de política pública, política de Estado. Lei nº 8.742/93.

¹⁶ C.F – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, art. 2º, incisos I, IV e V, respectivamente.

¹⁷ Estatuto do Idoso – Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

(GOLDMAN, 2007:129). Assim, cabe dizer que apesar deste aparato jurídico, o cumprimento destas leis torna-se distante de ser efetivado, diante da limitação do Estado frente às políticas públicas e à propositura de ações pautadas nas legislações.

É neste cenário que o trabalho em rede se torna relevante, articulando as políticas sociais á órgãos públicos, privados e filantrópicos, no intuito de fazer valer os direitos já constituídos da pessoa idosa no ambiente social, na intenção de promoção, prevenção, reabilitação e amparo desta parcela da população e de sua família.

2. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E FAMILIAR CONTRA A PESSOA IDOSA

2.1. A MATRICIALIDADE DA FAMÍLIA E A PESSOA IDOSA

A partir da década de 90, no Brasil, há o crescimento de programas governamentais de combate à pobreza, dirigidos às famílias com crianças; além de programas para alvos específicos caracterizados como vulneráveis (idosos, crianças, jovens, pessoas com deficiência). A ideia era de atender às demandas das famílias, figurando esta como preocupação de fundo e estratégia de organização dos serviços, de modo a superar a fragmentação no atendimento dos mais necessitados.

Os princípios e diretrizes da política de assistência social que incorporam a preocupação em ter a família como foco da atuação passou a ser a prioridade desta política, afim de promoção de benefícios, serviços, outros programas e projetos em um viés de redistribuição de renda. Um exemplo foi a criação dos Núcleos de Apoio às Famílias – NAF's formulados em 1999.

De acordo com o documento (BRASIL, 1999, p. 50) destaca ainda que:

“[...] o grupo-familiar e a comunidade são lugares naturais de proteção e inclusão social, vínculos relacionais para a implementação de projetos coletivos de melhoria da qualidade de vida” e salienta que, como “estratégia de implementação e de serviços integrados de atenção à família, visa alterar a condição de vida familiar e não apenas a de seus membros, como forma de superar as ações fragmentadas, segmentadas e setorializadas”.

Nessa mesma direção, em 2003 é lançado o Plano Nacional de Atendimento Integral à Família – PNAIF, transformado pela portaria nº 78, de 08 de abril de 2004, em Programa de Atenção Integral à Família – PAIF, cujos objetivos além de superar as abordagens fragmentadas e individualizadas dos programas tradicionais, inclui a garantia da convivência familiar e comunitária

aos membros da família¹⁸ e são reafirmadas essas convicções a partir da Política Nacional de Assistência Social – PNAS\2004, que define como uma de suas diretrizes “centralidade na família para a concepção e implementação dos benefícios, serviços e projetos”, e como um de seus objetivos “assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária” (BRASIL, PNAS\2004, p. 33).

Neste processo de produção e reprodução de identidade da “família nuclear burguesa”, a mudança na condução da política social, em que a família assume centralidade, principalmente na política de assistência social, propõe dois projetos distintos de proteção social: um denominado de “familista” e outro denominado de “protetiva”.

Segundo MIOTO 2006 o modelo “familista” provém do projeto neoliberal que preconiza a centralidade da família, apostando na sua capacidade de cuidado e proteção, enquanto canal natural de proteção social, junto com o mercado e organizações da sociedade civil, nele a intervenção do Estado se daria somente quando falhassem esses canais naturais. Já a tendência “protetiva”, em contraposição, afirma que a capacidade de cuidados e proteção da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida através das políticas públicas, como instância a ser cuidada e protegida.

Aparentemente apresentam – se de formas distintas, mas se cruzam e entrelaçam para promover a inserção da família na política de assistência social, sendo um dos eixos do SUAS¹⁹. A matricialidade familiar, que ora apresenta avanços no que diz respeito á proteção e as diferentes experiências de cada família que as torna única e em outro momento, apresenta retrocessos

¹⁸ Brasil, 2004, portaria nº 78

¹⁹ SUAS – Sistema Único de Assistência Social

no que diz respeito às responsabilizações e aos papéis tradicionais que tem que ser seguidos pelas famílias, impondo moralizações e regras que desembocam numa perspectiva de ordenamento social.

Vejamos no Quadro 1 alguns avanços e retrocessos que estão engendrados na execução da LOAS :

Avanços	Retrocessos
<p>a) a primazia da responsabilização estatal na condução da política em cada esfera de governo, estabelecida desde a LOAS, reforçada pela PNAS\2004 e NOB\SUAS\2005, que define as responsabilidades de cada ente federativo na política de assistência social. A implantação de equipamentos públicos estatais, como os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, e os Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, sinaliza a efetivação dessa mudança. “É a presença do Estado no território que ganha visibilidade social, comprometendo-se com o atendimento das demandas e direitos da população” (BRASIL, 2008, p.19);</p> <p>b) a construção de um sistema próprio e único de gestão da assistência social, descentralizado e participativo, regido por um padrão continuado de provisão, sistemático, em quantidade e qualidade, em contraponto às ações descontínuas e focalizadas. Trata –se de um sistema que regula, em território nacional, a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema de serviços, benefícios, programas e projetos e ações de assistência social;</p> <p>c) a abrangência dos direitos e das seguranças afiançáveis, contra riscos pessoais e sociais a indivíduos, família e coletividade, viabilizando um conjunto de serviços, programas e benefícios de aquisição materiais e monetárias, mas, para além desses, incluindo, igualmente, serviços socioeducativos e assistenciais, de convivência e demais, no enfrentamento não apenas da pobreza, mas também da discriminação, do estigma, da exclusão, da vulnerabilidade, da fragilidade, dos riscos decorrentes da pobreza, da trajetória do ciclo de vida, da estruturação familiar, e de outros que promovam ofensa à dignidade humana;</p> <p>d) a territorialização da rede socioassistencial baseada no princípio da oferta capilar de serviços, a partir da lógica da proximidade do cidadão e na localização dos serviços nos territórios com maior incidência de vulnerabilidades e riscos sociais e pessoais para</p>	<p>A contradição está presente no seu arcabouço conceitual, como a matricialidade sociofamiliar, principalmente sua incidência nas práticas profissionais e interpretação pelos profissionais, com riscos de regressões conservadoras, na gestão e no atendimento, tais como os destacados por Silveira (2007):</p> <p>a) ocultamento das contradições da sociedade de classe, sem o devido reconhecimento dos determinantes sócio-históricos e das expressões de desigualdades nas demandas para a assistência social, e ainda o vício analítico e prático-operativo que consiste em entender a atenção à família como uma via de superação das expressões da questão social ou, como afirma Mota (2007, p.46): “<i>Uma conceituação da sociedade a partir de categorias despolitizadoras do real, donde a sua identificação com o território, a comunidade, a vizinhança e a família [...] sociedade é como reunião de comunidades e famílias, marcadas por situações singulares e localizadas</i>”;</p> <p>b) prevalência do “metodologismo” e adoção <i>acrítica</i> de referenciais conceituais para o atendimento;</p> <p>c) existência de práticas que centralizam as demandas nas famílias com trabalho psicossocial de alteração de caráter, de comportamentos considerados patológicos, de conflitos internos da família, culpando-a pelas situações de vulnerabilidade e riscos, gerando sentimento de inadequação;</p> <p>d) regressões conservadoras no trato com as famílias que ampliam ainda mais as pressões sobre as inúmeras responsabilidades que devem assumir, especialmente no caso das famílias pobres.</p>

a população;

e) o reordenamento da rede socioassistencial para o atendimento dos sujeitos de direitos, na direção da superação de ações segmentadas, fragmentadas, pontuais, sobrepostas e assistencialistas para a garantia de um sistema unificado, continuado e alicerçado de direitos, no enfrentamento das perversas formas de opressão, violência e pauperização vivenciadas pela maioria da população (SILVEIRA, 2007), garantidas pelo financiamento público de fundo a fundo, de repasse automático para garantir a continuidade do atendimento;

f) a matricialidade sociofamiliar, em que se dá primazia à atenção às famílias e seus membros, a partir do território de vivência, com prioridade àquelas mais vulnerabilizadas, uma estratégia efetiva contra a setorialização, segmentação e fragmentação dos atendimentos, levando em consideração a família em sua totalidade, como unidade de intervenção; além do caráter preventivo da proteção social, de modo a fortalecer os laços e vínculos sociais de pertencimento entre seus membros, de modo a romper com o caráter de atenção emergencial e pós-esgotamento das capacidades protetivas da família.

Fonte: Acompanhamento Familiar na Política de Assistência Social: Uma Proposta de metodologia para o Estado do Rio de Janeiro/(SILVEIRA, J. I., 2007) Sistema único de Assistência Social: institucionalidade e práticas.

Entendemos então, que de modo geral tivemos um avanço, principalmente com relação ao acesso á serviços públicos no âmbito municipal, no que tange à territorialização, setorialização, medidas protetivas e matricialidade no atendimento as famílias, especificamente no que diz respeito á duas políticas sociais: a de assistência social e a de saúde, porém este acesso pode esconder enlaces complexos que ora apresentam avanços, e ora retrocessos, torna – se difícil à concretização do direito, pois este aparece como um favor e uma forma de controle social dos mais vulneráveis para que não se tornem uma classe perigosa²⁰.

Analisando o nosso objeto de estudo, observamos que não há uma especificidade no atendimento ao idoso dentro da política de assistência social,

²⁰ Referência ao livro: Classes Perigosas - banditismo urbano e rural de Alberto Passos Guimarães, Parte 4: As Classes Perigosas no Brasil, pp. 169-197.

como na política de saúde que apresenta especializações para o atendimento do mesmo, como integrante da família ele será atendido dentro das propostas matriciais.

Geralmente a família é acompanhada por um profissional de serviço social no CRAS²¹, este deve fornecer orientações no que tange ao cuidado da pessoa idosa e com relações as leis que os perpassam, na expectativa de minorar conflitos que esta nova condição possa causar ao seio familiar. Além disso, é extremamente importante que o profissional em questão esteja atento a outras necessidades que seus usuários possam vir a ter, a fim de prestar informações de acesso á outras políticas públicas sociais, que servirão de auxilio as especificidades da própria pessoa idosa.

Quando a pessoa idosa apresentar maior vulnerabilidade com relação aos mínimos sociais para sobrevivência, receberá o BPC²² ou em casos de Proteção social especial de média complexidade, que envolvem risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos, psíquicos, abuso sexual entre outros, o Estado assume a sua tutela e designa o CREAS²³ para a promoção de atenção socioassistenciais, ficando a parte jurídica com o Ministério Público e a Delegacia Especial de Atendimento à Pessoa Idosa, estes órgãos agirão dentro dos aspectos legais, investigando e punindo quaisquer atos que possa vir a causar ônus ao idoso, independente do agressor ser pessoa física ou jurídica.

Sendo assim, o Estado se priva legalmente e responsabiliza a família por não cuidar do seu componente idoso, esta formatação faz com que a família

²¹ CRAS – Centro de Regional de Assistência Social.

²² BPC – Benefício de Prestação Continuada – LOAS – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Capítulo IV – Seção I.

²³ CREAS – Centros de Referência Especializados da Assistência Social.

permaneça quase que em seu estágio anterior, cooptada por ideologias divergentes dentro de políticas sociais parcas que não tem poder de resolutividade, mas de estagnação. Estas frustrações, somadas com variadas faces da questão social, causam instabilidade dentro da organização familiar que dificilmente não apresentará uma questão de violência, seja esta mais recorrente contra os mais frágeis de seus membros: a criança, o idoso e a mulher.

Compreendendo este contexto múltiplo de insatisfação social, descreveremos no próximo ponto sob os mais variados tipos de violência até chegarmos à violência contra o idoso, ou seja, os maus tratos, recorte que fizemos diante de questões tão amplas.

2.2. A VIOLÊNCIA COMO PROCESSO SÓCIO – HISTÓRICO, TIPOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ORIENTAÇÕES PARA SUA SUPERAÇÃO.

De acordo com Minayo 2006, a violência é um processo sócio – histórico, que acompanha toda a experiência da humanidade. É um fenômeno de causalidade complexa, cujas as manifestações são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia, por isto, ela não é uma, mas múltipla. Em latim seu vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento, de uso da superioridade física sobre o outro, a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder, a vontade de domínio, de posse e aniquilamento do outro ou de seus bens, sendo estas consideradas lícitas ou ilícitas pela sociedade.

Ao pensarmos que a violência faz parte da história de todos os povos e que é incorporada dentro de todas as sociedades existentes desde as mais

remotas até as atuais, e que por isto, ela integra - se aos costumes, saberes , valores e atitudes de um povo, partindo das estruturas do estado alcançando todos os cidadãos que pertencem a um mesmo povo de formas e maneiras diferenciadas sendo assim legitimadas através do tempo²⁴.

E é por isso que se torna importante o estudo da cultura política, para a análise da violência como parte integrante do controle social e das formas de incorporação da violência dentro das instituições de atendimento á população, ressaltando projetos mais humanizados de acolhimento para acesso de bens e serviços de toda a população.

O Brasil sempre teve uma história ligada a violência, desde sua colonização, sendo o estupro das indígenas nativas o primeiro ato violento praticado assim que aportaram na terra Brasilis, seguido da escravidão, expropriação da terra e de suas riquezas, aculturação e catequização e por fim a dizimação de várias tribos indígenas, sendo preservados os poucos índios que se rendiam á dominação portuguesa²⁵.

Em qualquer época histórica do nosso país a violência está presente, seja na aculturação dos indígenas, na escravização dos negros, nas ditaduras políticas, no comportamento patriarcal e machista que perpetua os abusos contra as mulheres, crianças e idosos, aos processos de discriminação, segregação, racismo, opressão e exploração do trabalho, sendo esta exploração a forma estruturante dos mais elevados níveis de desigualdade, onde se assentam muitas outras expressões da questão social.

²⁴ De acordo com Domenach (1981:38) apud Minayo 2006 – o aspecto ontológico da violência não pode ser dissociado da condição humana e não pode ser analisado fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

²⁵ Referencia ao livro de Lucy Dias e Roberto Gambini: Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira. São Paulo: Senac, 1999.

A violência está presente em todos os quadros sociais como forma primária de se demonstrar o poder de um sob o outro, especialmente quando este já apresenta algum tipo de vulnerabilidade, desta forma entendemos que a violência contra os idosos não é um fenômeno novo, eles são vítimas de diversos tipos de violência, desde insultos e espancamentos pelos familiares e seus cuidadores (violência doméstica) até maus-tratos sofridos em transportes públicos e instituições (violência institucional), de maneira geral (violência social), que discorreremos no próximo item.

2.2.1. TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

Um dos grandes desafios desde quando se começaram a sistematizar os estudos internacionais sobre a violência contra os idosos ainda em 1980 foi a questão da terminologia.

Na literatura encontramos várias definições, mas a mais aceita para violência contra o idoso é da organização inglesa Action on Elder Abuse(1995), que acabou tomando notoriedade internacional por parte dos participantes da Rede Internacional de Prevenção contra os Maus-Tratos em Idosos (INPEA), e pela Organização Mundial da Saúde (OMS,2002).

Maus-tratos e negligência definem-se como “uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança” (OMS, 2002).

As violências contra idosos se manifestam de forma: (a) estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal que refere - se às interações e relações cotidianas e (c) institucional que diz respeito à aplicação ou à omissão na gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

Entendemos que todas as formas de manifestações são importantes para distinguir a violência contra a pessoa idosa, porém vamos nos aprofundar um pouco mais na violência institucional, visto que a pesquisa fora realizada em um órgão público de saúde. Sendo assim definimos violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, incluindo desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional.

Quadro 2 – Identificação das formas de violência

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento
- falta de escuta e tempo para a clientela
- frieza, rispidez, falta de atenção, negligência
- maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental
- violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar)
- desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico da violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional, entre outros)
- detrimento das necessidades e direitos da clientela
- proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos
- críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo
- informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação
- diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência. Por exemplo, quando uma mulher chega à emergência de um hospital com "crise histérica" e é imediatamente

medicada com ansiolíticos ou encaminhada para os setores de psicologia e psiquiatria, sem sequer ter sua história e queixas registradas adequadamente. A causa de seus problemas não é investigada e ela perde mais uma chance de falar sobre o que está acontecendo consigo.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir do Caderno de Atenção Básica – nº 8, sob o título: Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. p.23 e 24.

