UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JAILDA MARIA LIMA BORGES

ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO E A ATENÇÃO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (COM-HUPES) / 2017-18

Salvador
2019

JAILDA MARIA LIMA BORGES

ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO E A ATENÇÃO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (COM-HUPES) / 2017-18

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Ensino de Graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Elizabeth Santana Borges

Salvador
2019

JAILDA MARIA LIMA BORGES

ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO E A ATENÇÃO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (COM-HUPES) / 2017-18

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 26 de junho de 2019.

Profª Drª Maria Elizabeth Santana Borges – Orientadora UFBA
Doutora em Serviço Social - UERJ

Profª Me. Geyse Clea Silva de Miranda – Examinadora UFBA
Mestre em Saúde Coletiva - UFBA
Doutoranda em Saúde Coletiva - UFBA

Profª. Me. Joyce Souza Lopes – Examinadora Externa
Mestre em Antropologia Social - UFPEL
Doutoranda em Antropologia Social - UNB

AGRADECIMENTOS

É hora de olhar para trás, sentir muito orgulho do caminho percorrido, e agradecer a Deus pelo dom da vida e por ter estado comigo em cada instante desta jornada. A Ele minha eterna gratidão!

Aos meus pais, Jurandir (*in memoriam*) e Nely, a quem devo tudo o que sou. Mãe, és um presente de Deus em minha vida. Obrigada pelo amor, cuidado, orações e por tornar minhas cargas mais leves. Pai, você partiu deixando um imenso vazio. Se agora conquisto esta vitória, é porque um dia esteve ao meu lado e me ensinou a seguir por um bom caminho. Eu os amo, muito!

Ao meu esposo que me apoiou incondicionalmente nessa trajetória. Meu “bunito”, obrigada pelas doses diárias de amor. Você me completa. Te amo!

Aos meus irmãos pelo companheirismo e incentivo. Vocês são meus pilares!

Aos meus queridos sobrinhos que alegram os meus dias. Tia ama vocês!

A minha sogra, cunhado(a), primos(as), tios(as) e amigos(as), é uma honra tê-los em minha vida.

Aos mestres pelos ensinamentos e aos colegas por ter dividido momentos inesquecíveis.

Enfim, dedico essa conquista a todos que caminharam ao meu lado e torceram por mim.

Deus é fiel!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu.”

Eclesiastes 3:1

BORGES, Jailda Maria Lima. Estudo sobre a relação do Estatuto do Idoso e a atenção à saúde: a experiência de estágio no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES) / 2017-18. (73 f). Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um estudo de cunho qualitativo, que consiste em uma discussão acerca da temática do envelhecimento, especialmente, no que se refere a atenção à saúde. O objetivo geral do trabalho é analisar as políticas públicas de saúde voltadas para o segmento da população idosa, a partir do advento do Estatuto do Idoso. Para tanto, buscaremos conhecer as políticas criadas após o Estatuto, bem como, a partir de uma experiência prática, identificar os principais desafios e dificuldades encontrados pelos idosos no acesso a política de saúde, e investigar se o trabalho do assistente social, no contexto hospitalar, contribui para efetivação do direito desse grupo populacional à saúde. Para isto, a metodologia utilizada foi a pesquisa documental e bibliográfica, em conjunto com a análise construída a partir da observação participante, desenvolvida durante a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, pela Universidade Federal da Bahia, realizado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES) / 2017-18. O estudo demonstrou que, a população idosa brasileira, no que diz respeito à legislação, encontra-se bem amparada, no entanto, do ponto de vista das ações práticas, a vivência da velhice é marcada por profundas desigualdades sociais, que interfere diretamente no modo de adoecer e de tratar dos indivíduos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Estatuto do Idoso; Atenção à Saúde; Assistente Social.

BORGES, Jailda Maria Lima. Study about the relation of the Statute of the Elderly and health care: the experience of internship in the University Hospital Complex Teacher Edgard Santos (COM-HUPES) / 2017-18. (73 l). Graduation work of the graduation in Social Service - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

This graduation work is a qualitative study that has as it´s theme: ageing population, especially, on health issues in old age. The general objective of the study is to analyse the public health policies directed to the elderly population since the advent of the Statute of the Elderly. To achieve this objective, I will research the public policies created after the Statute, and through practical experience, I will identify the main challenges and difficulties faced by the elderly to have access to health policies. The study will also investigate if the social worker´s work in the hospital context, contributes to the elderly´s right to health. The methodoly used was the documentary and bibliographical research together with the analysis obtained through participant observation developed during the mandatory internship in Social Service, carried out at the University Hospital Complex Teacher Edgar Santos (COM-HUPES) / 2017-18. The study concluded that the elderly population is legally protected in Brazil, but in practice, the experience of old age is marked by deep social inequalities. These social inequalities directly interfere in the way of getting sick and take care of the elderly.

Keywords: Ageing; Statute of the Elderly; Attention to Health; Social Worker.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM - Conselho Federal de Medicina

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

COBAP - Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas

COM-HUPES – Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Equipe de Saúde da Família

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

G e G - Geriatria e Gerontologia

HE - Hospitais Escola / Ensino

HU – Hospitais Universitários

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PT - Partido dos Trabalhadores

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU - Regime Jurídico Único

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....10
CAPÍTULO 1: IDOSOS NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE..... 12
1.1 EM BUSCA DA DIMENSÃO CONCEITUAL..... 12
1.2 PROCESSO HISTÓRICO DO ESTATUTO DO IDOSO..... 18
1.3 O ESTATUTO DO IDOSO E A ATENÇÃO À SAÚDE.....25
CAPÍTULO 2: O TRABALHO COM IDOSOS EM HOSPITAL DE ENSINO.....33
2.1 UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA ESTRUTURA DA POLÍTICA DE SAÚDE.....33
2.2 COM-HUPES: CAMPO DE EXPERIMENTAÇÕES.....36
2.3 O QUE A EXPERIÊNCIA REVELA: DESAFIOS, DIFICULDADES E POTENCIALIDADES.....38
CAPÍTULO 3: O DIREITO DE IDOSOS NA RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL NO COM-HUPES.....43
3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....43
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO COM-HUPES.....46
3.3 O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS VOLTADO PARA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO.....48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....54
REFERÊNCIAS.....57
APÊNDICE A - Cartilha.....61

INTRODUÇÃO

Neste trabalho faremos uma discussão acerca da temática do envelhecimento, especialmente, no que se refere a relação do Estatuto do Idoso e a atenção à saúde. Nessa perspectiva, definimos como objeto de estudo a análise das políticas públicas de saúde voltadas para o segmento da população idosa, a partir do advento do Estatuto do idoso. Para tanto, buscaremos conhecer as políticas criadas após o Estatuto, bem como, a partir de uma experiência prática, identificar os principais desafios e dificuldades encontrados pelos idosos no acesso a política de saúde, e investigar se o trabalho do assistente social, no contexto hospitalar, contribui para efetivação do direito desse grupo populacional à saúde.

A escolha do tema se deu, inicialmente, pela afinidade da pesquisadora com a população idosa, algo reforçado ao cursar a disciplina Envelhecimento e Sociedade[1] na Universidade Federal da Bahia, e, posteriormente, a partir do estágio acadêmico em Serviço Social, realizado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES), entre outubro de 2017 e dezembro de 2018, possibilitando uma maior aproximação com idosos em tratamento de saúde.

A experiência de estágio, vivenciada na área da saúde, instigou a busca por maior entendimento acerca da perspectiva de direitos que envolve esse segmento populacional no que se refere a atenção à saúde, levando aos seguintes questionamentos: Quais são as políticas públicas de saúde, específicas para a população idosa, criadas após Estatuto do Idoso? A partir da análise das políticas públicas de saúde vigentes, voltadas para a atenção a saúde do idoso, é possível deduzir como o processo do envelhecimento é concebido em nossa sociedade? Quais os principais desafios e dificuldades encontrados pelos idosos do COM-HUPES no acesso a política de saúde? Como o trabalho do assistente social pode contribuir para efetivação do direito do idoso à saúde? Qual o significado e a importância do Estatuto do Idoso, como referência valorativa para as políticas de saúde?

É relevante abordar essa temática, dado que, o processo de envelhecimento no Brasil vem ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva, na qual vivenciamos um período de intensos cortes dos recursos que são direcionados para as políticas públicas, o que dificulta a expansão do sistema de saúde, especialmente para os idosos.

A metodologia utilizada neste trabalho foi a pesquisa documental e bibliográfica, sendo utilizados como instrumentos para compor a análise: o diário de campo e os relatórios

[1] Ministrada no semestre letivo 2017.1, pela Profª Drª Josimara Aparecida Delgado.

resultantes da observação participante durante o estágio, bem como, o projeto de intervenção desenvolvido na Instituição.