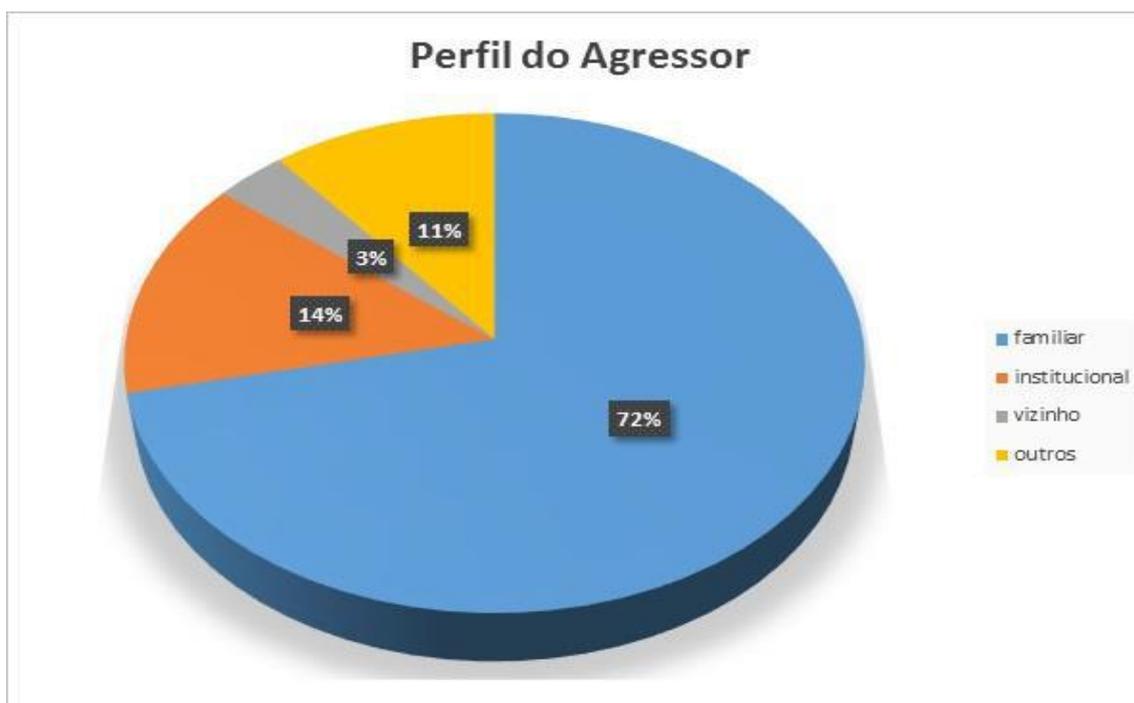
Analisando este quadro e o comparando com a realidade vivenciada todos os dias pelos usuários das unidades de saúde pública e privada, observamos que a violência institucional deixou de ser um fator estranho ao atendimento e passou a ser incorporado no cotidiano dessas relações. A falta de investimentos na política de saúde, o aumento da demanda populacional e a “flexibilização do trabalho”²⁶, são fatores que contribuem para a violência institucional.

Por outro lado observamos que a maior parte dos atos descritos acima são cometidos por técnicos de enfermagem, sendo estes os profissionais de saúde que são diretamente os responsáveis pelo cuidado imediato do usuário internado. No que tange à pessoa idosa internada, o ato violento ou a omissão de cuidados pode agravar de forma abrupta o seu estado e até leva - lo a morte, vista suas condições não favoráveis à recuperação da saúde. No concernente aos outros profissionais, o que inclui as assistentes sociais, não observamos dentro desta unidade de saúde H.E.R.F, nenhuma outra forma de abordagem que os diferenciasses dos citados anteriormente.

De acordo com os dados do Programa Estadual de Prevenção e Combate à Violência contra Pessoas com Deficiências, se fizermos uma breve análise do perfil do agressor e dos grupos mais vulneráveis as agressões, notamos a forte semelhança com os casos em que as vítimas são crianças,

²⁶ A transferência de riqueza entre classes e categorias sociais e entre países está na raiz do aumento do desemprego crônico, da precariedade das relações de trabalho, das exigências de contenção salarial, da chamada “flexibilidade” das condições e relações de trabalho, além do desmonte dos sistemas de proteção social. (IAMAMOTO 2011, p 111)

idosos ou pessoas com deficiência. Em 72% dos casos, o agressor pertence à família da vítima e em 14% trata-se de violência em atendimentos em órgãos públicos, empresas e entidades privadas. Apenas 11% das agressões são praticadas por pessoas físicas que não tem relação com a vítima, incluídos aí os casos de bullying. E 3% dos casos têm vizinhos como agressor.



Fonte: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/>. Acesso no dia 14 de janeiro de 2015, às 13:25.

Observados estes dados concluímos que o maior agressor da pessoa idosa é aquele com quem ele tem vínculos afetivos, seja grau de parentesco ou convívio constante, mas este fator não exime o profissional de saúde de um cuidado humanizado na prestação de serviços de qualidade.

Continuando a definir como se processa a violência, vejamos no quadro a seguir algumas categorias e características para designar as várias formas de violências mais praticadas contra a população idosa.

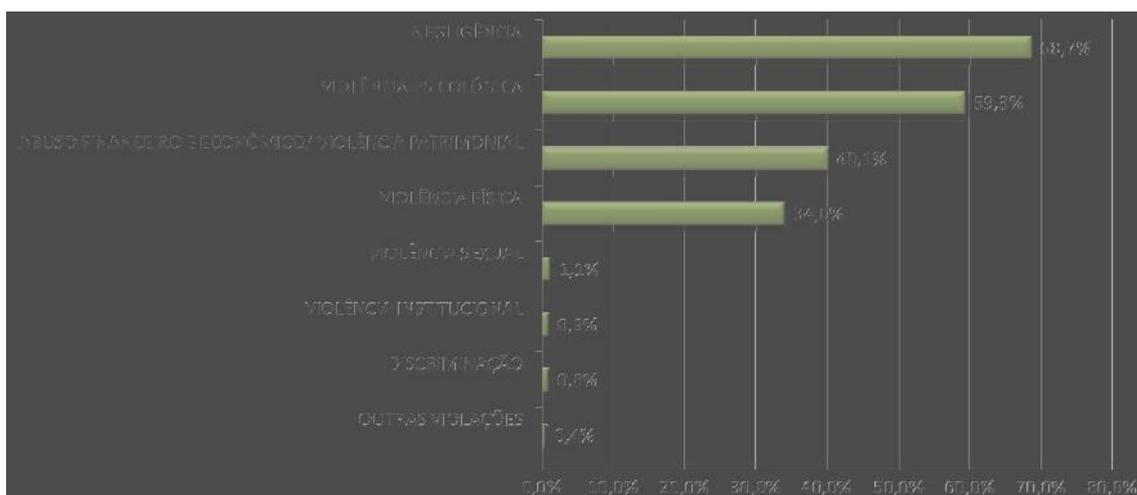
Quadro 3 – Tipos de violência	
Tipo de violência	Características
Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física.	São expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos.	Correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
Abuso sexual, violência sexual.	São termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
Abandono	É uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
Negligência	Refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
Abuso financeiro e econômico	Consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
Autonegligência	Diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.

Fonte: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Negligência e Maus – Tratos, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 791-797. e Violência Intrafamiliar, p. 70 – 80.

A tipologia de maus tratos é um grande avanço terminológico para se entender alguns tipos de violência que passam despercebidos no dia a dia e no cotidiano familiar. Por exemplo, é perceptível quando um idoso chega à unidade de saúde com várias lacerações e hematomas, um profissional dizer: este idoso sofre maus tratos físicos, porém empurrões que o causem dor e não deixam marcas também estão inseridos nesta modalidade. Outro tipo que é praticamente invisível é o abuso psicológico, este só é detectável muitas vezes

quando o próprio idoso perde o medo e busca sua independência da situação ou quando outros familiares, profissionais de saúde, vizinhos venham a intervir, abrimos aqui um parêntese, pois esta forma dificilmente é admitida pelo idoso em casos de denuncia, principalmente pelo fato do principal agressor ser um parente próximo ou seu próprio filho.

Dados do DDH – Disque Direitos Humanos (DDH-100) da SDH apontam que em 2011 cerca de 68,7 % de casos de negligência 59,3% de violência psicológica, 40,1% de abuso financeiro/econômico e violência patrimonial, sendo para esta população o maior índice desta violação, e 34% de violência física. Sendo alguns idosos são vitimados por mais de uma violência.



Fonte: Secretaria Nacional Direitos Humanos em www.sdh.gov.br, Acesso em 01 de setembro às 22: 30.

Esses dados tornam se importantes na direção da construção de políticas públicas que venham extinguir tais atitudes contra pessoas idosas. A partir destes dados a SDH, em 2012 reafirmou se compromisso de trabalhar assiduamente, para que se reconheça a legislação dos direitos da Pessoa Idosa, estabelecendo mecanismos a fim de efetivar as normatizações nacionais e internacionais. Para tanto coordena a elaboração do Plano Nacional dos

Direitos da Pessoa Idosa, que, proposto como uma estratégia integral, materializa o esforço coletivo de implementação das políticas públicas desenvolvidas nos últimos anos.

Existem outras formas gerais que podem levar a equipe á suspeita de maus tratos, são elas:

- abandono ou ausência de cuidador durante longos períodos
- atividades de risco (cozinhar, mexer com produtos químicos, etc) realizadas pelo idoso sem supervisão de cuidadores
- conflitos ou crises recentes na família
- problemas com administração de medicamentos
- demanda elevada aos serviços de saúde, especialmente de urgência, ou ao contrário,
- retardo na busca de atendimento médico, quando necessário
- ansiedade dos familiares ou cuidadores durante as visitas domiciliares ou hospitalizações
- não trazer os registros médicos anteriores para a consulta
- presença de lesões sem explicações compatíveis
- divergência entre a história contada pelo paciente e relato dos responsáveis ou cuidadores
- achados radiológicos e laboratoriais incompatíveis com a história do paciente ou relato dos cuidadores
- ocultar fraturas prévias

Na territorialização das políticas sociais de saúde, esses cuidados por parte dos profissionais irão atuar na forma de promoção á saúde, mesmo com o problema de maus tratos aparentemente instalado, medidas de prevenção,

orientação á família podem frear o prolongamento desta violência, fazendo com que este idoso não avance para um processo crítico ou mesmo a morte.

Há várias formas de se apresentar aqui exemplos dos outros tipos de maus tratos, mas optamos em descrever as manifestações clínicas para o qual os profissionais de saúde devem estar atentos, na hora do atendimento.

Para cada tipo de violência, existe uma ou mais manifestações clínicas, vejamos no Quadro 4:

Tipo de violência	Manifestação clínica
Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física	Contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis, de vários formatos, de diferentes estágios e de formatos bem definidos, como marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos. Alopecia traumática ou edema de couro cabeludo
Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos	Comportamentos bizarros: chupar dedo embalar-se transtornos neuróticos transtornos de conduta
Abuso sexual, violência sexual	Lesão, prurido, sangramento, dor anal ou genital. Doenças sexualmente transmissíveis como corrimento, manchas ou sangramento nas roupas íntimas.
Negligência	Desidratação ou desnutrição higiene precária vestuário inapropriado ao clima/ambiente escaras, assaduras ou escoriações impactação fecal
Abuso financeiro e econômico	Necessidades e direitos não atendidos (compra de medicamentos, alimentação especial, contratação de ajudantes, livre utilização dos proventos) em consequência do uso de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, herança) pela família.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir do caderno de Atenção básica – Violência Intrafamiliar.

Deixamos claro que estes aspectos só são perceptíveis á profissionais de saúde que desenvolvem um trabalho de atenção humanizado, estabelecendo vínculos no momento do cuidado, não sendo tão fácil para profissionais que trabalhem em hospitais de média e alta complexidade, vista as situações já apontadas acima como a sucatação do SUS, no que tange a

focalização e atendimento emergencial, sendo prestado apenas para evitar a morte.

Apesar de todo o exposto neste capítulo com relação a observação da atuação dos profissionais de saúde em campo, também fica claro que sua formação acadêmica não dá conta de lhe instruir sob leis e cuidados que perpassam o idoso, nesse sentido é quase que unânime da maioria das equipes a chamada de um assistente social para dar prosseguimento ao atendimento e as orientações cabíveis aos familiares.

No Quadro 5, algumas orientações que podem ser prestadas á família pelo profissional de saúde:

Orientações ao cuidado domiciliar da pessoa idosa

- Cuidados e higiene do idoso.
- Necessidades dietéticas, inclusive receitas especiais para pacientes alimentados através de sondas.
- Necessidades psicológicas e emocionais dos idosos.
- Orientações e treinamento para realização de procedimentos domiciliares: curativos, injeções, manuseio de sondas etc.
- Técnicas de relaxamento para cuidadores e técnica para manejo de idosos acamados
- Orientações sobre direitos previdenciários e demais benefícios para idosos.
- Cuidados específicos para portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* como organizar esquemas para administração simultânea de vários medicamentos.
- Telefones úteis para orientações em caso de emergências.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir do caderno de Atenção básica – Violência Intrafamiliar.

Não há formas de se mensurar que as orientações para o cuidado da pessoa idosa diminuirão as formas existentes de maus tratos, mas é certo que a partir do Estatuto do Idoso e o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento da SDH, foi se construindo mesmo que lentamente a visibilidade da pessoa idosa, como cidadão de direito, trazendo a tona e a repulsa social a violência contra os mesmos, tomando um caráter de tortura para os vitimados. Desta forma, se legitima a lei, mas entendemos que ainda

há um longo caminho a percorrer e que neste momento muitos idosos estão sendo agredidos.

Para que avancemos na direção da erradicação da violência contra o idoso é necessária à ampliação desta política, para que não perca a força e não retrosseda em suas conquistas, também é imprescindível a articulação com outras políticas sociais, para que as pessoas idosas possam ser atendidas em todas as suas necessidades sociais.

3. A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA, O SUS, O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO E OS CUIDADOS COM A IDADE MADURA.

3.1. A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA E O SUS

Relembrando um pouco da História da Saúde notamos que a intervenção do Estado na Política de Saúde se dá no Brasil a partir da industrialização no século XX, mais especificamente na década de 1930, para a assistência à saúde dos trabalhadores que outrora era pautada na filantropia e em campanhas higienistas limitadas. Essa nova forma de lidar com a Saúde acompanha a emergência da sociedade capitalista brasileira, trazendo mudanças políticas e econômicas, dentre elas a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais para atuação pontual na questão social e entre outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Uma marca de progresso da Política de Saúde no Brasil foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública - MES(1934-1945) durante gestão de Gustavo Capanema, que promoveu a regulação, organização da saúde, a partir de 1937 iniciou a reformulação e estruturação do ministério, ampliando seu principal departamento, criando diretorias e delegacias federais de saúde, com o objetivo de garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisioná-los.

A esta reforma se deu o nome de Reforma Capanema, que rompeu com a inércia do tratamento em saúde dos anos anteriores e instituiu as C.N.S - Conferências Nacionais de Saúde, a fim da integração e normatização dos serviços locais de saúde(LIMA,F e Hochman, 2005) . Apesar desde grande

avanço nas trincheiras da saúde pública é necessário salientar o advento do Estado Novo, ou melhor, da Ditadura Vargas, que iniciou um período social repressivo, se utilizando do caráter centralizador da saúde pública para a contenção das massas populares.

Cabe ressaltar que para este período histórico os tratamentos à saúde previdenciária eram oferecidos á trabalhadores que possuíam carteira de trabalho assinada nos moldes da previdência social, deixando excluída grande parte da população pobre e indo de encontro ao proposto pelo movimento de Reforma Sanitária. (PAIM, 1997, p. 11-24).

Além disso, era estendida á todo território nacional e se dividia em dois sub setores: a Saúde Pública e a medicina privada. As principais medidas tomadas para a saúde pública foram:

Quadro 6- Medidas aplicadas em Saúde Pública no período de 1930 à 1940

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão - de - obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros pela Fundação Rockefeller – de origem norte americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicas em saúde pública.

Fontes: Dados encontrados também nas Políticas e Sistema de Saúde no Brasil pag.356 -366 e PAIM, 2009.

Ficam visíveis os ganhos da saúde pública neste processo, porém ao mesmo passo que se iniciava a intervenção pública em endemias, a medicina previdenciária surgia também em 1923 as CAPs e em 1930 as IAPs²⁷ com a pretensão de cobertura do maior número de categorias de assalariados, para a contenção de possíveis reivindicações. De acordo com PAIM 2009, a saúde

²⁷ CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões e IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões.

pública não tinha nenhuma integração com a medicina previdenciária, a primeira, tinha ações ligadas a prevenção, o ambiente e a coletividade enquanto a segunda com a saúde do trabalhador, ações curativas e individuais, integrando assistência médica liberal, filantrópica e empresarial.

Para Santos 1979 a forma com que o sistema de seguridade brasileiro se configurou forçou a regulação do Estado e atribuiu o status de cidadão somente para aqueles que exerciam funções de interesse do Estado, excluindo a grande massa da população. Dentro desse contexto a maioria da população rural também era excluída, englobando quase 100% da população da zona oeste do Rio de Janeiro, local de grandes extensões de terras neste período.

Em 1941, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, presidida pelo ministro Gustavo Capanema, para dar viabilidade e voz à Política de Saúde. Outro fator importante é que ainda em 1942, se funda o SESP- Serviço Especial de Saúde Pública, durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com o governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller, iniciou –se o combate à febre amarela e a malária na região do Amazonas e no Vale do Rio Doce em troca de extração de grande quantidade de borracha e ferro. O acordo perdurou por muitos anos e deu início aos trabalhos da medicina preventiva e curativa.

O formato da Política Nacional de Saúde iniciado em 1930 foi consolidado entre 1945 à 1950, porém apesar de todos os gastos favoráveis com Saúde Pública para melhorias sanitárias, não foi suficiente para eliminar as doenças infecciosas e parasitárias, as altas taxas de morbidade²⁸ e mortalidade infantil, mantendo este quadro até 1964.

²⁸ Em 1956, pela lei nº 2.743, foi criado o DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais. De acordo com PICALUGA (1977), este órgão tinha a finalidade de centralizar “todas

Em 1964 no Brasil dava – se início ao período político chamado Ditadura Militar, este governo trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, onde podemos destacar a assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado²⁹ e o aumento de parcelas sociais significativas no sistema previdenciário devido à unificação dos IAPs que passou a INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou os benefícios prestados pelos contribuintes.

No período de 1964 á 1974, a questão social já alcançava níveis alarmantes, tornando – se um dos maiores motivos para a tensão: Estado x sociedade, onde a resposta para as reivindicações sociais eram a repressão e a assistência, desta forma a Política assistencial é ampliada com quatro finalidades:

- Aumentar a regulação social;
- Suavizar tensões entre Estado x Sociedade;
- Legitimar o regime ditatorial;
- E servir para acumulação de capital.

De acordo com Bravo 2000, para que o setor saúde assumisse as características capitalistas foram incorporadas modificações tecnológicas vindas do exterior, bem como a imposição da medicalização da vida social, tanto em saúde publica quanto na previdência social.

aquelas campanhas rotinizadas que constituem a verdadeira razão de ser do Ministério da Saúde” (in: TEIXEIRA, 1988:30).

²⁹ Segundo BRAVO (1996), “(...) o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do INPS; o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), para a aquisição de casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação; os novos mecanismos de poupança compulsória, como Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente, o PIS/PASEP. Estes mecanismos tentaram resolver a contradição entre a tendência abrangente da concessão de benefícios e a estreiteza do regime de capitalização, sendo uma importante fonte de capacitação de recursos para investimentos na área econômica” (1996:30).

A área da saúde foi à pioneira em reivindicações caracterizando ainda no final da década de 1970 à organização do Movimento de Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura militar e a mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para o Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. Devido a esta grande pressão o governo atuou de 1974 á 1979 para minimizar as expressões da questão social.

É notório os grandes avanços que aconteceram neste período graças ao investimento do governo estadual, porém as políticas de corte neoliberal trouxeram grandes prejuízos para a Saúde Pública , afetando todos os setores de políticas sociais. A seguir discorreremos sob a política de saúde dentro do plano de governo neoliberal

3.2. O CARÁTER DE DESCONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DENTRO DO IDEÁRIO NEOLIBERAL

Em 1980, acontece o processo de democratização do país em uma conjuntura de efervescência política, principalmente na segunda metade desta década, a articulação de diversos setores organizados da sociedade civil sobre o Estado expurgou o regime ditatorial do poder. O Movimento de Reforma Sanitária propôs a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, que só fora legitimado na 8ª Conferencia Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. É importante frisar que a articulação com vários setores da sociedade civil e parlamentares foi crucial para a formalização e conquista do SUS que se tornou possível na garantia de direitos sociais e sua expansão a

partir de sua promulgação na Constituição Federal de 1988, artigos de 196 á 200. Em Bravo 2001, observamos as propostas debatidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

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

Definitivamente este foi um marco de ruptura com o projeto privatista de saúde, um avanço que ultrapassou as amarras ditatoriais do governo, porém ao mesmo tempo que se ampliava e conquistava o Projeto de Reforma Sanitária contra – hegemônico, outro projeto se articulava nos moldes empresariais, caracterizando em modelo privatista de saúde, tendo o seu avanço nos anos de 1990, no governo Collor, com a chamada ofensiva neoliberal³⁰.

Vejamos neste pequeno quadro as principais diferenças entre os dois projetos propostos á sociedade brasileira:

³⁰ De acordo com Coutinho 2000: As propostas do projeto neoliberal(ou “liberal-corporativismo”), expressas com clareza no chamado “Consenso de Washington”, são bastante conhecidas: concentram – se numa apologia da privatização, que implica a atribuição ao mercado – e não à esfera pública – tarefa de regulamentar os conflitos e de satisfazer as demandas sociais. (...) Do ponto de vista ideológico, essa postura se manifesta, entre outras coisas, na tentativa teórico – prática de “despolitizar” a sociedade civil, transformando-a num suposto “terceiro setor”, o qual, situado para além do Estado e do mercado, seria regido por uma lógica pretensamente “solidarista” e “filantrópica”; de resto, uma vez constituído tal setor, o Estado deveria transferir para o mesmo suas responsabilidades na gestão e implementação dos direitos e das políticas sociais. pp 98.

Quadro 7 – Os Projetos em conflito	
Projeto de Reforma Sanitária	Projeto Privatista
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Democratização do acesso; ➤ Universalização das ações; ➤ Descentralização; ➤ Melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade da ações. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ampliação da privatização; ➤ Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde; ➤ Descentralização dos serviços ao nível local com isenção de responsabilidade do poder central; ➤ Estímulo ao seguro privado; ➤ Eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1997)

Fonte: Bravo, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas Profissionais – São Paulo : Cortez/ UFRJ. 1996

É completamente visível a antagônia dos dois projetos societários para saúde, o de Reforma Sanitária tendo como sua principal estratégia o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de amplas lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulados com o movimento popular e o de Privatização com premissas individualistas e fragmentadas da realidade, retomando o modelo médico assistencial privatista, além da contenção de gastos com saúde, obrigando a sociedade a assumir os custos da crise econômica, a refilantropização com a desprofissionalização de profissionais e a utilização de agentes comunitários e cuidadores.

De acordo com NETTO (2010) nos anos 80, em conexão com a dinâmica sócio - política e econômica internacional, existiu no Brasil, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita que diminui os direitos sociais e políticos e o de uma

sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base salientando – se os sindicatos, as comissões de fábrica, as organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais.

Neste contexto situa-se a crise global do capitalismo, que já dá seus sinais desde a década de 1970, dentro da sociedade contemporânea. Suas expressões vão afetar de forma exorbitante o Estado de Bem Estar Social e especificamente no Brasil as Políticas Sociais que tem o carro chefe na Seguridade Social, proporcionando a diminuição de investimentos em todas as áreas de atuação.

Com o aprofundamento do neoliberalismo nos governos que se seguiram como o de FHC, Lula e Dilma vivemos um período de retrocesso social, onde o processo de reafirmação do SUS só se dá através das lutas contínuas dos profissionais de Saúde articuladas com o movimento popular.

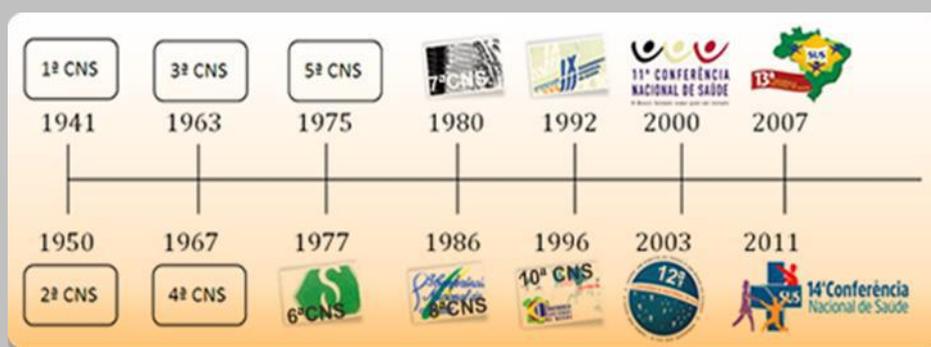
Dentro deste panorama encontramos a resistência do Conselho Nacional de Saúde, na formulação da Política Nacional de Saúde e em defesa de sua universalidade, desde a sua constituição até os dias de hoje. Entre avanços e retrocessos destacamos três pontos importantes dessa luta constante:

- Nos seus antecedentes sua emergência nos anos de 1930 á 1945, devido ao grande crescimento de doenças infecto contagiosas, porém cooptada pelo governo populista de Vargas;
- Na Ditadura Militar o movimento de Reforma Sanitária se vê pulverizado devido á forte controle social e repressão governamental;

- Em 1980, ganha notoriedade com o processo de democratização e efervescência política, ganhando seu lugar na constituição de 1988 sob a lei de número 8142/90.

Se tornando um mecanismo de controle social do SUS, a participação popular através dos conselhos de saúde, fóruns e debates em todas as instancias de governo se tornou grande aliada na luta pela saúde pública, freando o avanço do neoliberalismo dentro do SUS, vejamos as propostas das Conferencias Nacionais de Saúde a partir da Constituição da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937:

QUADRO 8 - MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS – CONFERÊNCIAS



1ª CNS – 1941 – Situação Sanitária e assistencial dos Estados

2ª CNS – 1950 – Legislação referente a higiene e à segurança do trabalho

3ª CNS – 1963 – Propõe a radical municipalização da assistência á Saúde no Brasil.

6ª CNS – 1977 – Interiorização dos serviços – Política Nacional de Saúde – PIASS.

7ª CNS – 1980 – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV SAÚDE.

8ª CNS – 1986 – Sarney – Defesa do CONTROLE SOCIAL NO SUS E DOS PRINCÍPIOS DA REFORMA SANITÁRIA – Reuniu mais de 4.000 pessoas e contou, pela primeira vez, com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país, como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) , da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva(Abrasco)

9ª CNS – 1992 – Collor – “ Saúde: Municipalização é o Caminho” – Exigência do Cumprimento da Lei Orgânica da Saúde e do fortalecimento da descentralização e do Controle Social

10ª CNS – 1996 – FHC – “ Construindo um modelo de atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”- Apresentação de Experiência exitosas do SUS e Protesto Contra a Política Neoliberal, Implementada por FHC (presença do ministro Adib Janete e ausência de representantes da Política econômica do governo)

11ª CNS – 2000 – FHC- “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção á Saúde, Controle Social” – Posicionamento contrário do setor público, através das agências

executivas e organizações sociais – Discurso participacionista e de controle social, na busca das parcerias com a sociedade para enfrentar problemas sociais solidariamente, controlando os gastos que deveriam ser mínimos, racionalizados e eficazes (ROSAVALON = Sociedade Solidária)

12ª CNS – 2003 – “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos.

13ª CNS – 2007 – Saúde e Qualidade de Vida. Política de Estado e Desenvolvimento.

14ª CNS – 2011 – Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.

Fonte de Pesquisa: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>, 2014.

No que diz respeito as lutas pela conquista da universalização e permanência do direito a política de saúde, muito se amadureceu e avançou, visto os temas das conferências, porém o retrocesso se deu a partir do avanço do neoliberalismo por dentro da própria política que se chamou de Projeto das Fundações Estaduais, regulamentado pela ementa constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998, conhecido como ementa da contra – reforma do Estado brasileiro realizada pelo governo de FHC e aprofundado no governo sucessor, o de Lula.(GRANEMANN, 2011,pp.50-55). Ainda segundo GRANEMANN 2011

A contra reforma estatal permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado – ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações – tem no Projeto Fundação Estadual um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

Neste bojo de retrocesso nas políticas sociais, o trabalho profissional em saúde tornou se instável, devido á: falta de concursos e o aumento dos contratos, o desfinanciamento do que é publico e o repasse para prestadoras de serviços seja esta humano ou técnico, o que caracteriza a “flexibilidade”, desta forma, o serviço prestado se torna desqualificado, desumanizado, não cumprindo com as diretrizes mínimas do SUS. Pensando nas mais variadas

denúncias e numa alternativa que contornasse esta situação de calamidade o MS³¹ cria o Programa de Humanização, tema que trataremos a seguir.

3.3. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO E OS CUIDADOS COM A IDADE MADURA

De acordo com (BERZENS, 2003, p.67): A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes, então, humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética, ou seja, para o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados. Pela linguagem, fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem nos desumanizar.

A Política Nacional de Humanização é um pacto, uma construção coletiva, que só pode acontecer, a partir da troca de saberes, dentro da equipe multiprofissional de saúde, que identificam as necessidades dos usuários dos serviços para promover atendimento qualificado.

A proposta de humanização da assistência á saúde, visa a melhoria da qualidade de vida do usuário e das condições de trabalho para os profissionais. Sabe-se que visa também ao alinhamento com as políticas mundiais de saúde e a redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias. (BRASIL, 2006, p. 25).

No entanto analisando criticamente, a necessidade da criação de uma Política para que haja uma assistência hospitalar humanizada, nos faz refletir sob a realidade da execução da política de saúde que é fragmentada e

³¹ MS – Ministério da Saúde

verticalizada durante o processo laboral, comprometendo assim, as relações na equipe multiprofissional e entre os profissionais e os usuários, resultante de falta de investimento, pouca qualificação de trabalhadores e falta de gestão participativa.

O processo de humanização no cuidado com o idoso no ambiente hospitalar parte do princípio da educação em saúde e treinamento dos profissionais e também do financiamento estrutural para que este lugar se torne mais confortável para o idoso em sofrimento, pois a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, ou seja, bem – estar geral para todos os pacientes e funcionários, além de diminuição de gastos hospitalares.

Para que o atendimento seja realizado nos hospitais de forma especializada, deve – se levar em conta o contexto pessoal, familiar e social complexo do idoso, para que ele seja assistido de acordo com suas necessidades. Acredita – se que os profissionais que trabalham de forma humanizada, conseguem desenvolver o vínculo³², respeitando o outro como igual, desta forma se torna possível a promoção, prevenção e reabilitação de saúde do idoso, mesmo em rede emergencial.