O trabalho está organizado em três capítulos:

No primeiro, abordamos o idoso na perspectiva da política de saúde, no qual fazemos uma discussão acerca da dimensão conceitual da velhice, bem como, apresentamos o percurso histórico até a criação do Estatuto do Idoso, e sua relação com a atenção à saúde, tendo em vista conhecer as políticas públicas, específicas para a população idosa, criadas após o Estatuto;

No segundo, tratamos do trabalho com idosos em Hospital de Ensino, inicialmente, fazendo uma breve contextualização desse tipo de Instituição na estrutura da Política de Saúde, que possibilitará conhecer melhor o COM-HUPES, nosso campo de experimentações. Para então, podermos identificar o que a experiência nos revela em relação aos desafios e dificuldades encontrados pelos idosos no acesso a política de saúde;

Por último, no terceiro capítulo, abordamos o direito de idosos na relação com o Serviço Social no COM-HUPES, buscando investigar se o trabalho do assistente social na referida Instituição contribui para efetivação do direito do idoso à saúde. Para tanto, reportamos a história do Serviço Social na saúde, que nos dará subsídios para analisar o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais em atenção à saúde do idoso.

Vale salientar, como limites do estudo, que no período de vivência no campo de estágio, ainda não existia a intencionalidade dessa pesquisa, mas, já havia uma preocupação com essa parcela da população que, por vezes, é desrespeitada e desvalorizada socialmente.

Enfim, esperamos que este trabalho possa contribuir para realização de novos estudos, que tenham por finalidade avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, que busca atendimentos diretos no Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, nosso intuito com a pesquisa é fomentar o estudo acerca dessa temática, sem a pretensão de encerrá-lo em si.

CAPÍTULO 1 - IDOSOS NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo, nos propomos conhecer as políticas públicas de saúde, específicas para a população idosa, criadas a partir do Estatuto do Idoso (2003). Para tanto, faremos uma discussão acerca da dimensão conceitual da velhice; apresentaremos o percurso histórico até a criação do Estatuto; bem como, a relação que se estabelece entre este instrumento a atenção à saúde.

1.1 EM BUSCA DA DIMENSÃO CONCEITUAL

Para adentrar à discussão acerca a temática que estamos nos propondo a estudar, consideramos indispensável situar nosso posicionamento crítico sobre o conceito de velhice, evitando sua homogeneização, que diz respeito ao entendimento amplamente difundido pelo senso comum, de que o envelhecimento é uma condição posta igualmente a todos os indivíduos, sem considerar o lugar que estes ocupam na sociedade, e a forma como sua força de trabalho é explorada no processo de produção capitalista. Nossa intenção é desconstruir, nos termos de Haddad (1986), essa "ideologia da velhice", que se refere à construção de representações, a saber, normas e valores, em torno dessa fase da vida, que são naturalizadas socialmente e essenciais à lógica do capital.

Sendo assim, para realizar uma discussão em torno do envelhecimento, torna-se indispensável considerar os aspectos culturais, políticos e econômicos, concernentes a valores, preconceitos e tipos de sistemas que ao longo dos anos se fizeram presentes em nossa sociedade. Conforme expressa Haddad (1986, p.16):

> Compreendo que a ideologia da velhice é elemento fundamental à reprodução das relações capitalistas na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de idéias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana é organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção.

Ao nosso ver, a velhice diz respeito a um estágio da vida humana, cuja origem se situa no processo de produção e reprodução das relações sociais, alusivo às condições de vida e de trabalho das pessoas. Como expressam Iamamoto e Carvalho (2006, p.73), a reprodução das relações sociais consiste na reprodução de determinado modo de vida em sociedade, concernente à forma socialmente determinada pelo capital, de viver e de trabalhar dos indivíduos. Portanto, para compreender a velhice, é preciso analisá-la a partir do sistema capitalista de produção, atentando-se para a questão do trabalhador envelhecido que,

expropriado dos meios de produção, ao longo da vida se viu obrigado a vender sua força de trabalho. Como afirma Teixeira (2008, p.16)

> O envelhecimento não é uma realidade vivida igualmente por todos os indivíduos, suas particularizações e configurações são definidas segundo as condições materiais de inserção dos sujeitos no movimento da produção e reprodução sociais, processos que imprimem estatutos diferenciados à velhice, respeitando a condição de classe, *status* e hierarquias sociais.

Vale ressaltar que, no capitalismo, a força de trabalho é tida como uma mercadoria qualquer, que ao perder o seu valor de uso, que diz respeito a sua função social produtiva, é desvalorizada. Sem considerar que esta é a única mercadoria capaz de agregar valor no processo produtivo, por meio da apropriação do trabalho excedente não pago, que constitui a mais-valia, produto do capital que é responsável pela acumulação capitalista.

Conforme Teixeira (2008), o envelhecimento do trabalhador é parte das expressões da questão social, pois, este, tendo sua força de trabalho explorada ao longo da vida pelo capital, ao perder sua capacidade laboral, é descartado do processo produtivo, e sem ter recurso pessoal para se manter, passa a depender da aposentadoria ou precisa recorrer ao auxílio do Estado.

Ao perder o seu valor de uso enquanto mercadoria, o trabalhador envelhecido, é descartado do mercado de trabalho, sendo levado à margem da sociedade. A partir daí, a preocupação das políticas públicas gira em torno da reinserção da pessoa idosa na sociedade. Como sugere Haddad (1993, p.7):

> Um exemplo disso é a frequência com que a palavra reinserção aparece no discurso dos elaboradores das políticas públicas para a velhice. Reinserir o velho na sociedade aparece como o objetivo último. Ora, isso significa que para essa gente, o velho está fora da sociedade, ou seja, está fora do mercado de trabalho. Como um marginal ao sistema, o velho desfruta de um tempo de não trabalho. Reinserir o velho na sociedade significa a reinserção através do trabalho, da atividade que revele o velho útil.

Como se o fato de estar fora do mercado de trabalho, o excluísse da sociedade, ou seja, o fato de não ser mais útil ao mercado de trabalho, o coloca numa condição marginal.

Segundo pesquisas sobre os processos de envelhecimento, o crescente aumento da população idosa é fruto da transição demográfica, caracterizada pela queda da taxa de fecundidade e diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. De modo que a conjunção destes fatores, associados aos avanços da tecnologia, medicina, urbanização, entre outros, contribui para o aumento da expectativa de vida populacional. Contudo, vale ressaltar, que o acesso a tais avanços não ocorre de maneira igualitária para todos.

O envelhecimento populacional ocorre de maneira distinta entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Conforme Camarano (*apud* Marques, 2014, p.66):

> Os países desenvolvidos passaram por esse processo de transição demográfica e epidemiológica gradativamente num momento socioeconômico favorável, mas nos países em desenvolvimento, como no Brasil, o acelerado envelhecimento ocorre em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social e de saúde, em particular para os idosos.

Logo, à medida em que no primeiro, o envelhecimento é associado a melhorias da qualidade de vida, no segundo, acontece de forma acelerada, necessitando de uma organização social e de políticas de saúde satisfatórias para atender às novas demandas que se manifestam.

Concluímos que o envelhecimento é um processo contínuo, inerente à vida humana, que envolve aspectos biológicos, e, também, socioculturais, que diz respeito aos conhecimentos, valores, crenças e hábitos adquiridos através do convívio em sociedade, e que, portanto, deve ser observado a partir de uma perspectiva histórica. Como afirma Borges (mimeo, p.3):

> Percebemos a velhice como um fenômeno que se manifesta socialmente. O ficar velho está relacionado a um processo de vida, que vem a ser resultante do envelhecimento próprio do viver humano e incorpora as dimensões vitais/biológicas, sociológicas/culturais, subjetivas e objetivas da realidade social. Entendemos que, o fenômeno manifesta e expressa as diferenças e desigualdades da complexidade das relações sociais no Brasil, portanto, social, histórico, multifacetado e multicausal, que se engendra nas relações de produção e de reprodução social. Como particularidade, é a expressão das singularidades dos sujeitos que a vivem, ao tempo que contém o genericamente humano da vida em sociedade, parte de uma complexidade, que envolve as relações sociais.

Sob esta ótica, constata-se que as pessoas vivenciam a velhice de diferentes modos, basta ver a condição desigual a que estão submetidas, fruto do modo de produção capitalista, que determina a realidade social dos sujeitos, tanto em seus aspectos objetivos, quanto subjetivos. Nesse sentido, Teixeira (2008, p.30) aponta que:

> É a classe trabalhadora a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor na ordem do capital, principalmente, quando perde o "valor de uso" para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida. Portanto, não é para todas as classes que o envelhecimento promove efeitos imediatos de isolamento, exclusão das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtores de desigualdades sociais.

A consolidação desse padrão de desigualdade faz com que grande parcela da população envelhecida, os que pertencem às classes subalternas, sejam impossibilitados de participar de espaços ditos adequados aos novos estilos de vida. Assim, concorda-se com Borges *(apud* Teixeira 2008, p.81), quando diz que "a velhice nunca será uma generalidade, no singular, mas "velhices", dada a pluralidade de manifestações dentro de uma mesma formação social, relacionadas às condições de vida e de trabalho das pessoas".