³² Referencia ao texto de Martins (2011, pp 39-49) Dom do reconhecimento e saúde: elementos para o cuidado como mediação. In: Pinheiros, R. Martins, P. H. Usuários , Redes Sociais, Mediações e Integralidade em Saúde, Ed. UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

4. APLICAÇÃO DA PESQUISA

4.1. PASSOS METODOLÓGICOS

Para este estudo o projeto original visava a análise da atuação da equipe de Serviço Social do Hospital Estadual Rocha Faria (H.E.R.F) em relação à questão de violência sofrida por os grupos vulneráveis: Crianças e adolescentes, mulheres, deficientes e idosos, devido a grande demanda de atendimentos diário dos mesmos. Entendendo que o recorte era necessário para a viabilização de um objeto específico, decidimos através da observação e leitura de dados optar pelo grupo que se torna muito mais vulnerável durante sua reabilitação no hospital e por isso optamos em ressaltar a violência contra o idoso, tentando entender o histórico social destes indivíduos e todos os aspectos que permitem que tal fato aconteça de forma recorrente nesta localidade, com o objetivo de superar esta condição, a partir da utilização das redes de proteção social.

Para dar início à pesquisa, propôs-se compreender a concepção, de atuação do setor de Serviço Social vislumbrando a Política Nacional de Saúde e Humanização, por se tratar de ambiente Hospitalar e leis vigentes no que se refere ao idoso como a Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso, além das leis específicas a atuação profissional e estudos sociais já publicados.

Para esse estudo foi evidenciado o tipo de abordagem qualitativa, realizando análise das informações escritas no diário de campo e dos trabalhos finais de OTP na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e observação participante, na qualidade de estagiária da Secretaria Estadual de Saúde (SES) – lotada na unidade de saúde H.E.R.F;

além de leitura das cópias de documentos de atendimento como: livro de ocorrências, ofícios de abrigamento, relatórios sociais para a 4ª Promotoria do Idoso e entrevista aberta com grupo focal³³ de profissionais da equipe de serviço social da unidade supra citada.

Essa proposta se preocupa com a compreensão da ação social, a fim de que seja analisado o ponto de vista dos atores sociais envolvidos, buscando a proximidade com a temática Violência e Saúde (MINAYO, 2006). Utilizou-se a abordagem de triangulação³⁴, pois além da leitura de documentos do setor, também se fez necessário a leitura de livros, artigos, leis e periódicos relacionados á todos os temas citados neste trabalho.

Ao realizar as entrevistas com as assistentes sociais lotadas no H.E.R.F, buscamos avaliar a demanda de estudo social para a realização da proposta de reinserção familiar, tomou-se como base as informações coletadas no levantamento e análise dos relatórios sociais elaborados entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013, que de modo geral apresenta o último estágio de abandono, ou seja, quando o profissional entende que todo o esforço para promover a inserção familiar fora em vão e passa a responsabilidade da pessoa idosa para o Ministério Público - MP, neste caso a 4ª Promotoria do Idoso.

³³ Grupo Focal - é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade. É uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas, fornecendo aos gerentes de projetos ou instituições uma grande riqueza de informações qualitativas sobre o desempenho de atividades desenvolvidas, prestação de serviços, novos produtos ou outras questões. (MARTINS, 2004).

³⁴ De acordo com (MINAYO, 2005) a triangulação é uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista – seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores ou a visão de mundo dos informantes da pesquisa – utilizados de modo articulado no estudo empreendido pelos autores.

O estudo bibliográfico assim como a análise do diário de campo foram essenciais para a análise crítica da instrumentalidade e da ação profissional, observada a grande diferença de atuação entre os profissionais da equipe de serviço social, tendo intrínseco a fatores como: diferentes formações no período da graduação, diferentes formas de contrato o que implica salários variados, o regime de plantão que afeta a continuidade do atendimento e em um caso específico a perda da identidade profissional, devido a três formações diferenciadas no período da graduação. Além disso, notou-se também a total aversão de toda a equipe em relação aos outros profissionais, ao qual não se mantém um diálogo, a não ser quando solicitado por profissionais que trabalham em ambiente interno hospitalar, visto que a sala do serviço social e na parte exterior do hospital, onde outrora funcionava um antigo ambulatório. Esta distância e apatia em prévia observação aponta uma quebra no trabalho multiprofissional e também impossibilita a emergência da equipe como um diferencial, no que diz respeito a defesa intransigente dos direitos dos usuários³⁵.

Para entender determinadas ações profissionais foi necessário o levantamento bibliográfico das legislações e políticas públicas que subsidiam estes profissionais, os seus usuários e suas famílias, pois entendemos que este é um problema de macro – estrutural, não dependo apenas destes para uma mudança, mas sim no que tange a superestrutura social.

Ressalta-se que a padronização da identificação das informações coletadas baseou-se nas afirmações apresentadas pelas assistentes sociais nos relatórios sociais analisados. Além de serem fundamentadas em normas e

³⁵ Referência ao artigo 1516 Código de ética do Serviço Social.

resoluções, conforme exposto no decorrer da apresentação dos resultados obtidos.

Para a realização deste estudo, foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos entrevistados, em geral realizada durante reunião com os estagiários para esclarecimento da natureza do estudo, seus métodos e benefícios possíveis.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, a necessidade de apresentar novos fatos e modificar as atividades previstas permitiu ter acesso à informações importantes para agregar a esta pesquisa. Assim como os dados analisados foram organizados com a finalidade de expor a relevância da construção teórica e dos resultados obtidos neste estudo.

4.1.1. ALGUMAS ILUSTRAÇÕES DA VIOLÊNCIA COTIDIANA CONTRA OS IDOSOS

Caso 1:

No primeiro mês de estágio foi notório observar o quantitativo de idosos abandonados na no H.E.R.F e a forma com que estes eram os últimos a receberem a medicação por parte dos profissionais de enfermagem.

Já neste período fui inculbida de acompanhar os casos na ala de emergência masculina e feminina e durante sete meses presenciei fatos estranhos e corriqueiros. Fazendo o levantamento de dados de dois idosos, identifiquei que tinham o mesmo endereço residencial, participei este fato a supervisora e partimos imediatamente para entrevista no leito. Os dois usuários estavam desnutridos, porém em momentos de lucidez ficou nítido que se

tratava de uma vila para aposentados em Bangu, o que os idosos chamavam de meia água, de acordo com os mesmos a proprietária do imóvel, recebia suas aposentadorias e em troca fazia suas compras, comprava remédios e retirava o aluguel se mostrando totalmente prestativa. A indignação da equipe de serviço social foi imediata, porém o caso fora relatado em livro de ocorrência e encaminhado após duas semanas à 4ª Promotoria do Idoso, porém não sendo denunciado à delegacia do idoso. No sétimo mês o Sr. L e O, evoluíram para óbito, a assistente social de justiça foi averiguar o relatado no ofício no mês de décimo mês após o ocorrido fato.

Caso 2 :

No estágio 2, em meu segundo ano no mesmo hospital, o setor de serviço social recebeu a maior demanda de casos de atendimento à paciente idosos, cerca de 52 ao todo, registrados em livro de ocorrência no setor³⁶, devido a tempo de permanência que os mesmos se mantinham internos, sendo o principal solicitante de acompanhamento do setor o próprio familiar do idoso, que apontava para situações como demora no atendimento médico, espera prolongada para a realização de exames e cirurgias, falta de medicações propícias ao reestabelecimento do usuário, situações tão amplas que fogem a atuação imediata do serviço social.

Diante de tantos atendimentos, um nos chamou a atenção, Srº R. de 68 anos, deu entrada na unidade emergencial masculina em 12.08.2012, em estado de coma alcoólico, o primeiro atendimento feito ainda na rua pela unidade do SAMUR e depois já no hospital pela sala vermelha, que tem como

³⁶ Cabe aqui salientar que os registros em livro de ocorrência no setor de serviço social, só são realizados em caso de atendimento do profissional de serviço social à paciente interno, não sendo contabilizados neste a entrada de toda a demanda de pessoas idosas na unidade de saúde, no período da pesquisa.

objetivo, preservar a vida do cidadão o tirando do risco eminente de morte. Passado dois dias Sr^o R. fora de risco de morte foi transferido para o setor verde para dar continuidade ao tratamento. Observados pela equipe de enfermagem que o mesmo não tinha acompanhante e nem familiar que o visitasse, acionaram o serviço social para dar provisão no sentido de responsabilização familiar. Chamada pela supervisora para acompanhar o caso a primeira abordagem foi a entrevista ao paciente acamado para fins de conseguir dados para a localização familiar, neste primeiro momento, observamos através da fala de Sr^o R. que morava de favor nos fundos da biosca que bebia em troca de trabalho para o dono do estabelecimento e perdido os vínculos familiares. Apesar de sua situação de vulnerabilidade, o idoso recebia a sua aposentadoria e tinha os principais documentos em sua carteira, além de alguns telefones para contato. A partir daí, ligamos para todos os telefones apresentados e o único que atendeu afirmou não conhecer o idoso, já com o número do PIS³⁷ do idoso foi consultada a base de dados da Caixa Econômica Federal, a fim de obter informações cadastrais que pudessem ajudar na busca familiar, porém sem sucesso. Neste período Sr^o R. teve convulsões devido á falta do álcool, também apresentando estágios de alucinações sendo assim atendido pela saúde mental da unidade, passando os momentos críticos e não apresentando mais nenhuma manifestação clinica a equipe medica passou a responsabilização do paciente para o serviço social, se tornando assim o chamado paciente social, já no segundo mês de internação. Sem que obtivéssemos sucesso nas buscas por familiares ou amigos que se responsabilizassem pelo idoso, o próximo passo foi o contato

³⁷ PIS – Programa Integração Social

com as casas de abrigo, através de telefone no qual o setor mantém o contato com quatro: Central de Regulação de Adultos Stella Mares, Central de Recepção de Idosos Carlos Portela, Central de Triagem de População de Rua, sendo estas três de cunho público e nunca possuindo vaga devido a grande demanda em todo o Estado do Rio de Janeiro e a Instituição Profeta Gentileza de cunho privado, que recebe repasses municipais e estaduais por pacientes vindos do SUS. Caso haja a vaga é enviado um Ofício com os dados do paciente em questão. Após três meses o Sr^{o38} R. foi transferido para ILP – Profeta Gentileza.

4.2. O UNIVERSO PESQUISADO: O HOSPITAL ROCHA FARIA

O estudo foi realizado no Hospital Estadual Rocha Faria (H.E.R.F) no Estado do Rio de Janeiro, situado no Bairro de Campo Grande - RJ, tendo a sua área de abrangência todo o Estado e funcionando 24 horas por dia devido estar em classificação de média complexidade, o que o caracteriza também como um hospital de emergência, estando aberto de todos os dias da semana e finais de semana, vinculado administrativamente a Secretaria de Estado de Saúde faz parte de algo bem maior a Política Nacional de Saúde, tendo suas premissas na lei Nacional do SUS.

O H.E.R.F implementa a Política Nacional de Saúde em articulação com várias outras políticas, além de contar com Organizações Não Governamentais (ONGs) , empresas privadas, filantrópicas entre outros a fim de:

³⁸ ILP – Instituição de Longa Permanência.

QUADRO 9 – OBJETIVOS DO HOSPITAL ROCHA FARIA

- Prestar atendimento especializado e qualificado em saúde ao cidadão de direito, para a sua reabilitação e retorno ao ambiente familiar e de trabalho de acordo com a Lei vigente, considerando a Política Nacional de Gestão Estratégia e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde;
- Acesso á bens e serviços para proteção, prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde;
- Encaminhamento de pacientes para continuação do cuidado em saúde, ou atendimento em caso de impossibilidade do serviço no local;
- Informação e orientação sobdireitos e deveres dos usuários de saúde, bem como outras leis;
- Atendimento imediato nas situações de urgência e emergência;
- Sistematização de dados referentes a vigilância epidemiológica,
- notificações ao conselho tutelar, relatórios sociais, processos do MP;
- Remoção do usuário em casos de atendimento em outras unidades;

Fonte: Resumo de leis da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde 4ª edição, 1ª reimpressão, Brasília – DF, 2003. Páginas 6 e 7.

Apesar da direção proposta pelo Ministério da Saúde, tendo como base a universalização, a qualidade do serviço e o acesso do usuário, o trabalho é hierarquizado tendo como ator principal o médico e não os usuários como o prescrito em lei. Desta forma, nota-se um grande *déficit* no trabalho multidisciplinar, onde todos os outros profissionais, incluindo o assistente social aparecem como subalternos e não como co - participante da equipe, dentro da proposta de construção do SUS.

Para prestar assistência médica na Zona Oeste inaugura – se em 1940, o Hospital Estadual Rocha Faria, nome que homenageava Benjamin Antônio da Rocha Faria, médico, renomado por sua brilhante carreira na área de neurologia - Lesões e traumas do encéfalo.

O Hospital Estadual Rocha Faria, foi um dos primeiros centros de saúde criado na Zona Oeste do Rio de Janeiro, para fins de atendimento á população que ainda apresentava traços ainda rurais. Os aspectos de atendimento á saúde prestadas pelo Hospital Estadual de Saúde seguiam desde o inicio a cartilha da Política Nacional de Saúde, que desde a sua fundação sofreu várias

modificações no decorrer das Conferências Nacionais de Saúde que mantinham vivo o debate e a luta dos profissionais de saúde pela universalização do sistema e outras providências, este movimento se chamou de Reforma Sanitária.

De acordo com a (SUSEME³⁹, 80 anos de história):

Aos seis de julho de mil novecentos e quarenta, presentes em Campo Grande, o Dr. Getúlio Dornelles Vargas, Presidente da República, altas patentes militares, funcionários e representantes da imprensa, foi inaugurado pelo Presidente da República o HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA, destinado a prestar ASSISTÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA à população de Campo Grande e zona rural. (Documento do Arquivo do H.E.R.F, cedido pelo Centro de Estudos em anexo)

Em 1967, após 27 anos de sua inauguração e com aumento da população de Campo Grande, se tornou necessário a construção da Maternidade e Emergência, no qual o serviço de Parturiação durante anos foi considerado um dos melhores do estado do Rio de Janeiro. As principais inaugurações ocorrem na década de 1970, com:

“... a realização de outras obras, que viessem recuperar e modernizar os vários Pavilhões que constituem o seu complexo hospitalar. Assim, foram construídos um novo Centro Cirúrgico, os Centros de Tratamento Intensivo e Recuperação pós – anestésica, o Auditório do Centro de Estudos, além da ampliação do Laboratório de Patologia Clínica. Foi construída também, a Residência Médica e novas instalações de Lavanderia e Rouparia...” anexo (SPE,pg.2)

Após este período só se realizaram novas obras no H.E.R.F a partir da década de 1990, devido ao aumento da violência urbana na zona oeste. Segundo documento em anexo em 90, as obra foram para alcançar a meta de hospital referencia para Materno-Infantil e de Trauma, em 96 fora inaugurado todo o complexo com Laboratório automatizado, Centro Obstétrico e UTI de Neonatologia, em 97 inaugura o Pam- Pronto atendimento médico, com amplas

³⁹ SUSEME - Superintendência de Serviços Médicos.

instalações, pois apesar de ser um hospital de média complexidade também prestava atendimento ambulatorial, em 98 inaugurou se a Grande Emergência, consta no documento que as inaugurações aconteceram no Governo de Marcelo Alencar e a contribuição relevante da Cooperativa de Saúde – Coopersaúde desde outubro de 1996.

São notórios os grandes avanços que aconteceram neste período graças ao investimento do governo estadual, porém as políticas de corte neoliberal trouxeram grandes prejuízos para a Saúde Pública, sendo os hospitais um dos setores mais afetados, no que tange ao H.E.R.F, a desativação no mesmo período do Centro Neurológico, segundo ponto de referência do Estado, foi verdadeiramente um retrocesso, pois ao propor o direito à referência Materno Infantil se negou o tratamento, cirurgia e reabilitação neurológica à população. Pois a premissa da saúde é ampliar direitos e não trocar um pelo outro.

Outro fator que vem invadindo os hospitais públicos desde de 1992 é a ampliação do trabalho de cooperativas e fundações, como já citado anteriormente, o que desqualifica o trabalho, trazendo um *défict* exorbitante no cuidado em saúde, além de promover a flexibilidade e terceirização do trabalho, tornando a prestação de serviços desqualificada.

4.3 ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

As entrevistas foram realizadas no Hospital Estadual Rocha Faria com as assistentes sociais, no decorrer do ano de 2013. As perguntas foram apresentadas as profissionais, para que tomassem ciência da pesquisa e objetivos, que prontamente se dispuseram a responder e sugerir mudanças e modificações nas ideias originais (equipe de segunda feira). As perguntas

foram conduzidas em grupo focal de forma aberta em clima de debate e total descontração, geralmente nos dias de reunião das estagiárias com a supervisora durante 4 segundas feiras, no qual todas as assistentes sociais participavam. Para a abordagem das outras equipes foi necessário a mudança de horário de estágio no caso foram necessários 3 plantões durante a semana e 2 no de domingo.

No caso dos assistentes sociais, durante as entrevistas foi um fator inesperado a desenvoltura das mesmas, no que tange ao aporte teórico e metodológico que apresentavam do conhecimento da realidade⁴⁰ no momento da entrevista, pois questionavam a existência de algumas questões e apontavam para outras. Desta forma, percebemos a necessidade de ajustes, fazendo com que o questionário fosse construído em conjunto, pela própria equipe de serviço social. É importante frisar que o questionário das entrevistas foi elaborado devido á observação, e a pratica de ações durante todo o período de estágio, que levantou inúmeras questões, pertinentes a este estudo e outras que foram retiradas por apontarem outras direções de pesquisas.

4.3.1 ANO E A UNIDADE DE FORMAÇÃO DE GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA TEMÁTICA

Das quinze assistentes sociais entrevistadas apenas duas se formaram nos finais da década de 1980 e todas as demais a partir de 1990 com a mais recente formada em 2009, a formação profissional se deu da seguinte maneira: UERJ (5), Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ (2), Universidade

⁴⁰ No tocante a equipe de segunda feira, onde todas são formadas em universidades publicas cariocas, como: UFRJ, UERJ e UFF, fator que evidencia a amplitude do aporte teórico da equipe.

Federal Fluminense - UFF (1), Universidade Veiga de Almeida – UVA /EAD⁴¹ (1), Universidade Castelo Branco (2), Universidade Estácio de Sá – EAD (2), UNISUAM – Centro Universitário Augusto Motta – (2).

Observa-se então a predominância de profissionais graduadas no ensino público, que mesmo diante de toda a precarização da educação permanecem formando com qualidade os profissionais que por lá estudaram. De acordo com Guerra 2010:

“... a formação profissional tem um duplo desafio: desvelar e enfrentar a crise do capital e nela as diversas formas de precarização das relações e condições de trabalho, flexibilização dos direitos e focalização das políticas sociais, que, como parte da mesma racionalidade, se expressam e condicionam exercício e formação profissionais.” (Serviço Social e Sociedade, nº104, p. 715-736)

Porém há um grande avanço da privatização e banalização do ensino superior que tem suas impressões em salas de aulas superlotadas, falta de espaço físico adequado e de cadeira para os alunos entre outros ressaltados pelas próprias profissionais ao lembrar-se da sua formação. Ainda assim, a forma mais precária desta privatização é o ensino á distancia que fragmenta e desqualifica toda a formação profissional que influirá diretamente na prática profissional.

A falta docente nas universidades públicas também era recorrentes, além da super exploração, o avanço da prática de produtividade, o contrato temporário dos mesmos traduzia – se também na diminuição da qualidade do ensino, além do déficit de bolsas de estudo e extensão que nos obrigavam a

⁴¹ EAD – Ensino á distancia. De acordo com Guerra 2010 a lógica da precarização e a banalização da oferta de cursos á distância, comprometem inteiramente o perfil profissional, devido ao uso de material sucateado e de má qualidade. Este tem se tornado um dos mais novos nichos de mercado cobiçado por empresários de vários setores nacionais e estrangeiros e torna as universidades privadas em “fábricas de diplomas”. Pagina 728.

trabalhar de dia e estudar a noite, relembram assistentes sociais integrantes da equipe de segunda feira.

De acordo com Chauí 1999 á nova configuração da educação universitária é:

Na linguagem do Ministério da Educação, “flexibilizar” significa: 1) eliminar o regime único de trabalho, o concurso público e a dedicação exclusiva, substituindo – os por “contratos flexíveis”, isto é, temporários e precários; 2) simplificar os processos de compras (as licitações), a gestão financeira e a prestação de contas (sobretudo para proteção das chamadas “outras fontes de financiamento”, que não pretendem se vir publicamente expostas e controladas); 3) adaptar os currículos de graduação e pós – graduação às necessidades profissionais das deferentes regiões do país, isto é, às demandas das empresas locais; 4) separar docência e pesquisa, deixando a primeira na universidade e deslocando a segunda para centros autônomos. Pagina 6

É interessante notar que o processo de precarização da educação aparece implícito na fala das assistentes sociais, desde o seu período de formação, traços da política neoliberal que outrora eram só aparentes, mas que hoje se encontram totalmente acirrados e fragmentando das políticas sociais.

Já os cursos de especialização, apenas uma relata não possuir e dentre as que afirmam ter tal atividade em sua formação, relacionaram a especialização ao fato de terem participado de cursos em áreas específicas e cursos de extensão. Sete assistentes sociais possuíam Pós-Graduação (Lato Senso), sendo duas delas em residência multifuncional no HUCFF e HUPE⁴² e também duas afirmaram possuir mestrado, uma em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e outra afirmou também em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Observamos que a continuidade da qualificação do ensino no que tange aos cursos de pós - graduação tem sido cada vez mais difícil, segundo relato

⁴² HUCFF - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e HUPE - Hospital Universitário Pedro Ernesto.

das assistentes sociais, o fator trabalho, seria o principal motivo para a não continuação dos estudos, em palavras de uma delas: “... *ou se trabalha para sobreviver, ou se faz curso e passa fome.*”.

Esse fato pode ser reflexo de duas situações distintas, a primeira o fato de que a maioria dos estudantes de Serviço Social provém das camadas baixas e médias da população, necessitando de urgente inserção no mercado de trabalho após a formação universitária, para o suprimento de suas necessidades pessoais e familiares, a segunda seria a precarização das formas de contratação da força de trabalho, que fragiliza o trabalhador não o permitindo dispor de tempo para o aprimoramento de seus conhecimentos profissionais, além da não oferta de cursos gratuitos de especialização que poderiam ser disponibilizados pelas universidades públicas.

A formação é algo imprescindível para o atendimento em saúde, pois a prática em campo não pode ser descolada da teoria, no mais quanto mais qualificado o profissional for, mais resposta ele dará as necessidades específicas que cada usuário de saúde.

4.3.2. CARGA HORÁRIA E VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

De acordo com as assistentes sociais todas trabalham em regime de plantão, podendo ser cumprido seu horário de trabalho de duas formas: duas vezes na semana totalizando 20 horas ou 24 horas. Esse fato se dá pelo vínculo empregatício das mesmas em outras instituições públicas ou privadas, devido à desvalorização da própria profissão no mercado de trabalho. Além disso, apenas quatro são funcionárias estatais, nove são funcionárias da FESP,

sendo que uma profissional mantém vínculo com a FESP e com o estado e três são vinculados a CBMERJ.

Independente das unidades de saúde que trabalham os assistentes sociais a lógica de plantão para a organização do trabalho, seja esta forma individual ou coletiva, acaba modificando a postura profissional para passiva, dependente e submissa dentro da unidade de saúde, devido à incorporação da rotina institucional, às solicitações de demandas das direções, dos profissionais e serviços de saúde e dos usuários, que para, além disso, ainda sofrem com a descontinuidade de atendimento devido ao próprio regime de plantão. Vasconcelos, 2001.

Não só isso, mas as variadas formas de vínculo empregatício traz em si uma tensão dentro da própria equipe de serviço social, pois as diferentes faixas de salário⁴³, para execução da mesma função, a instabilidade do emprego, “flexibilidade”, gera desconforto dentro da própria equipe e alguns problemas de execução da rotina, que são resolvidos e deliberados em reunião de equipe, que geralmente ocorre de dois em dois meses, na segunda ou sexta feira. Além disso, é notório que a própria subalternização do profissional no ambiente de saúde, a macro configuração atual do SUS como política social, as dificuldades que as profissionais têm encontrado para a realização de atendimento qualificado, bem como: trabalho em equipe multidisciplinar, falta de instrumentos para realização do trabalho e a burocratização que atrapalha o processo de articulação com outras instituições públicas e ou privadas, torna a insatisfação uma constante, que no caso destas profissionais tem levado á problemas de distúrbios neuronais, ansiedade entre outros. Esta nossa

⁴³ Refiro – me a lei valor, ao salário e trabalho concreto/abstrato e a mais – valia, assuntos abordados por NETTO e BRAZ, 2009. Nos capítulos 3, 4, 5 e 6.

observação se dá, pelo fato de apenas cinco delas, não consumirem o composto químico Rivotril e todas apontarem a insatisfação às questões supracitadas em ambiente de trabalho, porém não termos a pretensão de entrar no tema saúde do trabalhador.

4.3.3. A NOÇÃO DE NEGLICÊNCIA

Quase que por unanimidade a resposta de todas as assistentes sociais, é que negligenciar é a falta de prestação de socorro por parte dos familiares, além do ato de não cuidar. Aparece também na fala das mesmas a questão da falta imediata de atendimento no momento a pessoa idosa chega ao ambiente hospitalar e mesmo após a internação. O fato que nos pasmou durante as entrevistas foi ouvir como resposta a palavra falta de ajuda ou amor por parte da família e dos profissionais de saúde, estas só foram mencionadas pela equipe de domingo.

Observadas as respostas das equipes, notamos as inflexões da equipe de domingo, que aponta para opiniões diferenciadas de todas as demais equipes. Ressaltamos aqui que o ideário de ajuda ou caridade, que remontam os primeiros códigos de ética e que nada tem a ver com o código vigente⁴⁴, apesar do pluralismo⁴⁵ estabelecido pelo código vigente, acreditamos que a confusão na atuação da assistente social de domingo se dá pelas varias

⁴⁴ Refiro – me especificamente aos pressupostos dos códigos de ética de 1947, 1965 e do atual código vigente de 13 de março de 1993.

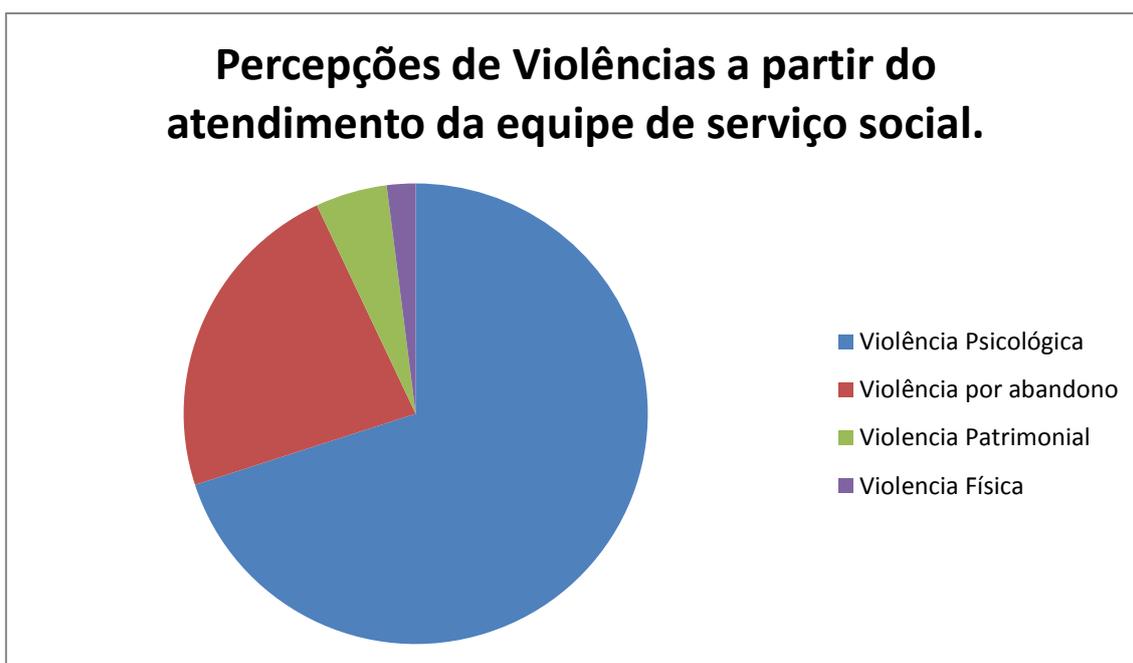
⁴⁵ De acordo com Coutinho (1991) o Pluralismo é um fenômeno típico do mundo moderno, tendo sido gerado pelo próprio movimento de construção do capitalismo. Para o autor, esta concepção está ligada a uma visão individualista de homem, quando influenciada pelo pensamento neoliberal de interesses privados, onde há a valoração de diferentes posicionamentos, ou seja, o pluralismo. Coutinho ressalta que essas ideias revelam o entendimento que o progresso se dá em razão das diferenças, vistas como positivas na ordem do progresso social.

formações acadêmicas, sendo elas: psicologia, ciências sociais e serviço social, tendo esta profissional mais de vinte anos de serviço público na área de psicologia e atuando no H.E.R.F. pela FESP, com práticas mistas. Esta pratica por muitas vezes tem trazido conflitos dentro da equipe, pois muitas delas se distanciam das realizadas pelo assistente social.

4.3.4. IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE ALGUM TIPO DE MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA DESDE A ENTRADA, PERMANÊNCIA E SAÚDE DA UNIDADE HOSPITALAR.

De acordo com todas as equipes de assistentes sociais são identificados variados tipos de maus tratos á pessoa idosa, tendo uma prevalência da violência psicológica e do abandono, sendo premissa de todas essas formas a negligência.

Segundo a fala das entrevistadas se seguíssemos uma ordem cronológica teríamos o gráfico a seguir:



Fonte: Dados de diário de campo, coletados a partir da entrevista com assistentes sociais do Hospital Estadual Rocha Faria, no ano de 2013.

Diante das percepções das assistentes sociais na hora do atendimento às pessoas idosas encontramos, 70% de violência psicológica, 23% de violência por abandono, 7% de violência patrimonial e 2% de violência física. Os casos de violência psicológica são bem explícitos, pois a saúde mental hospitalar só realiza os atendimentos às segundas e quartas, sendo assim, o serviço social é chamado quase todos os dias para dar conta de uma prática não pertencente a sua atuação profissional.

As equipes concordam que os casos de violência física são o principal motivador da morte dos pacientes, bem como a negligência, pois vem aumentando gradativamente os casos de internação de pessoas idosas com quadro clínico comprometido, principalmente os do sexo masculino, que geralmente apresentam estado crítico e são internados por parentes ou instituição de longa permanência e durante o período de internação a omissão de cuidados torna – se fatal podendo levar ao óbito.

Já nos casos de idosos do sexo feminino, tem sido observado o aumento da violência psicológica em conjunto com a violência patrimonial, aparentemente estes tipos de violência não levam a morte imediata, porém as idosas são levadas ao estado de loucura e posteriormente á auto – negligência. Os casos de violência sexual ainda são velados, mas também recorrentes, devido as doenças pertinentes a idade.

A divergência vem das respostas da equipe de domingo, segundo a assistente social geralmente os maus tratos não levam a óbito imediato a não ser em casos extremos, em suas palavras: “... pois se a família ou a instituição de longa permanência perde o idoso, automaticamente perdera o benefício da

aposentadoria do mesmo, ficando a família sem meios de prover sua subsistência e a ILP sem o lucro do benefício, tendo que arrumar outro interno.”

Em momento crítico de saúde o idoso é trazido ao hospital e após a sua reabilitação, retorna ao local de origem.

Neste ponto observamos que a violência psicológica esta presente como um processo primário em que todas as demais ocorrem depois e que a incidência maior de um tipo ou outro de violência está totalmente relacionado a questão de gênero.

4.3.5 O AGRESSOR NOS CASOS ATENDIDOS PELO HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA E O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO IDOSO

De acordo com os atendimentos feitos nesses períodos, temos notado que a maioria dos casos de maus tratos á idosos internos, provém de instituição de longa permanência, sendo quase 70% dos casos e em segundo lugar o familiar ou responsável que toma conta da pessoa idosa, ficando com os outros 30%.

A própria configuração atual da política de saúde, dentro da proposta de fragmentação, focalização, imediatização, não permite que tenhamos nenhuma forma de atendimento especializado que seria o ideal para o atendimento da pessoa idosa, pois entendemos que necessita os cuidados diferenciados são totalmente necessários á sua reabilitação.