Desse modo, torna-se fundamental considerar a perspectiva de classe envolvida nesse contexto, na qual as pessoas que possuem melhores condições financeiras envelhecem de maneira diferente, pela questão do cuidado e do acesso a serviços que favorecem a saúde, como o lazer, boa alimentação e cuidado médico, haja vista que, os hábitos adotados pelo indivíduo ao longo da vida vão determinar em quais condições de saúde ele vai envelhecer. Logo, o acesso a essas condições determinam radicalmente a vivência da velhice.

Diante do exposto, compreendemos que o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, que traz consigo um grande desafio para as sociedades, pois, apesar de representar uma conquista para a humanidade, tem gerado profundos impactos em todas as esferas sociais, seja nas relações familiares, no mercado de trabalho, na economia e no sistema de saúde. Tal crescimento tem sido encarado como objeto para produção de ideologias, que atribuem novos papéis sociais às pessoas de mais idade, ditam o modo de ser e de viver e reforçam um padrão de representações em torno na velhice, levantando uma discussão sobre o conceito de idoso.

Legalmente, a designação idoso se refere a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Esta indicação é utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelas políticas sociais, cujo foco é o envelhecimento, bem como, pelo próprio Estatuto do Idoso, instrumento que regula e assegura direitos a essa parcela da população. Contudo, ressalta-se que alguns desses direitos são assegurados somente a partir dos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, conforme legislação local vigente.

Segundo pesquisas, inicialmente, o termo idoso era restrito a indivíduos que possuíam status social, a saber, os privilegiados financeiramente, os que exerciam alguma atividade valorizada socialmente e ainda, os que pertenciam à classe dos políticos. Portanto, as pessoas de mais idade que não pertenciam a estes segmentos, os desprovidos de prestígio social, eram categorizadas como velhos.

O termo idoso, na verdade, surge como um conceito mais aceitável socialmente, como uma forma mais elegante e adequada de referir-se às pessoas mais velhas, haja vista que, historicamente, a velhice esteve associada a preconceitos e estereótipos, expressos por representações depreciativas que universalizam esse processo individual, possuidor de características próprias de acordo com a história de vida de cada um. E que, segundo Teixeira (2008, p.103), é marcado pelo “[...] sentimento de desvalorização por estar fora do mundo do trabalho e das condições de reprodução social, de inutilidade e inatividade, a perda de papéis sociais, as mudanças de hábitos e emprego do tempo, solidão, isolamento social, os estereótipos negativos, dentre outros.”

Essa representação em torno da velhice faz com que ela seja negada, tanto socialmente, quanto individualmente, e isso se deve ao fato de significar uma etapa final da vida, que remete a grandes perdas e também, por ser vinculada a um conjunto de atribuições negativas, como doenças, falta de vigor e dependência, que contribuem para desqualificação da pessoa idosa.

A organização social do Brasil é marcada pela cronologização das idades, na qual as pessoas mais longevas se encontram em desvantagem em relação às mais jovens, pois encontram-se biologicamente mais vulneráveis, o que dificulta o pleno exercício de sua cidadania. Debert (1999) aponta que desde que a economia doméstica deu lugar à industrial, ampliando o mundo do trabalho e exigindo da sociedade uma reorganização de cunho político e econômico, a idade cronológica tornou-se uma dimensão essencial para organização social, definindo o papel do indivíduo na família e na sociedade, ou seja, demarcando as fases da vida e delimitando o seu acesso a determinados espaços, como escola, mercado de trabalho, entre outros.

Contudo, a partir dos anos 1970, estudiosos do tema sinalizam o surgimento de novas configurações para as etapas da vida que acarretaram mudanças nos comportamentos tidos como adequados para cada faixa etária, o que, conforme Debert (1999), representou uma proposta libertadora de mudanças nos padrões comportamentais baseados nas idades, onde seria possível escapar dos constrangimentos vivenciados pelos sujeitos que envelhecem.

Essa nova cronologização da vida surge em oposição a toda representação social negativa e depreciativa da velhice, tendo em vista dar um novo significado a essa etapa da vida, que é marcada pela promessa de eterna juventude, contribuindo para o surgimento de novos atores e de novos mercados de consumo. Contudo, Teixeira (2008, p.111) aponta que o estabelecimento dessa nova configuração se deve ao fato de que:

> [...] o capital avança não apenas gerando novas necessidades, como também criando os meios de satisfazê-las, tanto os objetos, os serviços quanto os valores e os comportamentos necessários a essa satisfação, mas cujo fim não é o homem e suas ricas necessidades e, sim, a valorização, auto-expansão e as necessidades reprodutivas do capital.

Nesse sentido, Debert (1999, p.77) coloca que os termos terceira idade, meia-idade, e aposentadoria ativa constituem categorias essenciais à produção de novos estilos de vida e desses mercados de consumo, onde é colocada à disposição desse grupo populacional uma variedade de serviços e produtos que camuflam o envelhecimento e prometem uma sensação de eterna juventude, a saber, tratamentos rejuvenescedores, medicamentos, cirurgias plásticas, academias, atividades de lazer, atividades educativas e culturais, entre outros. Observa-se que esses termos apontam para uma ressignificação da velhice, não mais compreendida apenas pelo

aumento da longevidade, e sim, como um período propício à realização e satisfação pessoal, e que, portanto, requer idosos saudáveis e independentes financeiramente.

Essa perspectiva que envolve a terceira idade induz a um estilo de vida que deve ser conquistado por meio de esforço pessoal, responsabilizando os indivíduos por sua aparência, condição de saúde e bem-estar, revelando que o rejuvenescimento, enquanto mercado de consumo, não deixa espaço para a velhice, entendida como fruto do descuido pessoal e de um estilo de vida inadequado, o que leva Teixeira (2008, p.113) a concluir que a expressão terceira idade "não se trata de valorização da pessoa idosa, mas da afirmação do valor à juventude". Portanto, a terceira idade se refere a um segmento etário formado por "idosos jovens", que são responsáveis pelos seus hábitos e estilo de vida e, consequentemente, ativos em seu processo de envelhecimento (participando, propondo e questionando).

Esse novo olhar acerca do envelhecimento é cruel, ou melhor, desumano, pois, parte de uma abordagem genérica, revelando uma ausência de criticidade, ao supor que todos os indivíduos envelhecem em condições de igualdade. Ao desconsiderar as desigualdades que existem em nosso país, seja social, cultural, econômica, entre outras tantas, reforçamos nos indivíduos que não podem acessar tais serviços, o sentimento de culpabilização pela sua condição de vida e saúde, não atentando para o que os impede de envelhecer como iguais, ou seja, para exploração de sua força de trabalho no processo de produção e reprodução das relações sociais.

Vale ressaltar, que a mídia exerce um papel indispensável à lógica de desinstitucionalização das idades, haja vista que esta dissemina uma visão de envelhecimento bem sucedido, que está ao alcance de "todos" e dita as formas de lazer, de cuidar-se, de vestir-se e de comunicar-se, mostrando o caminho para uma eterna juventude, que tem suas bases na negação da velhice, colaborando para desconstrução do que é tido como adequado para cada faixa etária.

À medida em que esses padrões em torno da idade são desfeitos, algumas questões relacionadas ao processo do envelhecimento a que todos os indivíduos estão submetidos, como adoecimento, declínio funcional e vulnerabilidade social, são consideradas de sua responsabilidade, eximindo o Estado e a sociedade nesse processo. A essa situação Debert (1999, p.72) denomina de "reprivatização da velhice", quando "as imagens e os espaços abertos para uma velhice bem-sucedida não levam necessariamente a uma atitude mais tolerante com os velhos, mas sim, e antes de tudo, a um compromisso com um tipo determinado de "envelhecimento positivo", que por razões objetivas e subjetivas, ligadas ao lugar social que ocupam, não pode ser vivenciado por todos. Esse contexto, colabora para que os idosos,

principalmente, os desprotegidos e marginalizados, tenham dificuldade de aceitação e até rejeitem seu próprio envelhecimento.

É diante dessa realidade, perpassada por desigualdades, que surge a necessidade de se criar um instrumento normativo que possibilite aos idosos menos favorecidos financeiramente e, portanto, maioria nacional, acessar serviços considerados essenciais à sua sobrevivência na condição de cidadãos de direitos.

No processo de enfrentamentos sobre a concepção da velhice, vem como uma conquista social a construção de instrumentos políticos para reconhecer a existência do fenômeno e regular direitos desse segmento populacional. Nesse sentido, abordaremos os processos que contribuíram para materialização do Estatuto do Idoso.

1.2 PROCESSO HISTÓRICO DO ESTATUTO DO IDOSO

A partir dos anos 1970, o debate acerca do direito da pessoa idosa ganha centralidade no cenário político brasileiro, quando a realização de pesquisas constatou o crescente aumento desse segmento populacional, indicando a necessidade de adoção de medidas para que o envelhecimento ocorresse atrelado à melhoria das condições de vida da população. Antes desse período, o que se tinha era uma política social de caráter contributivo, portanto, os indivíduos que não estavam inseridos no mercado de trabalho ficavam jogados à própria sorte, apoiados apenas em instituições filantrópicas.