No mais, o próprio setor ao perceber o quantitativo crescente do número de idosos internos elaborou um projeto para melhorar esta intervenção, porém

a burocracia, a falta de recursos para a sua implementação e a indisponibilidade da própria direção do hospital contribuíram para que as assistentes sociais não dessem prosseguimento ao que fora planejado. A fala das mesmas carregadas de desânimo apontam para o esgotamento físico e psíquico do trabalho em saúde, em suas palavras: “... *planejamos, projetamos e no fim tudo continua na mesma, é como nadar de encontro à maré, não há melhorias, nesse trabalho é só ladeira a baixo.*” (equipe de quinta - feira).

Ao serem questionadas quanto ao profissional de saúde aparecer como agressor nos casos de omissão ou demora no atendimento, obtivemos a seguinte resposta: “... *Dizer que não atendemos seria uma infâmia, pois aqui é uma unidade emergencial e por tanto atendemos os casos mais graves e como toda unidade pública recebe á todos de forma igualitária, sendo que a demanda é muito grande para o tanto que a unidade comporta também o déficit de médicos se torna um problema para o atendimento.*” (equipe de sexta-feira).

Neste ponto, obtivemos uma surpreendente resposta, pois onde todas as pesquisas apontam a diretriz para o agressor familiar ou pessoa próxima ao idoso, aqui neste estudo encontramos as instituições de longa permanência em um primeiro plano como agressor e a família e pessoas próxima em segundo, apesar desta pesquisa apontar para este perfil de agressor pregresso antes da internação hospitalar, isto não extingue o fator da violência institucional na forma de negligência que tem seu início no acolhimento⁴⁶ ainda na porta de entrada e tem sua pertinência durante toda internação do idoso, se manifestando na falta de prestação de serviços em saúde, omissão e maus

⁴⁶O acolhimento é o local onde é feito a triagem dos pacientes, a porta de entrada do Hospital. Neste local os pacientes são atendidos por uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem e esta primeira averiguará se há ou não necessidade de atendimento e ou internação do usuário de saúde.

tratos verbais e entre outros, esses fatores impedem a promoção da saúde do idoso, integrabilidade⁴⁷ e recuperação, esta violação de sua integridade, constitui – se em violência institucional.

4.3.6. CAUSAS DA VIOLÊNCIA E SUGESTÃO PARA ATENDIMENTO ÀS PESSOAS IDOSAS

Nós entendemos que essa situação está para além de nossos esforços, pois envolve a macroestrutura social, a maneira com que a política de saúde se configura dentro da ideologia neoliberal com seus avanços e retrocessos, porém estamos em fase de amadurecimento de um projeto que visa à qualificação do atendimento à pessoa idosa. Mas ainda precisamos aprimorar a articulação dos instrumentos necessários, pois visto que nossa sala é dentro do complexo hospitalar, mas distante do atendimento direto ao público, no qual, só atendemos à este usuário, quando chamados pela equipe de enfermagem ou procurados pelos seus familiares ou donos de instituição de longa permanência.

Percebemos que a primeira necessidade é a viabilidade de informações, já que a unidade conta com rede de informática, e sistema de informação e cadastro de pacientes, em segundo lugar a articulação entre as equipes médica, de enfermagem, de saúde mental (psiquiatra, psicólogos e terapeuta

⁴⁷ De acordo com o dicionário da Educação profissional para a saúde a 'integralidade' é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. (Pinheiro, 2009)

ocupacional) e a de serviço social, pois na maioria das vezes a transdisciplinaridade ⁴⁸ é falha e as informações são repassadas apenas através do prontuário do paciente. São estas as principais barreiras que temos encontrado para a melhora no cuidado e reabilitação da pessoa idosa.

No que tange a pesquisa a primeira parte desta resposta expressa nitidamente o foco da última pergunta que fora reformulada: Quanto profissional considera que a sociedade em que vivemos é a mola propulsora dessas formas de violência? Portanto a retiramos, entendendo que já fora respondida neste ponto, estando impresso na resposta anterior à visão de mundo da maioria das assistentes sociais, pois ao se referirem à macro estrutura que a sociedade neoliberal nos impõe, entendem que esta proporciona todo o tipo de retrocesso, limites e até mesmo perda de direitos.

De acordo com Veras 2002:

O modelo capitalista fez com que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia o seu valor simbólico.

Dito isto, é notório a imensa dificuldade de desenvolver projetos dentro do setor, que venham beneficiar especificamente esta parcela de usuários. Ainda dentro do pensamento está atrelado à questão da produtividade, aparece a seguinte fala: *“... aquele que não trabalha, ou seja, não produz, não serve à sociedade capitalista e deve ser assim como os objetos, descartáveis, nesta prática cíclica do capital, se incluem as pessoas idosas, pois alcançando a sua aposentadoria, deixam a labuta e se tornam improdutivos no sentido*

⁴⁸ A transdisciplinaridade é a interação contínua e ininterrupta de todas as disciplinas para um fim comum. (Pinheiro, 2009)

contributivo, se tornando prejudicial ao modelo vigente, devido ao crescimento eminente da população de idosos que significa:

- 1. Diminuição da população produtiva*
- 2. Aumento de aposentadorias e pensões*
- 3. Criação de políticas públicas que atendam mais especificamente as necessidades das pessoas idosas em saúde, lazer, habitação, previdência e entre outras”.*

Fonte: Diário de campo, discussão realizada em 02/09/2013, em reunião das supervisoras com estagiárias.

Desta forma, o gasto atribuído ao envelhecimento populacional vem se tornando um problema estrutural do novo milênio como já apontam pesquisadores como Machado e Queiroz 2002, mas sem que haja a intervenção preventiva dos governos para antecipação de resoluções, os problemas se tornaram exorbitantes, vista a grande desigualdade social já acirrada em nosso país.

Outro ponto que está visível em toda a fala é a divergência de atuação entre os plantões, no que tange ao projeto para melhorias no atendimento ao idoso, somente os fomentadores do projeto tem o real interesse de dar continuidade à luta por sua efetivação. Já no que diz respeito às praticas e intervenções da equipe de serviço social, não é apresentado grandes inovações, seguindo apenas a rotina proposta pela instituição, também neste quesito há a divergência de atuação de uma das equipes que mistura a execução das praticas profissionais, trazendo transtornos para a equipe de plantão do dia seguinte.

4.3.8. Pesquisa Quantitativa a partir dos Livros de Ocorrência dos anos de 2011, 2012 e 2013.

A partir dos livros de ocorrências - L.O⁴⁹, fizemos o levantamento entre os idosos de 60 á 95 anos e constatamos que 65 idosos eram do gênero masculino e 72 do gênero feminino.

Observamos que as questões de maus – tratos independem do vínculo familiar, já que dos 82 dos atendidos, ou seja, 59,9% dos idosos moravam com a família ou mesmo em abrigo mantinham algum tipo de vinculo familiar.

A incidência do atendimento de mais mulheres do que homens, também reflete o modelo da família nuclear burguesa, onde os filhos em casos de separação do casal são criados pela mulher, o que reflete em sua velhice o cuidado do mesmo por seus descendentes.

O fator gênero feminino como mola propulsora de maus tratos, explica por si, os dois maiores quantitativos desses atos, a violência patrimonial aparente como forma de dominação dos descendentes diretos ou indiretos é bem significativa na descrição de todos os casos, onde a premissa é a violência psicológica, que não é identificada de imediato, mas somente com a intervenção interdisciplinar da equipe de serviço social e saúde mental(psiquiatra, psicólogos e terapeutas ocupacionais), fator importante para reabilitação das idosas, segundo as assistentes sociais entrevistadas, a opressão imposta pelos filhos é tamanha que as idosas são muitas vezes impedidas de se expressar durante o atendimento. Outra forma de violência

⁴⁹ Livro de Ocorrência (L.O) – Como o próprio nome já sugere é o livro de registro dos fatos ocorridos no decorrer do plantão, este livro servirá de consulta para a continuidade do atendimento dos pacientes por profissionais de plantões e áreas de atuação diferentes, servindo de suporte a chefia do setor. Em serviço social o L.O hospitalar é tido como um dos instrumentos de atuação.

que aparece velada é a sexual, pois os profissionais preferem cuidar apenas da parte clínica e não denunciar, por fatores como: evitar transtornos judiciais, medo de represaria do agressor e falta de conhecimento das leis vigentes.

também presente em todas as descrições, segundo os relatos das assistentes sociais a dominação que os filhos impõem ao idoso é tamanha que os mesmos são impedidos até mesmo de se expressar durante o atendimento.

A violência física só é mais comum ao gênero masculino, mas o medo de punição pós-alta é explícito a todo tempo na leitura do L.O e na cópia do Relatório Social⁵⁰, além dos casos acompanhados pela equipe durante o período de estágio, sendo a maior parte destas vítimas provindas de ILP. Esta afirmação confirma a falta de preparo, qualificação e orientação por parte dos cuidadores, além da falta de investimentos nas políticas vigentes e a pouca estrutura social para dar suporte neste cuidado.

A questão do abandono familiar dos filhos ainda na infância, principalmente por indivíduos do gênero masculino se refletirá no abandono desde mesmo indivíduo em sua fase madura, já que a maior parte dos abandonados que necessitam de abrigo são homens.

Este é um grande nó, a qual as profissionais de serviço social têm a dar soluções, dia a dia na unidade, para legitimar seu trabalho como necessário na área de saúde emergencial, pois os pacientes abandonados se tornam pacientes sociais e de inteira responsabilidade da equipe de serviço social.

Cabe aqui salientar, que pacientes sociais são aqueles que não apresentam manifestações clínicas de doença e desta forma tornam - se um estorvo para a equipe de enfermagem e medicina, visto que sua formação

⁵⁰ Relatório Social – É a apresentação descritiva e interpretativa de uma situação ou expressão da questão social, que deve apresentar o objeto do estudo, os sujeitos, as finalidades, os procedimentos, o histórico social, o desenvolvimento e a análise. Professora Adriana Barros.

biologicista não de conta das dimensões sociais que permeiam os indivíduos, fazendo exigências massivas da alta do paciente, causando impasses interdisciplinares e transdisciplinares, sendo assim, muitas vezes estes mesmos profissionais impedem a conclusão do trabalho da equipe de serviço social, entrando em campo de atuação que não os compete, principalmente no que se refere às altas sociais dadas por equipe médica, sem a autorização de um assistente social.

Notamos que em 2012 ocorreu um aumento no atendimento dos idosos e da idade relativa a eles. Porém há uma grande diferença quantitativa de Relatórios Sociais para 4ª Promotoria do Idoso que correlacionado ao ano anterior, apresentava cerca de 36,2% do total, para 48,1% do total, neste ano. Abrindo um parêntese, o Aumento substancial da procura por legitimação de direitos através dos meios judiciais tem muito haver com a visibilidade que os meios de comunicações (Jornais, telenoticias em especial as sensacionalistas e novelas) atribuem ao MP, em posse desse ideário o usuário de saúde busca na assinatura de um magistrado (Juiz) a forma de garantir o direito ao acesso à saúde. No entanto, enquanto na ficção este processo é viável e tudo se materializa como num passe de mágica, nos corredores hospitalares e se criam intercessões e dissabores entre o “deus médico e o deus juiz”, sendo esta prática totalmente prejudicial ao usuário, que continua sem o atendimento e é vexado por toda a equipe por ter solicitado ajuda judicial.

Deste processo surgem três questões que não serão respondidas neste trabalho: 1. Qual o real papel do profissional de serviço social em saúde. 2. Como resolver os conflitos familiares que são transversais há múltiplos problemas sociais. 3. Será que o papel punitivo do MP é a melhor solução para

a resolutividade destes conflitos? Estas são algumas inquietações que surgiram durante a leitura e revisão destes dados, a partir da vivência com as assistentes sociais e a leitura dos comentários e perguntas de usuários e de outros profissionais de saúde neste período.

Observamos o aumento de casos de maus tratos em LPI que a partir dos dados coletados neste trabalho assume o perfil de o principal agressor da pessoa idosa, sendo a família ou responsável próximo o segundo agressor. No que diz respeito a família a falta de condições financeiras para o cuidado com o idoso, assim como a falta de orientações e políticas sociais de apoio é um fator de suma importância e visualizado em atendimento articulado com profissional dos CRAS, no que tange as políticas de saúde e assistência.

Comparando por meio triangular o quadro de 2013, ao dos anos anteriores observamos a estabilidade nas ocorrências de maus tratos aos idosos, o que aponta para a naturalidade social deste fator, porém ao mesmo tempo observamos a diminuição da violência a partir dos dados coletados neste ano.

Entrevistando familiares e usuários de saúde, observamos que os motivos para os atos de maus tratos não se modificaram no decorrer destes anos em que realizamos esta pesquisa na unidade de saúde, mas no que diz respeito ao entendimento de leis, direitos e deveres, notamos um grande aprimoramento de informações, que diferenciam - se das atitudes e comportamentos dos atendidos nos anos anteriores e por isso aparece o direito a saúde presente na fala de alguns dos entrevistados pela equipe de serviço social, especialmente nos casos que os usuários tomaram medidas judiciais.

Este fator se dá pela notoriedade que o Estatuto do Idoso vem ganhando ao decorrer desses dez anos de sua existência e toda a luta da sociedade para legitimar o direito já instituído em lei, também há outros instrumentos como a incorporação do Plano Internacional sob envelhecimento, ainda em 2002 pela secretária de Direitos Humanos, o Dossiê da pessoa idosa, método de pesquisa realizado desde 2007, 2011, 2012 e 2013 como fonte de dados para mapear a incidência dos tipos de violência cometida contra pessoa idosa nas áreas regionais do Rio de Janeiro, realizado pelo Instituto de Segurança Pública – RJ, o aumento das pesquisas na área, a busca pelas especializações, também demonstram uma nova mentalidade sob este fator, que igualmente contribui para a diminuição da violência social e também a atuação do MP e da Delegacia Especial de Atendimento à Pessoa da Terceira Idade, que apesar de atuarem de forma demorada e muito aquém do que os direitos imprimem socialmente, já é um grande avanço se comparado generalização dos direitos, que não atendiam as especificidades da pessoa idosa.

Dos 55 Relatórios Sociais enviados para 4ª Promotoria do idoso, 11 tiveram soluções para o conflito familiar mediado por assistente social, onde filhos e outros parentes aceitaram receber os idosos em suas casas, 10 os idosos receberam alta por outros profissionais e foram embora do hospital sem a autorização de nenhum assistente social e 34 idosos após esgotadas todas as tentativas de diálogo do assistente social e a família, foram encaminhados ao abrigo. Os outros 82 casos os idosos possuíam familiar e foram devidamente orientados quanto ao cuidado específicos e encaminhados para

atendimento básico e em alguns casos também encaminhados ao CRAS de sua região.

Este trabalho apesar de não reconhecido como relevante pelos outros profissionais de saúde é reconhecido pelos usuários do SUS como importante, assim como o reconhecimento de que o assistente social é o profissional que garante os direitos por conhece los, que permite o acesso á saúde e os auxiliam com informações quando há a necessidade de encaminhamento para outras unidades de saúde ou outras políticas públicas. Cabe lembrar que o sentido social que este profissional tem para os usuários desta política é que o legitima como necessário no setor.

Guisa de considerações finais

A Constituição Federal de 1988, ao reconhecer os direitos sociais na perspectiva universalizante, vislumbra a garantia da proteção social como direito do cidadão e dever do Estado. Deste modo a saúde deve ser vista como um direito humano constituído no contexto das relações dos cidadãos com os serviços, ou seja, a qualidade do atendimento recebido cotidianamente pelos usuários dos serviços de saúde.

Porém após a implementação de políticas de corte neoliberal, observa-se a transferência de fundos públicos à iniciativa privada para que esta se responsabilize pelo atendimento e garantia de direitos sociais. Esta nova forma de desresponsabilização do Estado, promove um retrocesso nas políticas de seguridade social, onde se privatiza a saúde, através das fundações e retoma as associações de benemerência e filantropia dentro da política de Assistência Social, regredindo a perspectiva clientelista e assistencialista do Estado.