Os anos seguintes foram palco para emergência e protagonismo de diversos movimentos sociais dos idosos, que contou com forte apoio da sociedade civil. Muitas organizações também contribuíram para que o envelhecimento estivesse em evidência, a exemplo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que organizava eventos em todo o território nacional.

Segundo Haddad (1986), Geriatria e Gerontologia são ciências médicas, enquanto a primeira se dedica a estudar e diagnosticar o velho, a segunda, estuda o envelhecimento em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. A autora também aponta a ligação dessas ciências com o Estado, revelando como esses dois discursos contribuem para construção desse segmento populacional. “As ciências médicas (G e G) visam traçar com clareza o perfil do idoso e ditam-lhe o modo de ser. O Estado por sua vez especifica direitos e prerrogativas, calibrando as concessões legais” (Haddad, 1986, p.10).

Em seu estudo, a autora evidencia uma contradição no interior da gerontologia, pois, apesar dessa ciência apontar a velhice como um problema social e, que, portanto, requer

desenvolvimento e implementação de políticas públicas, ao mesmo tempo, ela sustenta a ideia de que a velhice deve ser um momento de realizações, uma etapa propícia à satisfação pessoal, cuja responsabilidade é individual.

Essa mobilização em torno da questão dos idosos esteve assentada na luta pela implementação de políticas sociais, que os possibilitasse viver em melhores condições e com maior dignidade. Como expressa Teixeira (2008, p.171):

> As décadas de 1980 e 1990 são marcadas pela emersão do envelhecimento na agenda social como um problema social e político relevante. Essa transformação da velhice em tema privilegiado deve-se tanto à revolução demográfica mundial, com o aparecimento do fenômeno da longevidade, também em países em desenvolvimento, como o Brasil, quanto à força dos grupos de pressão como movimento de aposentados e pensionistas, as diversas organizações da sociedade civil, organismos internacionais, responsáveis pela vocalização do envelhecimento, sob a influência da Gerontologia Internacional, principalmente norte-americana, cuja orientação influenciará o modo de interpretar a problemática do envelhecimento e as políticas sociais.

Dentre os atores sociais que contribuíram para que se voltasse uma maior atenção a situação dos idosos, destaca-se, no final dos anos 1980, o Movimento dos Aposentados e Pensionistas, assentado numa proposta de defesa dos interesses previdenciários, haja vista a crise que assolava a Previdência Social. O movimento reivindicava o fortalecimento de uma política pública de seguridades social e lutava por uma previdência social pública, universal e de qualidade. Como discorre Teixeira (2008, p.173):

> Os idosos de boa parte do Brasil demonstraram sua força política nas galerias do congresso, na praça dos três poderes, nas inúmeras passeatas, dentre outra manifestações públicas que sensibilizaram a opinião pública, a mídia, os constituintes, além das emendas populares que assinaram, mostrando possuir um grande processo de mobilização e organização, envolvendo aposentados e pensionistas urbanos e rurais.

Nesse sentido, o movimento de aposentados e pensionistas proporcionou uma maior visibilidade aos velhos, dando uma nova dimensão ao processo do envelhecimento, no qual o idoso passa a ser um ator político fortemente envolvido na luta por melhores condições de vida e garantia de direitos.

À época, os aposentados reivindicavam um reajuste de 147% no valor das aposentadorias e pensões, mesmo percentual de aumento dispensado ao salário mínimo. É importante lembrar, que eles também participaram ativamente da Assembleia Nacional Constituinte de 1988, onde organizaram-se de tal modo que conseguiram alcançar todo o território nacional, fazendo com que mensagens de diversos setores da sociedades civil chegassem à Assembleia Constituinte, inclusive, foram em caravanas a Brasília para apresentar sugestões aos próprios parlamentares.

Foi diante desse contexto que os idosos encontraram ambiente oportuno para suas reivindicações, consolidando o movimento dos aposentados e pensionistas como o movimento mais expressivo liderado pelos idosos do país, e que contou também com a participação de professores universitários e alguns parlamentares engajados nas lutas sociais.

Vale salientar, que o movimento vivenciou dois estágios. Inicialmente, encarado enquanto uma estratégia de enfrentamento às condições de vida a que os aposentados e pensionistas estavam submetidos em virtude da insuficiência dos proventos que recebiam da Previdência Social. Posteriormente, após alcançar uma maior visibilidade no cenário nacional, a situação vivenciada pelos idosos do movimento levou a sociedade civil a experimentar um processo de questionamento, já que esta, até então, tinha toda a sua estrutura voltada para o grupo etário que ainda estava ativo no mercado de trabalho, despertando a necessidade de se pensar sobre a problemática em torno do trabalhador envelhecido.

Esse contexto favoreceu o surgimento de diversos espaços, onde os idosos puderam se organizar politicamente, como associações, clubes, grupos e universidades abertas à terceira idade, objetivando integrar as gerações e ofertar conhecimentos e atualização aos idosos e favorecendo o exercício da cidadania. Também possibilitou a criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), fundada em 1985, com a finalidade de representar o movimento nacionalmente e promover ações em conjunto com entidades filiadas, a fim de defender e reivindicar o cumprimento dos direitos desse grupo etário. Segundo Teixeira (2008, p. 112):

> Essas organizações lutaram não só pela ampliação e garantia do atendimento das necessidades dos idosos, para além daquelas meramente de sobrevivência, como também por participação social, autonomia, direitos civis e políticos, necessidades culturais, educacionais, dentre outras, como antídotos contra a situação de "marginalidade" e preconceitos contra os idosos, mas, contraditoriamente, negam o seu objeto e a própria problemática do envelhecimento do trabalhador ao difundirem as modernas imagens da velhice, como tempo de realização, do "fazer prazer", que depende da motivação do indivíduo, da proteção da família e da comunidade.

É com base nessa imagem moderna de velhice, fundada na responsabilização individual do sujeito que, a partir desse momento, as políticas públicas de atenção à população idosa passam a ser trabalhadas, inclusive, dando o tom ao marco legal do Estatuto do Idoso.

O processo de redemocratização ocorrido no Brasil, em meados da década de 1980, traçou de forma permanente o perfil das políticas públicas de seguridade social, tais como previdência, assistência social e saúde, expressas tanto pelo instrumento constitucional promulgado em 1988, que ampliou o conceito de proteção social, quanto pela rede de serviços à disposição.

Tal situação possibilitou que temas como desigualdade social e pobreza entrassem na agenda política, impulsionando a população a requerer do Estado o desenvolvimento de programas sociais específicos, direcionados para esse público alvo. Como expressam Fernandes e Soares (2012, p.1495):

> No Brasil, apesar de iniciativas do Governo Federal nos anos 70 em prol das pessoas idosas, apenas em 1994 foi instituída uma política nacional voltada para esse grupo. Antes desse período, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção, foi destaque nos anos 70 a criação de benefícios não contributivos como as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais com mais de 70 anos que não recebiam benefício da Previdência Social.

No final da década de 1970, a questão do idoso passa a ser discutida internacionalmente, vindo a ser pauta da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), na qual foi sugerida a realização de uma Assembleia Mundial sobre o envelhecimento.

Em 1982, foi realizada em Viena, a Iª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que traçou um Plano de Ação Mundial, no qual foram tratados temas como: saúde, educação e previdência, com o objetivo de alertar os governos do mundo inteiro sobre a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para a população idosa, e fomentar o desenvolvimento de estudos futuros. Essa Iª Assembleia significou um grande avanço em termos de garantia de direitos e proteção social aos idosos no Brasil, haja vista que o conteúdo do Plano de ação foi incorporado por diversos atores sociais que defendiam a causa, contribuindo para criação de uma série de legislações e programas governamentais que asseguram tais condições a esse segmento populacional.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi sugerida a criação de uma política global de assistência à população idosa, e cujo relatório final subsidiou a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal, que dispõe sobre a saúde. A Promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, significou uma conquista para a sociedade, pois garantiu o direito universal e integral à saúde, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurou aos idosos o direito à vida e à cidadania.

No ano de 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), lei nº 8.742, que aferiu à Assistência Social o status de política pública de seguridade social, direito do cidadão e dever do Estado. Em seu artigo 20, menciona o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que consiste na garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos, que comprove não possuir meios de prover seu sustento, nem de tê-lo provido por sua família. Também foi aprovada, em 1994, a lei nº 8.842 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), assegurando direitos sociais à pessoa idosa, ao promover sua autonomia, sua participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito

à saúde, nos diferentes níveis de atendimento no SUS, além de criar o Conselho Nacional do Idoso.

Somente em 1999 foi implantada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), pela Portaria 1.395 do Ministério da Saúde (MS), que estabelece diretrizes para promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde dos idosos, entre outros. E tem a finalidade de afiançar aos idosos sua manutenção no meio em que vivem exercendo suas atividades de modo independente.