É neste cenário que a família é tomada como alvo central das ações do Estado mínimo, que delega a esta instituição as obrigações da esfera estatal para com os seus membros familiares.

É lícito concluir que sempre foi designada à família a responsabilização pela garantia da reprodução social e proteção de seus componentes. Ao estar inserida no contexto sócio-histórico, é afetada pelas transformações ocorridas na sociedade. Transformações essas inerentes às contradições postas pela

conjuntura capitalista. O modelo de família nuclear, isto é, constituída pelo pai provedor, a mãe responsável pelos cuidados domésticos, além de seus filhos, se torna defasado diante das intercorrências intrínsecas à sociedade contemporânea: alterações e inserção da mulher no mercado de trabalho; diminuição da taxa de natalidade; novas relações conjugais e novos arranjos familiares. A nova organização familiar reflete na indisponibilidade de maiores cuidados com os seus membros, principalmente com as crianças e idosos.

O envelhecimento populacional brasileiro é evidente, e os estudos especializados nas questões da velhice afirmam a dificuldade da sociedade em lidar com este segmento, pois a cultura da valorização da velhice deixa de ter visibilidade diante da valorização do jovem. Entretanto, fatores que estão para além da saúde do idoso, como exemplo, o social e o econômico, impedem que possam ter a garantia de envelhecer com dignidade. Pois, aliado às limitações físicas vinculadas ao processo de envelhecimento, a ausência de políticas públicas concretas para a garantia mínima do acesso aos direitos sociais – saúde, assistência social, previdência social, educação, trabalho, lazer, etc. – não permitem que a população idosa possa projetar o seu envelhecer de maneira segura e estável no seio familiar.

Neste contexto repleto de dificuldades surge a violência, como um fator agravante na situação da pessoa idosa. Geralmente os maus tratos ocorrem como forma de escape de uma grave situação de vulnerabilidade social, quando não há mais recursos ou orientações suficientes para o cuidado da pessoa idosa. Desta forma, observamos neste estudo, que a maioria dos agressores são as instituições de longa permanência, sendo o membro da família e seus cuidadores o segundo se colocados em escala, porém estender

que privar a pessoa idosa de seu convívio familiar e comunitário e interná-lo em uma ILP configura-se em uma forma de agressão, nos remete à todas às pesquisas estudadas anteriormente que apontam o contrário do averiguado aqui, sendo a família ou cuidador o principal agressor.

Para além do fato da pessoa idosa estar hospitalizada e debilitada, também foi possível apreender por relato dos próprios usuários o descaso dos profissionais de saúde, sendo estes: a peregrinação para o acesso ou atendimento, omissão com a irregularidade nos horários de alimentação, cuidados com higienização e medicamentos, agressão verbal e ameaças o que atribuiria o tipo de violência institucional, sendo esta mais cometida pelos profissionais de cuidado imediato, os técnicos de enfermagem.

Apesar do desmantelamento das políticas sociais, as legislações referentes à pessoa idosa trouxeram um avanço na garantia dos direitos desta população, pois a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso e a Seguridade Social, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Humanização, dentre outras, preveem a efetivação do envelhecimento digno.

No que tange a política de Humanização destacamos a territorialidade a fim de mapear os problemas locais na área de saúde e contribuir para sua superação, a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade, ao entendemos que só com o diálogo entre as equipes é que podemos fornecer um tratamento qualificado em saúde; para a ampliação do cuidado a proposta também expressa a articulação com outros níveis de saúde, ou seja, a intersetorialidade, pois fica claro que a maioria dos pacientes internados principalmente os idosos necessitam de acompanhamento da atenção básica,

para além disso esta política também pressupõe a articulação com outras políticas sociais e se utilizará de entidades públicas, privadas e filantrópicas, a fim de promover resolutividade.

E com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, a pessoa idosa passa a ser pessoa jurídica e portadora de direitos específicos a sua condição, mas mudar a cultura, os hábitos, a vivência e a realidade não são tarefas fáceis, mais construídas dia a dia no âmbito social.

Neste contexto de percas e avanços de direitos a equipe de Serviço Social é chamada para dar respostas no que se refere à reinserção familiar dos idosos institucionalizados e seus responsáveis, a fim de cumprir com o modelo familista proposto pela política neoliberal que responsabiliza a família pelas suas condições, no entanto para executar este processo de forma crítica, o profissional deve apreender a dinâmica da realidade e de suas múltiplas determinações para superar as respostas imediatas impostas pelas exigências da atividade institucional, atuando dentro do modelo protetivo que retira da família a responsabilidade e a coloca a falta de investimentos governamentais em políticas públicas sociais.

Nesse sentido, o levantamento dos dados apresentados permitiu apreender a realidade dos idosos institucionalizados na unidade de saúde durante o atendimento a ele e a seus cuidadores, o que possibilitou efetivação de 69,8% de reinserção familiar. Este fator qualitativo atribui á equipe de Serviço Social o *status* de necessário, fato questionado pelos outros profissionais de saúde.

Outro fator preocupante apresentado neste trabalho é a naturalização dos maus tratos da população mais idosa, as constantes recorrências destes

atos nos inquietam para a formulação de leis mais severas e que sejam realmente cumpridas, pois na velhice há a tendência do acúmulo de doenças crônicas degenerativas⁵¹ e que aumentam a vulnerabilidade deste grupo tornando o mais suscetível à violência. Entretanto, salientar que os idosos do gênero feminino, tem a prevalência de certos tipos de violência, seja: a patrimonial, psicológica, física e sexual, portanto é necessário a prioridade da garantia dos direitos, no que se refere não só aos idosos, mais também a mulher, favorecendo - a nesta situação.

A falta de informação sobre o processo de envelhecimento, além do desconhecimento dos direitos da pessoa idosa é uma ferramenta para os maus tratos. O cuidado em domicílio poderia ser viável, desde que o idoso e sua família tivessem, ao menos, o aparato da rede assistencial e de saúde. Esta situação é o reflexo da ausência de políticas públicas associado ao desconhecimento dos direitos à saúde, assistência e previdência, o que poderia garantir o retorno e a permanência deste idoso no seio familiar.

No entanto neste trabalho tentamos apontar formas de cuidados específicos ao idoso que não onerem e responsabilizem a família, também trazemos a luz que estas orientações devem ser prestadas por profissional de saúde, pois entendemos que existem danos à saúde do idoso que pode ser evitado como: quedas, pneumonias, desnutrição entre outros.

Não compete aqui apresentar respostas quanto à eficácia da proposta da política de saúde, as leis de proteção ao idoso e a reinserção familiar, mas sim fazer apontamentos e reflexões sobre importância da apreensão das demandas próprias do envelhecimento populacional, com o objetivo de

⁵¹ Durante o estudo qualitativo foi observado que 97% dos casos de abandono de pessoas idosas, fomos à decorrência de doenças degenerativas como: Parkinson, Alzheimer, Câncer e entre outros.

problematizá-las através do embasamento teórico que compreende aos dilemas inerentes à construção e desconstrução dos direitos da pessoa idosa.

Portanto, posto o desafio as profissionais de Serviço Social no setor saúde é a não cooptação pelos retrocessos que o ideário neoliberal impõe à Política de Saúde, deve como profissional atender as demandas específicas apresentadas pelo usuário, fugindo das formas fragmentadas e imediatistas. Atuar sempre em favor do usuário se valendo das leis vigentes e da apropriação crítica da realidade social para garantir seu acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSISTENTE SOCIAL: ÉTICA E DIRETOS. Coletânea de Leis e Resoluções, volume II. 5ª edição, CRESS-7ª região, gestão provisória de janeiro a maio de 2008.

AZEREDO, Nelma de I Idealização da proposta de Acompanhamento Familiar no âmbito do SUAS no Estado do Rio de Janeiro – Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos/ Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da Gestão

BEHRING, E. R. Contra-reforma do Estado, seguridade social e lugar da filantropia. In: Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, ano 24, n. 73, mar. 2003, p.101-119.

BERZINS, M. A. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. In: Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, ano 24, n. 75, out. 2003.

BRASIL. Constituição Federal. 1988. (Título VIII, Capítulo I e II) BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 13)

BRASIL, Ministério de Previdência e Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: MPAS/SEAS, 1999

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, 2001.

BRAVO, Maria Inês S. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. Cortez/UFRJ, Rio de Janeiro, 1996.

_____ Política de Saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2006 (p.88-110)

_____ A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In : Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARTA dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde 4ª edição, 1ª reimp., Brasília – DF, 2003. Páginas 6 e 7.

COUTINHO, C. N. Notas sobre Cidadania e Modernidade. In: Praia Vermelha – Estudo de Política e Teoria Social. Vol. 1, nº. 1, 1º semestre de 1997. Pós Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ.

_____. Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

DIAS, L. GAMBINI, R. Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira. São Paulo: Senac, 1999.

ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Cortez, 1986

ESCOREL, Sara ET AL. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil (1822-1963 e 1964 – 1990). In: Giovanella, Lígia ET AL. (Org) Política e sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 333 – 472.

GOLDMAN, S. N. Velhice e direitos sociais. In: Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? PAZ, Serafim, et all. Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000, p. 13-42.

_____. Proteção social e velhice: um desafio para o serviço social. In:ALMEIDA, Valeria de Figueiredo Stuart Maia et al. Política de Assistência Social no Brasil: desafios para o assistente social. II Simpósio do Serviço Social do COMAER.DIRINT, Ministério da Defesa, Comando da Aeronáutica. 2007. p.120-134.

_____. Terceira Idade e Serviço Social. In: Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008, p. 159-175.

GRANEMANN, S. Fundações estatais. Projeto de Estado do capital. In: Bravo. MIS e Menezes, JSB (Orgs) Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Ed. UERJ, Rio de Janeiro, Rede Sirius, 2011, pp. 50-55.

GUIMARÃES, A.P. As classes perigosas: banditismo urbano e rural, 1908-1993, Parte 4: As classes Perigosas no Brasil,pp 169-197, Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008 (Revisitando o Brasil; volume 1).

LAURELL, A. C. A Saúde –doença como processo social. Revista Latinoamericana de Salud. México: 2: 7-25, 1992.

LESBAUPIN, I. As Classes Populares e os Direitos Humanos. Petrópolis: 1984, p.35-77

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O. e HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.) Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológico. 26ª edição, Cortez, São Paulo, 2009.

_____. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – Ensaio críticos. 6ª edição, Cortez, São Paulo, 2002.

_____. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social. 6ª Ed., Cortez, São Paulo, 2011.

MACHADO, Laura; QUEIROZ, Zally V. Negligência e Maus-Tratos. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. pp.791-797 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MARTINS, H. T. S. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. In: Educação e Pesquisa, maio/agosto de 2004, volume 30, nº2, São Paulo, USP.

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para o cuidado como mediação. IN: Pinheiros, R. Martins, P. H. Usuários , Redes Sociais, Mediações e Integralidade em Saúde, Ed. UERJ/IMS/LAPPIS, 2011, p.p 39-49.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2. ed. 2006.

MINAYO, M. C. S de Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132p. Coleção Temas em Saúde.

MINAYO, M. C. S, ASSIS, S. G., SOUZA E. R., organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 pp.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – Orientações Técnicas sobre o PAIF – O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, Secretaria Nacional de Assistência Social/ SUAS – Volume 1, 1ª edição, Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – Orientações Técnicas sobre o PAIF – Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, Volume 2, 1ª edição, Brasília, 2012.

MOTA, A. E. Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo, p. 46, Ed: Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. Economia política: uma introdução crítica. – 5.edição. São Paulo. Cortez, 2009. (Biblioteca básica de serviço social; v.1).

_____. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós – 64. – 15.edição. São Paulo. Cortez, 2010.

OLIVEIRA, I. R. Cidadania e Política de Direitos Humanos no Brasil. In: Contemporaneidade e Educação. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas de Estudos da Cultura e Educação Continuada, ano V, nº 8, 2º sem/2000, p.56-75.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. Coleção Temas em Saúde.

_____. Bases Conceituais da reforma sanitária brasileira, In: Saúde e Democracia: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, pp 11-24,1997.

PAZ, S. Movimento sociais: participação dos idosos. In: PY, L., PACHECO, J. L., SÁ J.L. M. de, GOLDMAN, S. N. (orgs.). Tempo de envelhecer: percurso e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004.

PERNES, D. Diário de Campo e Trabalhos de OTP em Saúde Coletiva. Escritos no período de 2012 á 2014.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO, 2002 / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. p. 86: 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos ; v. 1)

SANTOS, W. G. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARTI, Cyntia. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Revista Feminista, 2004, Volume 2, nº12, p. 35-50.

SOCIEDADE, Serviço Social, São Paulo, nº 104, p. 715 – 136 out./dez. 2010. In: Guerra, Yolanda. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância.

SILVA, M. O S, O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura, 4ª ed., São Paulo; Cortez, 2007.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. de M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: MATTOS, R.A, Pinheiro, R., A Construção Social da Demanda, ed. CEDESC/UERJ: ABRASCO,2010, pp 79-88.

SILVEIRA, J. I. Sistema único de Assistência Social: institucionalidade e práticas. In: BATTINI, O. (org.). SUAS: Sistema Único de Assistência Social em debate. São Paulo: Veras; Curitiba, PR: CIPEC, 2007.

TEIXEIRA, S. F. (Org). antecedentes da Reforma Sanitária, textos de apoio, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 1988.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara A.P (orgs). Política Social e Democracia. São Paulo, UERJ, 2001.

VERAS, RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará; 2002.

Hemerografia:

ANTUNES, Ricardo e Alves, Giovani. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educação Social. Campinas, volume 25, n. 87, p. 335-351, maio/agosto de 2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br> acesso em 31 de agosto de 2014 às 13:15.

BARROS, Adriana. Apresentação de Estudo Social, Perícia Social, Relatório Social e Laudo Social. Disponível em: slideplayer.com.br/slide/296164/. Acesso em: 09 de março de 2015 às 08:36.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Ministério da Saúde. 41 págs. 2004. Disponível em [HTTP://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/ParticipaSUS.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/ParticipaSUS.pdf). Acesso em 28 de maio de 2014, às 17:12.

CANNON - Depressão no Idoso I . Disponível em : <http://www.psiq.uepb.br/geriat/depidoso2.html>. Acesso em 16 de novembro de 2014 às 22:00.

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. Folha de São Paulo, caderno Mais!, 9 maio de 1999. Disponível em: < http://www.cacos.ufpr.br/obras/Marilena_Chauí_Universidade_Operacional.doc >. Acesso em: 06 de maio de 2014, às 22h25min.

COMITÊ Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em : 03 de dezembro de 2014 às 23:39.

DEFICIÊNCIAS, Programa Estadual de Prevenção e Combate à Violência contra Pessoas com. Disponível em:

<http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/>. Acesso no dia 14 de janeiro de 2015, às 13:25.

ESTATUTO DO IDOSO. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. In: Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida – SESQV, Cartilha. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sesqv> Acesso em [17/11/2014](#) às 15:15.

GALLO, Edmundo et al. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro, volume 25, n. 8, agosto de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttextepid=S0102311x200900080024e&ing=en&enrm=iso>. Acesso em 28 de dezembro de 2014 às 13:33.

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. In: Acta Paul Enferm. v. 18, n.4, p. 422-6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>> Acesso em 15 de novembro de 2014, às 16:00.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – Portaria nº 78, de 08 de abril de 2004. Disponível em: www.mds.gov.br. Acesso em 15 de janeiro de 2015 às 14:45.

OMS – Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf . Acesso em 15 de agosto de 2014 às 16:30

PERES, M. A. C. Velhice, política e autonomia: o movimento social do idoso e as políticas da terceira idade no Brasil. In: Revista HISTEDBR Online, Campinas, n.26, p.114-159, jun 2007. Disponível em : <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art09_26.pdf>. Acesso em: 17 novembro 2014 às 10:00.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz – ENSP. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em : 09 de setembro de 2014 às 20:54.

PÚBLICA, Instituto de Segurança. Dossiê da Pessoa Idosa 2007, 2011 e 2013. Disponível em: www.isp.rj.gov.br/. Acesso em 20 de fevereiro de 2015 às 09:21.