Ao analisar as políticas públicas desenvolvidas para este segmento etário, pode-se observar que seu conteúdo está voltado para um tipo de envelhecimento ativo, que ocorra em boas condições de saúde, e que preza pela promoção da autonomia dos idosos, além de indicar sua inclusão na vida socioeconômica e comunitária. Essa orientação governamental, apesar de ser considerada algo positivo, na verdade, visa manter o idoso ativo economicamente, revelando uma preocupação mercadológica, no mais, observa-se também que há um certo incentivo para que os idosos aposentados retornem ao mercado de trabalho.

No ano de 2002, foi realizada em Madrid, a IIª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, que fundamentou o Plano Internacional do Envelhecimento em três princípios básicos: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

Em 2003, realizou-se a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, na qual foram elaboradas as estratégias regionais, que favorecem as condições para um envelhecimento individual e coletivo com seguridade e dignidade. Neste mesmo ano foi aprovado o Estatuto do Idoso no Brasil, pela lei 10.741/2003, que tem por finalidade regular os direitos assegurados aos idosos, visando criar condições para promoção da longevidade associada à qualidade de vida e bem-estar. Em seus dispositivos, o Estatuto cobre temas como saúde, educação, cultura, trabalho e moradia, e amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dos idosos, ressaltando a importância da interação entre intersetorialidade e saúde, vindo a tornar-se um dos principais instrumentos de garantia de direitos à pessoa idosa.

O Estatuto é fruto da iniciativa do projeto de lei nº 3.561, apresentado em 28 de agosto de 1997, pelo então deputado federal Paulo Renato Paim, eleito no estado do Rio Grande do Sul, pelo Partido dos Trabalhadores (PT). O projeto permaneceu seis longos anos em tramitação no Congresso Nacional, num processo de disputa política, que culminou no veto de algumas de

suas proposições e na necessidade de adicionar emendas ao projeto original, até chegar ao texto final. Finalmente, em setembro de 2003, ele foi aprovado e, em 01 de outubro deste mesmo ano, foi sancionado pelo então presidente da república Luís Inácio Lula da Silva.

No ano de 2006, a Portaria 399/GM/MS, revoga a PNSI e institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com a finalidade de manter, promover e recuperar a autonomia e independência dos idosos, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, instituindo medidas individuais e coletivas para esse fim. Essa portaria estabeleceu um compromisso entre as três esferas de gestão da saúde pública, e divulgou o Pacto pela Saúde, que compreende os componentes Pacto pela Vida, Pacto pela Defesa do SUS, e Pacto pela Gestão do SUS. Uma das prioridades do Pacto pela Vida é a saúde do idoso.

Apesar de se tratar de um aparato legal avançado, haja vista que elenca com clareza os direitos desse grupo etário e define penalidades em caso de sua violação, no decorrer destes 15 anos, desde sua aprovação, alguns aperfeiçoamentos precisaram ser incorporados ao Estatuto do Idoso. Em 2008, em conformidade com a lei nº 11.737, acordos acerca de pensões alimentícias pagas por familiares de idosos, puderam ser mediados por um Defensor Público, antes, somente os Promotores Públicos tinham competência para isso. Essa alteração na norma jurídica aumenta a quantidade de agentes que podem solucionar esse tipo de conflito, facilitando o acesso dos idosos ao recurso financeiro.

No ano de 2010, foi criado o Fundo Nacional do Idoso, que tem por objetivo financiar ações e programas ligados à inclusão, autonomia e participação dos idosos na sociedade. A lei, nº 12.213/2010, que o criou permite que as doações feitas ao Fundo, por parte de pessoas jurídicas, sejam deduzidas do imposto de renda, contribuindo para captação de recursos que o torna exequível.

Em 2011, outras duas melhorias foram adicionadas ao Estatuto. A primeira, diz respeito à moradia, onde pela lei nº 12.418/2011, fica estabelecido a reserva de pelo menos 3% das unidades, para pessoas maiores de 60 (sessenta) anos, construídas em projetos habitacionais financiados com recursos públicos, essas unidades devem se localizar preferencialmente no andar térreo, tendo em vista facilitar a mobilidade das mesmas. A segunda, se refere às situações de violência envolvendo idosos, em que os serviços de saúde públicos e privados, de acordo com a lei nº 12.461/2011, ficam obrigados a notificar os casos à autoridade sanitária, e também devem avisar à polícia, o Ministério Público, ou os Conselhos do Idoso.

A partir do momento em que a notificação é feita, os órgãos competentes devem tomar providências para que a vítima não sofra novas agressões. Pesquisas revelam que em 2016, o Ministério Público, por meio do Disque 100, serviço telefônico de recebimento, monitoramento

e encaminhamento de denúncias de violação de direitos humanos, recebeu mais de 26 mil denúncias de agressões físicas ou psicológicas a idosos em todo o Brasil. Diante desses dados, que revelam o aumento de agressões a este segmento populacional, nota-se que a adoção desta medida significou um importante avanço em nossa legislação, pois promove proteção à pessoa idosa.

Em 2013, após 10 anos em vigor, o Estatuto do Idoso sofreu outras modificações. De acordo com a lei nº 12.896/2013, os idosos com dificuldade de locomoção devido à problemas de saúde, não são mais obrigados a comparecer a órgãos públicos. Se o interesse for da entidade pública, esta deverá mandar um representante à residência do idoso. Por outro lado, se o interesse for da parte do idoso, este poderá ser representado por um procurador. Ademais, se para fazer jus a direitos sociais o idoso doente necessitar de um laudo médico, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e os serviços ligados ao SUS deverão comparecer à casa do mesmo para atestar sua condição de saúde.

Outra modificação, instituída pela lei nº 12.899/2013, regula o processo de embarque e desembarque de idosos em transportes coletivos, onde estes passam a ter garantia de segurança. Não obstante a legislação já os concedesse prioridade no acesso a esse serviço, não citava os cuidados necessários com a segurança, deixando-os expostos a situações de risco que podem ser causadas pela falta de atenção dos condutores e dos passageiros.

Por último, em 2017, o Estatuto foi mais uma vez aprimorado. A lei nº 13.466/2017 dispõe que idosos com idade superior a 80 anos passaram a ter ainda mais prioridade, ou seja, as pessoas dessa faixa etária agora têm preferência no atendimento, até mesmo sobre idoso com idade inferior. Em dezembro deste mesmo ano, conforme a lei nº 13.535/2017, as instituições de educação superior passam a ofertar aos idosos cursos e programas de extensão, nas modalidades presencial ou à distância, oportunizando aos idosos, que de acordo com suas condições objetivas, podem e querem retomar os estudos, fato este que contribui para defesa de seus direitos e estimula a plena participação em nossa sociedade.

Apesar da legislação brasileira, no que tange aos cuidados da população idosa, ser bastante avançada, a prática ainda é deficiente. Nota-se que há uma dificuldade das políticas públicas em acompanhar o rápido crescimento desse segmento populacional, pois, apesar dos serviços elencados pela legislação brasileira aludirem ao ideal, a fragilidade das redes e a não oferta de alguns serviços de cuidados a essa população, denunciam falhas, que se forem superadas, podem se tornar um indicador da efetividade da política e da integralidade da atenção ao idoso.

Historicizar o desenvolvimento dessas políticas públicas de atenção ao idoso até a aprovação do Estatuto, e, também os aprimoramentos que foram efetuados neste instrumento, durante esses 15 anos desde sua aprovação, constitui uma etapa fundamental para a realização desta investigação, visto que, esses marcos históricos consagrados ao longo dos anos revelam que, gradativamente, as problemáticas que permeiam a qualidade de vida da população idosa passaram a ser vista como algo que necessitava de intervenções. Daí a criação de todos esses programas e aparatos legais, que contribuíram, significativamente, para os avanços em termos de proteção social aos idosos.

A partir do entendimento de que no Brasil, a população idosa está submetida a condições desiguais, que interferem diretamente no acesso a determinados serviços que são essenciais à sua sobrevivência, consideramos necessário abordar a relação que se estabelece entre o Estatuto do Idoso e a atenção à saúde, ressaltando a importância deste instrumento enquanto garantidor de acesso à saúde como direito, principalmente para os idosos que não têm poder aquisitivo para acessá-la, haja vista que no capitalismo a saúde também é tratada como uma mercadoria, como tudo mais que permita gerar lucratividade.

1.3 O ESTATUTO DO IDOSO E A ATENÇÃO À SAÚDE

O Estatuto do Idoso, instrumento legal responsável por instituir uma política nacional, que preconiza direitos e deveres relativos a este grupo etário, no que concerne à saúde, institui a garantia de atenção integral a essa população, por intermédio do Sistema Único de Saúde. Contudo, passados 15 anos desde sua aprovação, a realidade nos mostra que na prática ainda há muito o que se avançar para que os idosos tenham suas necessidades atendidas plenamente.

Ele prevê direitos fundamentais, quando diz que o envelhecimento é uma condição inerente à vida, e que por isso constitui um direito personalíssimo do ser humano, isto é, um direito relativo à pessoa de modo intransferível e inalienável, estabelecendo que sua proteção é um direito social, que deve ser assegurada pelo Estado, pela sociedade, pela comunidade e pela família. E continua em seu artigo 9°, dizendo que cabe ao Estado garantir a proteção à vida e à saúde da pessoa idosa, por meio da implementação de políticas públicas que favoreçam um envelhecimento saudável e em condições dignas.

Em seu corpo, o Estatuto conta com um total de 118 artigos que representam um leque de garantias legais para a população idosa. Ele está organizado em capítulos, cabendo ao capítulo IV, dos direitos fundamentais, que compreende o artigo 15 ao 19, abordar o direito à saúde. Lá estão contidas todas as indicações para que se tenha uma atenção à saúde de

qualidade, com medidas que vão desde a promoção até a recuperação da saúde da pessoa idosa, entre outros serviços.

Em seu artigo 15, o Estatuto do Idoso (2003) diz que:

> É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Portanto, a legislação prevê que à pessoa idosa deve receber, em condições de igualdade, atenção integral à saúde por meio do SUS, que, conforme o segundo parágrafo deste mesmo artigo, incube ao poder público o dever de ofertar, de maneira gratuita, consultas, exames, internações, atendimento domiciliar, medicamentos de uso contínuo, próteses e órteses e outros recursos referentes ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Em carta aberta à população brasileira[2], publicada em 15 de setembro de 2014, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, aponta que, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o contingente de idosos no Brasil representa cerca de 11,34% da população e a estimativa é de que até o ano 2030 este número aumente para, aproximadamente, 19% da população brasileira.

No primeiro parágrafo do artigo 15, nos incisos II, III e V, respectivamente, o Estatuto prevê atendimento ambulatorial com geriatras e gerontólogos; unidades de referência em geriatria com pessoal especializado na área; bem como, reabilitação conduzida por profissionais de geriatria e gerontologia, tendo em vista reduzir as sequelas provocadas pelo agravo à saúde. No entanto, apesar do Estatuto fazer essa indicação, à medida em que a população idosa cresce, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aponta um déficit no número de geriatras, profissionais especializados para o atendimento desse segmento populacional, revelando que no Brasil existe apenas um profissional para cada 20 (vinte) mil idosos, o que dificulta o cumprimento desta normativa e impacta negativamente a qualidade da atenção à saúde.

Ainda no artigo 15, no que toca à promoção e prevenção da saúde dos idosos, o Estatuto prevê a realização de cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento domiciliar, abrangendo a internação para aqueles que necessitam e estão impossibilitados de se locomover, incluindo os idosos que estão abrigados em instituições conveniadas com o poder público, a saber, as públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos, tanto do meio urbano, quanto do rural. A partir dessa indicação do Estatuto, baseada nas diretrizes contidas na Política

---

[2] [2] Disponível em: < https://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/> Acessado em: 04 de abril de 2019.

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no “Pacto pela Vida”, na qual a saúde do idoso aparece como uma das prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, estão sendo desenvolvidas ações estratégicas, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável, por meio da atenção integral à saúde da pessoa idosa, do fortalecimento da participação popular e de uma educação permanente em saúde.

Conforme disposto no documento “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento”, publicado em 2010, pelo Ministério da Saúde, podemos citar como exemplo algumas dessas ações estratégicas, a saber: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento utilizado, tanto pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de identificar situações de risco à saúde do idoso, possibilitando o planejamento e organização de ações voltadas para a manutenção da capacidade funcional dos idosos assistidos, quanto pelos próprios idosos, seus familiares e cuidadores, a fim de qualificar a atenção ofertada no SUS; o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, ferramenta de fácil compreensão, que dá subsídios ao trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica, no sentido de adotar medidas mais apropriadas às necessidades da pessoa idosa, visando atendê-la de forma integral no processo de envelhecimento; e o Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, no qual o Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ capacita, na modalidade à distância, profissionais que atuam no SUS, considerando as especificidades da saúde do idoso, na busca pela integralidade das ações.

Nesse sentido, vale ressaltar que, ainda que as garantias previstas no Estatuto do Idoso não encontrem plenas condições para sua efetivação, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em suas diretrizes, traz condições necessárias que contribuem para melhoria de tal situação. Entretanto, como afirma Teixeira (2008), o Estatuto avança em relação a PNI (atual PNSPI), pois, além de garantir instrumentos de fiscalização e controle social sobre as ações do Estado, ele também define as responsabilidades e obrigações do governo.

As primeiras aproximações sobre o tema nos mostram que, as transformações ocorridas no modelo demográfico brasileiro constituem uma das mais importantes modificações estruturais ocorridas na sociedade. Segundo Marques (2014), o aumento do número relativo e absoluto de idosos também vem acompanhado de mudanças no perfil epidemiológico dessa população, antes caracterizado por doenças infectocontagiosas, posteriormente, passando a ter predominância das doenças crônico degenerativas, que associadas a um conjunto de fatores, contribuem para piora progressiva da saúde, a exemplo, a hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas, entre outras.

Nesse sentido, foi desenvolvido um Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cujo Eixo II, de Promoção da Saúde, aponta como uma de suas estratégias a implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, onde as ações desenvolvidas visam promover um envelhecimento saudável, em condições de independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; adequar os pontos de atenção da rede para melhorar a acessibilidade e o acolhimento aos idosos; ampliar a formação continuada dos profissionais de saúde; bem como, fortalecer e expandir a formação do cuidador da pessoa idosa com condições crônicas na comunidade.

Apesar dos avanços observados no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos dos idosos e na formulação de políticas sociais, o cenário político que se apresenta, marcado pelo desenvolvimento de reformas neoliberais, que seguem a lógica de redução dos gastos públicos e desregulamentação do papel do Estado, revela uma tendência de diminuição da intervenção Estatal. Nesse sentido, essa alteração no perfil epidemiológico acarreta sérias implicações, principalmente, se o envelhecimento vem acompanhado da dependência, pois, provoca uma distorção das responsabilidades sobre esse idoso dependente, que acaba sendo assumida por seus familiares como um problema individual, em função da fragilidade do suporte da rede pública.

Vale ressaltar que o Programa Nacional de Imunização, iniciado desde 1999, contribuiu significativamente para essa alteração no perfil epidemiológico desse segmento etário, devido a expressiva adesão às campanhas de vacinação. No entanto, nem sempre foi assim, o início das aplicações da vacina foi marcado por forte desconfiança por parte da população, em virtude da falta de investimento em informação sobre os benefícios da vacinação.

Outro ponto abordado no Estatuto diz respeito ao direito de não ser discriminado pelos planos de saúde, proibindo a cobranças de valores diferenciados em virtude da idade. Essa indicação contida no Estatuto se mostra uma importante ferramenta de garantia de acesso à saúde suplementar para os usuários que a desejar, pois, segundo pesquisas, idosos e pessoas com doenças preexistentes encontram dificuldades na contratação de plano de saúde, pois muitas operadoras não têm interesse nesse perfil de segurado, devido ao alto custo dos tratamentos.

A partir da lei nº 12.896/2013, foram acrescentados os parágrafos 5 e 6, ao artigo 15 do Estatuto do Idoso, que assegura ao idoso enfermo, que necessita comparecer a órgãos públicos, o atendimento domiciliar, para atestar sua condição de saúde quando necessário para o exercício de seus direitos enquanto cidadão, a exemplo, a realização de perícia médica do INSS, e serviço público ou privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o SUS.

Apesar de representar um significativo avanço em termos de proteção social aos idosos, a implementação do Estatuto ocorre em meio a grandes desafios das dinâmicas institucionais, uma delas diz respeito ao conteúdo do artigo 16, que expressa: “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. A realidade dos órgãos de saúde revela que esta indicação está sendo atendida em partes, pois algumas unidades de saúde garantem este direito mas não viabilizam as condições necessárias para permanência do acompanhante, que, geralmente, tem à sua disposição somente uma cadeira plástica para passar dia e noite prestando assistência ao idoso, sem nenhum conforto. E pior, há também, instituições que violam completamente este direito, ao colocar suas normas internas acima da perspectiva de direito, por exemplo, quando determinam o sexo do acompanhante, ou seja, estabelecem que se o paciente for do sexo masculino, logo, estiver internado numa enfermaria masculina, o acompanhante também deve ser do sexo masculino, sob a justificativa de estar preservando a privacidade dos demais pacientes internados. Sem levar em consideração que culturalmente o papel do cuidado sempre foi delegado à mulher, e que, portanto, a maioria das pessoas que acompanham pacientes nessa situação de internamento são do sexo feminino.

O artigo 17 faz referência à escolha, por parte do idoso, do tratamento de saúde que considerar mais favorável, desde que este esteja em pleno gozo de suas faculdades mentais, caso contrário essa decisão poderá ser feita pelo curador, pela família ou pelo próprio médico, respeitando-se esta ordem. Esta determinação é fundamental para o fortalecimento da autonomia dos idosos, mostrando que o fato de estar envelhecido não os impede de tomar decisões sobre seus corpos, e decidir sobre os rumos de sua vida, e desse modo, se revela como uma estratégia de enfrentamento a forte tendência de infantilização da velhice.