PÚBLICA, Instituto de Segurança. Relatório da Pessoa Idosa 2012. Disponível em: www.isp.rj.gov.br/. Acesso em 20 de fevereiro de 2015 às 09:30.

SAÚDE, Ministério – Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em 20 de novembro de 2014 às 11:20.

SEYLE - Depressão no Idoso I . Disponível em: <http://www.psiqwe.web.br/geriat/depidoso2.html>. Acesso em: 16 de novembro de 2014 às 22:00.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119 - 132, 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipação> , mímeo. Acesso em 17 de novembro de 2014 às 21:34.

Periódicos:

RADIS comunicação em saúde – As FUNDAÇÕES abrem caminho: cinco estados adotam modelo provocando polêmica. nº 79 de março de 2009. Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca – ENSP.

RADIS comunicação em saúde – Em saúde, inovação é acesso. nº 89 de janeiro de 2010. Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca – ENSP.

RADIS comunicação em saúde – O SUS que não se vê: Porque o verdadeiro tamanho do sistema desaparece dos olhos dos brasileiros. nº 104, abril de 2011. Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca – ENSP

Legislações:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988.

BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

BRASIL, Política Nacional de Saúde, Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, C.F, Lei nº. 8.842, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

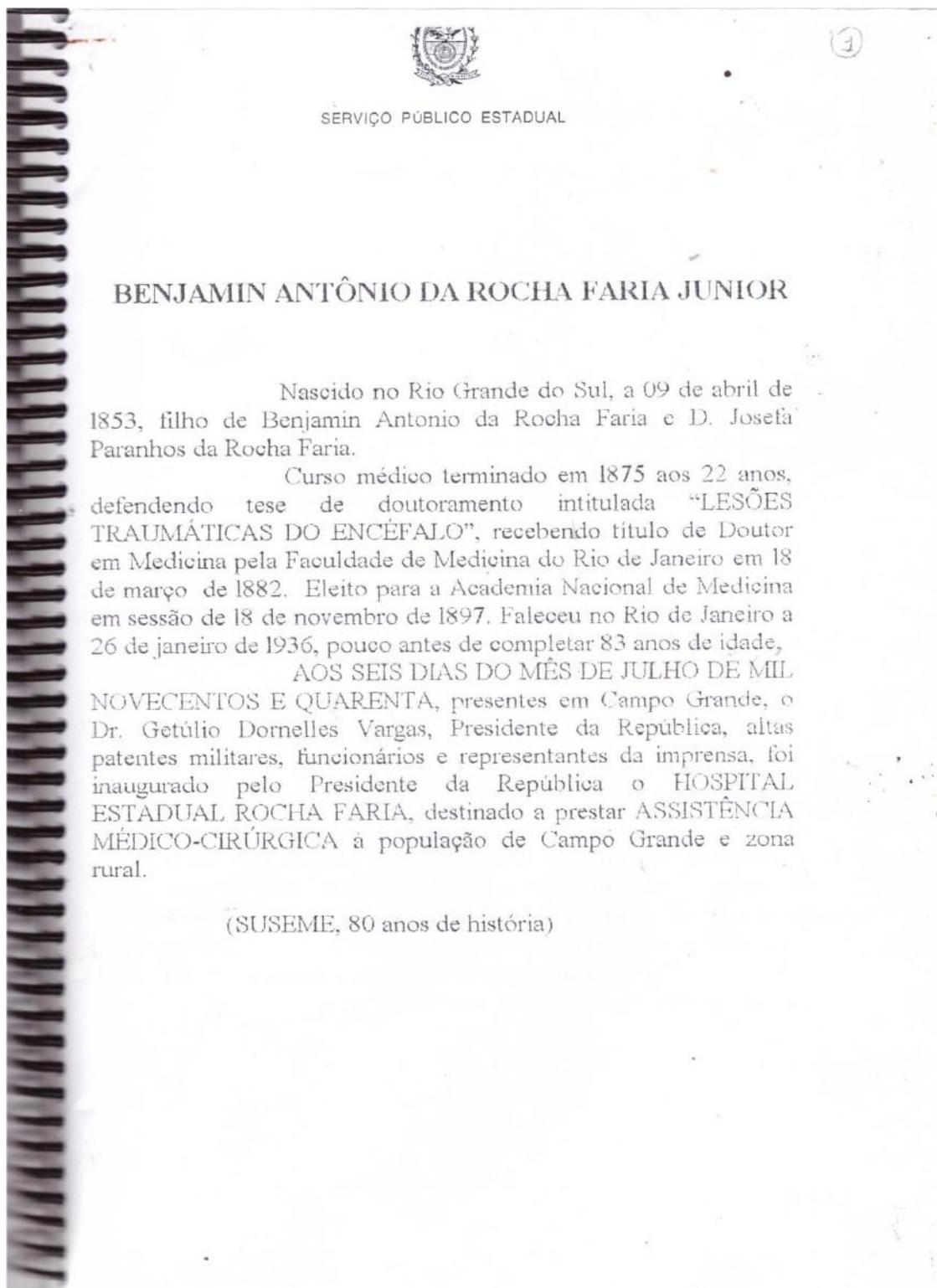
BRASIL, Política Nacional do Idoso, Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

BRASIL, Estatuto do Idoso, Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003.

BRASIL, Código de Ética Profissional. In: Assistente Social: Ética e Direitos. Coletânea de Leis e Resoluções, 4ª ed. Rio de Janeiro: CRESS, 2007.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

MDS/Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, 2004.

ANEXOS:**1. Histórico do H.E.R.F, cedido pelo Centro de Estudos da unidade.**



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL

... 20 anos passados com o aumento da população de Campo Grande, na administração de Carlos Lacerda, foi projetada e iniciada a construção de um novo bloco destinado a alojar a **MATERNIDADE E EMERGÊNCIA**. Esse bloco foi concluído e instalado em 22 de junho de 1967, sendo Secretário de Saúde o Dr. Hildebrando Monteiro Marinho.

... Novamente, tornava-se necessária, entretanto, a realização de outras obras, que viessem recuperar e modernizar os vários Pavilhões que constituem o seu complexo hospitalar. Assim, foram construídos um novo **Centro Cirúrgico**, os **Centros de Tratamento Intensivo e Recuperação pós-anestésica**, o **Auditório do Centro de Estudos**, além da **ampliação do Laboratório de Patologia Clínica**. Foi construída também, a **Residência Médica e novas instalações da Lavanderia e Rouparia**.

As principais inaugurações ocorreram na década de 70.

3

ATA DE INAUGURAÇÃO DAS OBRAS EXECUTADAS NO HOSPITAL ESTADUAL
ROCHA FARIA

Aos vinte três dias do mês de outubro de mil novecentos e setenta, às dez horas, sendo Governador do Estado da Guanabara, Sua Excelência o Senhor Embaixador Francisco Negrão de Lima e Secretário de Estado de Saúde e Diretor-Presidente da Superintendência de Serviços Médicos-SUSEME, o Excelentíssimo Sr. Dr. Hildebrando Monteiro Marinho e tendo como Conselheiros-Diretores da SUSEME os Doutores: Ernani Ernesto Fonseca, do Departamento de Planejamento, Jorge Henrique Reidy, do Departamento de Serviços Gerais, Zeuxis Soares Pessoa, do Departamento Financeiro, Eduardo Henrique Capistrano do Amaral, do Departamento de Saúde Pública e Luiz Samis, do Departamento de Serviços Assistenciais e como Diretor do Hospital Estadual Rocha Faria, o Dr. João Luiz Marchon, foram inauguradas as seguintes obras: Centro Radiológico, Centro Cirúrgico, Recuperação, Centro de Tratamento Intensivo, Centro de Esterilização e Centro de Estudos, localizadas na Av. Cesário de Mello, 1.345 - Campo Grande - XVIII RA, construídas para modernizar e complementar o complexo hospitalar. Com uma área de 2.559 m², foram executadas pela firma Travassos Fernandes Ltda., em terreno próprio do Estado. As obras foram concluídas em 20 meses e seu investimento foi da ordem de Cr\$ 2.109.683,38 (dois milhões cento e nove mil seiscentos e oitenta e três cruzeiros e trinta e oito centavos). Da documentação Técnica e da Fiscalização das Obras se encarregou o Departamento de Engenharia da SUSEME, dirigido pelo Dr. Marcos Vinicius de Albuquerque Soter da Silveira, sendo o projeto de autoria dos Arquitetos Alfredo Álvaro da Silva Filho e José Luiz Fernandes Soares.



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL

... Já na década de 90, com o aumento da violência urbana fez-se, então, necessário novas obras, com a determinação de sermos hospital de referência para Materno-Infantil e de Trauma.

Sendo que desta vez as obras foram em todo o complexo, inclusive com criações de serviços pertinentes as novas metas.

Inaugurado em outubro de 1996 a área Materno-Infantil e o Laboratório automatizado. Com funcionamento do Centro Obstétrico e UTI de Neonatologia. Iniciado no começo de 1997 Campanha de trabalho para ser Hospital Amigo da Criança. Mantemos também estreito relacionamento com o HEMORIO para suprimento de sangue; mas futuramente teremos o nosso banco de sangue preparado para atender as nossas necessidades.

Em 11 de Setembro de 1997 foi inaugurado o Pam-Pronto atendimento médico, com amplas instalações.

Em 08 de Março de 1998 foi inaugurado a área destinada a Grande Emergência.



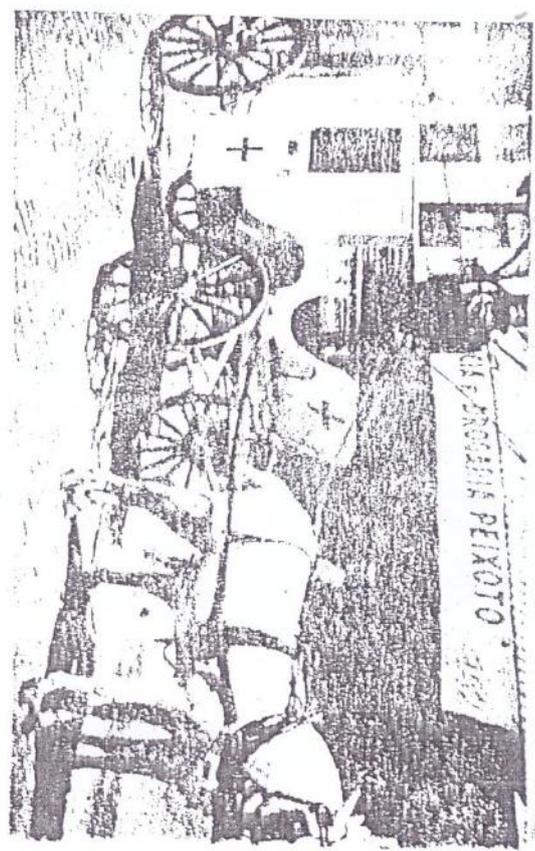
SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL

(5)

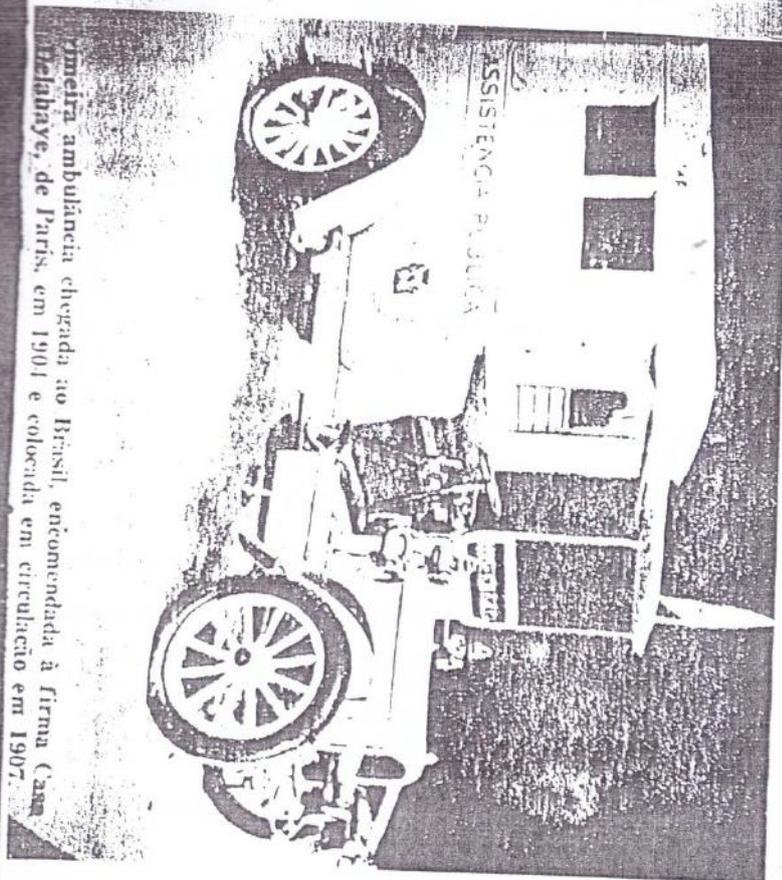
... Todos os serviços foram e estão sendo realizados e inaugurados pelo Governador Marcelo de Alencar e demais Autoridades, estando na Direção do Hospital o Dr. Ricardo Arraes.

... Fica também registrado neste que a Cooperativa de Saúde - Coopservesaúde está prestando relevantes serviços desde outubro de 1996, coincidindo com a inauguração do bloco Materno-Infantil.

Um carro que fazia o serviço de assistência domiciliar.



(9)



Primeira ambulância chegada ao Brasil, encomendada à firma Casa Delahaye, de Paris, em 1901 e colocada em circulação em 1907.

Roquel

Este é um breve histórico do HERF que você deseja acrescentar ao material adquirido anteriormente. Pelo bem de todos, caso outra colega (Saniela) necessite ou tenha interesse podem ficar. Bjs Fátima

26/10/12.

CAPITULO I

1.1 – Apresentação do Problema

Este trabalho situa-se no campo da saúde, com embasamento na experiência profissional adquirida no Hospital Estadual Rocha Faria, localizado em Campo Grande, no Estado do Rio de Janeiro e (considerada) parte integrante da Rede Hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde Defesa Civil.

O Hospital Estadual Rocha Faria tem como objetivo prestar assistência médica e hospitalar de caráter emergencial e em regime de internação, não dispondo de atendimento ambulatorial.

Esta Unidade de Saúde apresenta ampla área de atendimento, prestando assistência médica a todos, independente da localidade de moradia, sendo considerável a quantidade de pessoas que o procuram que estão além do seu âmbito geográfico que compreende a faixa situada entre os bairros de Campo Grande, Bangu, Senador Câmara, Vasconcelos, Santíssimo, Rio da Prata. Km. 32 na divisa com o Município.

A instituição Hospital Estadual Rocha Faria, possui organização funcional, apresentando Divisão Geral, subordinados à parte técnica e administrativa do hospital. O quadro de atendimento é composto pelos serviços médicos e

paramédicos dentre eles: Emergência, Neurocirurgia, Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, Ortopedia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Odontologia, Centro de Imagens, Laboratórios, Hemoterapia, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Saúde Mental e Nutrição Dietética além de outros setores de atendimento médico, como Maternidade, UTI/Neo e Centro de Tratamento Intensivo.

A maioria das pessoas atendidas nesta Unidade Hospitalar possui baixo nível socioeconômico e cultural. Muitos não possuem qualificação profissional, vínculos empregatícios e a população urbana são em grande parte, composta por trabalhadores informais, ou ainda por população de rua. Alguns residem em conjuntos residenciais populares, favelas. Grande parte deles não tem renda fixa, moram de aluguel ou de favor, ou até mesmo nas vias públicas, o que denota claramente a condição precária desta clientela, considerada carente.

A proposta desta pesquisa surgiu devido a grande incidência de pacientes renais crônicos internados nas enfermarias de clínica médica, com o objetivo de construir rotinas de intervenção interprofissional, que possibilite mudanças na ação profissional interdisciplinar, objetivando a efetivação do tratamento especializado a este paciente, que com a perda progressiva da função global dos rins passa a ter ameaça da própria sobre vida, sendo necessário submeter-se à diálise crônica para continuar vivendo.