Observa-se que uma das vias mais comuns que expressa essa tendência de infantilização da velhice se dá pela comunicação. A comunicação infantilizada é uma das formas de violência contra o idoso, que está atrelada a questão da autonomia. Trata-se de uma prática recorrente, haja vista que as pessoas pensam estar agindo de forma agradável, mas, ao invés disso, estão desrespeitando e desconsiderando toda a trajetória de vida da pessoa, o que configura uma forma de agressão à dignidade do idoso, pois, ao ser infantilizado incorre no risco de estar fortalecendo uma dependência, de modo que compromete sua liberdade e sua capacidade de decisão.

A infantilização manifesta-se não somente através da linguagem utilizada, mas na simplificação de atividades sociais e recreativas que não respondem às necessidades das pessoas

idosas, o que impede o reconhecimento de suas capacidades reais, de seu potencial e de sua força de recuperação, ou seja, ao tratar o idoso como criança promovemos sua dependência e contribuímos para seu declínio físico e psicológico, fazendo com que eles se sintam violentados e desrespeitados, e não protegidos e cuidados.

Assim, infantilizar o idoso é desrespeitar sua autonomia, julgá-los semelhantes às crianças é considerá-lo sem competência para decidir o que é melhor para si. Portanto, a compreensão de que o idoso não é um incapaz contribui para que ele tenha uma melhor qualidade de vida, evitando o isolamento social.

O Estatuto também se preocupa com o atendimento que é prestado ao idoso, nesse sentido, em seu artigo 18, ele traz que as instituições de saúde devem estar submetidas a critérios mínimos para prestação de atendimento às demandas dos idosos, no que se refere a treinamento e capacitação de pessoal e também orientação a cuidadores, família e grupos de autoajuda.

O último artigo do capítulo IV, que dispõe sobre a saúde, o artigo 19, coloca que em caso de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa idosa, os profissionais de saúde devem, obrigatoriamente, comunicar aos órgãos responsáveis, são eles: autoridade policial, Ministério Público ou aos Conselhos Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso. Entende-se por violência qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que cause danos físico ou psicológico, ou que leve à morte. O Estatuto também estabelece mecanismos judiciais que penalizam quem abandonar a pessoa idosa em hospitais, casas de saúde ou instituições de longa permanência.

A implementação do Estatuto do Idoso trouxe consigo desdobramentos em termos de políticas públicas efetivas, voltadas para a atenção à saúde da pessoa idosa. Considerando a necessidade de adoção de medidas que fortaleçam o desenvolvimento de ações para a manutenção e reabilitação da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa, capacitação profissional na área do envelhecimento e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, que contribuem para promoção do envelhecimento ativo e saudável, previsto no “Pacto pela Saúde” (2006), foi instituído, pela portaria nº 3.213/2007, o Comitê Assessor de políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas da população idosa.

A OMS classifica a osteoporose como um problema de saúde pública, que afeta tanto homens quanto mulheres. Nesse sentido, esse Comitê Assessor, coordenado pela Área Técnica de Saúde do Idoso em apoio às políticas do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo ações com o objetivo de sensibilizar os diversos profissionais de saúde em relação ao tema e integrá-los na luta pela promoção da saúde óssea e prevenção da osteoporose, quedas e fraturas, bem

como estimular a formação de equipe multiprofissional, para elaboração de normas de conduta que possibilitem reconhecer, acompanhar e tratar os pacientes com fatores de risco para osteoporose. Portanto, cabe ao Comitê promover o levantamento da população idosa portadora de osteoporose, propor mecanismos de divulgação de informação clínico-epidemiológica nacional e local; propor estratégias para o enfrentamento das situações encontradas; e apoiar, tecnicamente, programas de capacitação de pessoal sobre o tema, nos estados e municípios.

Com base na lei nº 10.424/2002, que acrescenta capítulo e artigo à lei orgânica da saúde, nº 8.080/90, regulamentando a assistência domiciliar no SUS, em 2013, a portaria nº 963, redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, cujo objetivo é reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar.

De acordo com o Ministério da Saúde, este serviço é organizado levando em consideração a necessidade do usuário. Quando o usuário está estável, o cuidado é realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) - Atenção Básica. Os casos que envolvem maior complexidade são acompanhados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - Programa Melhor em Casa.

O “Melhor em Casa” é um programa do Ministério da Saúde que objetiva apoiar os gestores locais a expandir e qualificar a Atenção Domiciliar no SUS por meio do SAD. O seu público alvo são pessoas com necessidades de reabilitação motora, idosos e pacientes crônicos. Pesquisas revelam que aproximadamente 70% do público atendido são idosos.

O SAD proporciona o cuidado do paciente no seio familiar, considerando a infraestrutura do domicílio. A realização desse tipo de serviço contribui para melhoria na gestão dos leitos hospitalares, pois, ao evitar hospitalizações desnecessárias, diminui a superlotação nos serviços de urgência e emergência.

Em cumprimento às diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução nº 338/2004, que preconiza a garantia de acesso com equidade às ações de saúde, incluindo, necessariamente, a Assistência Farmacêutica, fica instituído pelo decreto nº 5.090/2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), criado com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. O programa oferece, gratuitamente, medicamentos para controle da hipertensão, diabetes e asma, bem como, medicamentos com até 90% de desconto para o tratamento de osteoporose, glaucoma, parkinson, entre outros. No que se refere à dispensa de fraldas geriátricas, antes restrita a

pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, por meio da Portaria nº 937/2017, o programa amplia sua cobertura, passando a ofertar também às pessoas com deficiência.

Outro desdobramento importante, no que se refere à implementação de políticas efetivas para a população idosa, diz respeito ao Decreto nº 8.114/2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, objetivando articular esforços de órgãos e entidades públicas em colaboração com a sociedade civil, na luta pela valorização e defesa dos direitos da pessoa idosa, cujas ações implementadas estão assentadas em três eixos: emancipação e protagonismo; promoção e defesa de direitos; e informação e formação. Este decreto também institui a Comissão Interministerial, que tem por finalidade, monitorar e avaliar ações desenvolvidas em seu plano.

Diante do exposto, observa-se que um dos principais obstáculos que se apresenta à consolidação do Estatuto do Idoso, está relacionado ao fato deste ainda ser um instrumento pouco conhecido por uma parcela significativa da população, compreendendo os próprios idosos, que por não conhecerem seus direitos não os reivindicam, e também as famílias, que pelo mesmo motivo, não tomam conhecimento de seus deveres para com seus idosos. Este desconhecimento é fator preponderante para violação de direitos e decorre da falta ou do pouco acesso à informação, vivenciada, geralmente, por pessoas pertencentes às classes trabalhadoras.

Outro importante entrave para consolidação deste instrumento diz respeito a fragilidade da própria política, que pode ser expressa pela falta de prioridade na política pública e pela ausência de fonte financeira exclusiva e permanente para formação e capacitação de profissionais de saúde especializados, como geriatra e cuidadores, visando atender integralmente à crescente demanda dos idosos, dentre outros serviços, pois, apesar da lei nº 12.213/2010 instituir o Fundo Nacional do Idoso, nem ela, nem o Estatuto discriminam as ações e os programas que deverão ter prioridade, dentro do que é proposto para esse segmento populacional.

Com base na realização deste estudo, acerca das políticas públicas voltadas para população idosa, especialmente as de atenção à saúde, criadas após o Estatuto do Idoso, observamos que, no que se refere à legislação brasileira, os idosos encontram-se bem amparados. Entretanto, mesmo com todo esse aparato jurídico, nota-se que, efetivamente, poucas das ações previstas são colocadas em prática. Nesse sentido, em nosso próximo capítulo, do ponto de vista das ações práticas, buscaremos compreender, em quais condições a população idosa tem acessado a política de saúde.

CAPÍTULO 2 - O TRABALHO COM IDOSOS EM HOSPITAL DE ENSINO

Neste capítulo, identificaremos os principais desafios e dificuldades encontrados pelos idosos no acesso a política de saúde, tomando como campo de experimentação um Hospital Universitário de Salvador, vinculado à Universidade Federal da Bahia. Para tanto, utilizamos como fonte a observação participante e os documentos produzidos (relatórios, diário de campo, projeto de intervenção) pela autora deste trabalho, durante a experiência de estágio acadêmico em Serviço Social.

2.1 UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA ESTRUTURA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Desde 1988, com a promulgação da Constituição Cidadã, o Brasil ampliou a cobertura do sistema público de saúde ao definir a saúde como um direito social, alinhando-se com as tendências existentes nos países desenvolvidos.

Como dito anteriormente, o SUS implementado no Brasil tem por princípios a serem seguidos a universalidade, a integralidade e a equidade. Nesse sentido, para prestar assistência à saúde da população, ele conta com uma rede descentralizada de serviços de saúde, organizada da seguinte forma: as doenças mais comuns da população, que geralmente podem ser resolvidas com medidas terapêuticas menos custosas, são atendidas no nível da atenção básica ou primária; já as doenças que demandam atendimentos especializados, aquelas que necessitam de orientação diagnóstica, são direcionadas para os serviços de saúde mais complexos, de caráter secundário ou terciário, que são referência para atenção básica.

É nesta rede de alta complexidade que os Hospitais Escola (HE), também conhecidos como Hospitais Universitários (HU), estão inseridos. Conforme Medici (2001, p. 149):

> A concepção tradicional define um hospital universitário (HU) como uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido a supervisão das autoridades competentes: (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Antes da implementação do SUS, o desenvolvimento da assistência realizada pelos HU, assim como as atividades de ensino e pesquisa, estava estruturado de maneira isolada em relação aos demais serviços assistenciais.

Com a criação da lei nº 8080/90, que regulamenta as ações e serviços de saúde, fica estabelecido, em seu artigo 45 (BRASIL, 1990), que:

> Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições à que estejam vinculados

Assim, progressivamente, essas instituições passaram a integrar a rede de saúde, contribuindo para a eficiência e maior racionalidade no funcionamento do sistema, exercendo além da função formativa, um importante papel na oferta de procedimentos de alta complexidade e de referência para o SUS.

O fato de desenvolverem atividades de nível terciário eleva os custos dos HU, tornando-os hospitais mais caros, o que trouxe a necessidade de se pensar numa forma de financiamento diferenciada em relação aos demais hospitais do sistema. Antigamente, pelo fato da maioria deles ser administrado pelas faculdades de medicina das universidades, a sua manutenção dependia do orçamento público da área da educação.

Com a implementação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), pelo decreto nº 7.082/2010, que teve por objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários do Ministério da Educação integrados ao SUS pudessem ser revitalizados, através de uma estrutura física adequada, reestruturação do quadro de recursos humanos, incorporação de novas tecnologias, entre outros; e o decreto nº 8.587/2015, que dispõe sobre seu financiamento, ficou instituído que os Hospitais Universitários Federais deveriam ter seu financiamento partilhado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Essa inovação em relação ao financiamento dos HU contribuiu, de maneira significativa, para o desenvolvimento do ensino e pesquisa e para a qualificação dos serviços assistenciais prestados em integração à rede SUS.

Segundo Barata *et al* (2010, p.9), "[...] constata-se que os HE ainda realizam uma grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, tanto internação como ambulatorial, casos que poderiam ser encaminhados para outros serviços do sistema". A realização desses procedimentos de baixa complexidade, que são de competência da atenção básica, acarreta alguns entraves ao bom desenvolvimento dos Hospitais de Ensino.

Entretanto, o atendimento a esses serviços menos complexos nos HU, é justificado, exatamente, pelo fato de ser uma instituição de ensino que forma recursos humanos na área da saúde e, que portanto, há a necessidade de ensinar práticas de medicina em geral, inclusive, as de atendimento básico, sem considerar a possibilidade de realizar esse ensino em outras unidades do SUS, fora dos muros da universidade.

A utilização de um serviço de alta capacidade instalada, com pessoal especializado, e obviamente, de custo mais elevado, para procedimentos simples que poderiam ser realizados

em unidades básicas de saúde, acaba sobrecarregando, de forma desnecessária, a alta complexidade. Nesse sentido, Barata *et al* (2010, p.9) apontam que "[...] os atendimentos realizados no HE bloqueiam as agendas para os procedimentos de maior complexidade, provocando o surgimento de filas de espera e demanda reprimida, que prejudicam os pacientes, pois atrasam seu atendimento".

Portanto, os leitos que deveriam ser utilizados para procedimentos que exigem maior atenção ficam ocupados com demandas da atenção primária, representando um desperdício de recurso público, pois onera os cofres públicos, além de contribuir para o aumento das filas de espera no sistema de regulação.

Vale salientar, que a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, está organizada em três dimensões de atuação integradas entre si, a saber, Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência. Esta última, tem o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizando os recursos disponíveis e qualificando a atenção e o acesso da população aos serviços de saúde. Conforme disposto em seu artigo 5° "A Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários [...]".

Os autores também colocam a transição demográfica e a alteração do perfil epidemiológico enquanto um desafio para otimização no uso dos leitos dos hospitais universitários, ao citar que o tratamento de doenças que acometem a população idosa, geralmente, necessitam de internações prolongadas, trazendo como hipótese os tratamentos paliativos como o caso do câncer, que não apresentam benefícios em termos reais ao paciente e ainda prejudicam outros atendimentos que poderiam ser realizados. Nesse sentido, eles apontam que o atendimento prestado à população idosa que se encontra nessa situação, poderia ser realizado com novas formas de acompanhamento, citando como alternativa o atendimento domiciliar ou a ocupação de unidades de saúde menos complexas do SUS.

Administrativamente essa é uma solução, mas ao se pensar numa lógica de organização hospitalar que escolhe entre esse ou aquele paciente, ou seja, a necessidade de remanejar um paciente idoso, em cuidados paliativos, para outra unidade de saúde a fim de que se possa liberar leito para outro paciente menos crônico, significa que estamos disputando por poucos leitos, revelando que temos um sistema de saúde insuficiente diante da demanda que se apresenta. Essas escolhas são dilemas dentro do serviço de saúde porque, rigorosamente, elas também

contrariam o princípio do cuidado, da atenção e da integralidade, previstos em lei, tornando-se algo perverso, nocivo a saúde do idoso.

Tendo em vista subsidiar o estudo acerca dessas tensões presentes na política de saúde, no tópico seguinte, apresentaremos nosso campo de experimentações, um Hospital Universitário de Salvador.

2.2 COM-HUPES: CAMPO DE EXPERIMENTAÇÕES

O Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES)[3] é uma unidade hospitalar e ambulatorial, de natureza pública, geral, de grande porte, referência em média e alta complexidade no Estado e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo pesquisas[4], a Instituição realiza em torno de 419.510 consultas nas diferentes especialidades: Oncohematologia, Cardiologia, Nefrologia, Infectologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Neurologia, Ortopedia, entre outras. Conta com 273 leitos em atividade e em média, por ano, são internados 6.200 pacientes. Os números, apesar de expressivos, ficam aquém do seu potencial.

Em 2004, após ser submetido a adequações em sua estrutura física, foi certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde. E somente em 2010 se tornou órgão estruturante da UFBA.

O hospital é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e integrante do REHUF, do Ministério da Saúde.

Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e o alto custo dos hospitais federais, a EBSERH foi crida pela lei nº 12.550/2011, tendo por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, bem como, apoiar às instituições públicas federais de ensino na promoção de atividades de ensino, pesquisa e extensão, favorecendo a formação de recursos humanos no campo da saúde pública. Portanto, seu objetivo é, conjuntamente com as universidades às quais se vinculam as unidades por ela administradas, aperfeiçoar os serviços prestados por intermédio do SUS.

---

[3] O Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES), está situado na rua Augusto Viana, sem número, no bairro do Canela, em Salvador BA – CEP 40110-060. Ele exerce um importante papel na assistência à saúde da população, na formação de pessoas, no desenvolvimento de pesquisas em nosso Estado, e está vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA).

[4] Dados obtidos do site da Instituição. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hupes-ufba/indicadores-hospitalares> Acessado em: 3 de maio de 2019.

É importante ressaltar que a implantação da EBSERH nos Hospitais Universitários em geral, ocorreu em meio a um terreno marcado por grandes incertezas. De acordo com pesquisas, as principais questões levantadas à efetivação desse modelo de gestão hospitalar giravam em torno da iminente precarização das relações de trabalho, expressa tanto pela nova forma de contratação de pessoal via regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), quanto pela possibilidade de cessão dos servidores públicos efetivos à empresa, que poderia significar o fim do quadro de pessoal regido pelo Regime Jurídico Único (RJU); da Diferença entre os vínculos, ocasionando um conflito de interesses entre os próprios funcionários; da Possível extinção do concurso público; da Flexibilização dos vínculos empregatícios; da Terceirização de alguns funcionários; da Possibilidade de privatização do hospital, que representa uma ameaça ao SUS; entre outras.

Atualmente, muitas dessas questões ainda permanecem no imaginário de vários profissionais de saúde que pertencem a esses hospitais. Conforme Meirelles, 2010 (*apud* Drago *et al*, 2013, p.374):

> "[...] a empresa pública é uma figura ambivalente, que pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado. Por isso, embora a EBSERH não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica em ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão".

Nesse sentido, as críticas apresentadas à EBSERH, centram-se, justamente, em seu caráter privatista de gestão hospitalar, cuja prestação de serviços é regida sob a lógica do mercado tendo como prioridade o cumprimento de metas, o que compromete a continuidade e a qualidade do atendimento em saúde, bem como a garantia de um sistema que seja realmente público, indo de encontro a lógica do SUS.

O Hospital está voltado para o estímulo ao ensino, pesquisa e extensão, e tem sido reconhecido nacionalmente como referência na formação de profissionais para a área de saúde e afins. É campo de prática para alunos do curso de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, além de outras áreas de formação como Administração, Engenharia e Arquitetura.

O COM-HUPES, por ser um hospital escola, busca atender as demandas de ensino, pesquisa e extensão dos estudantes da UFBA que lá se encontram, através da oferta de serviços que favorecem a assistência à saúde da população do estado da Bahia. A instituição presta atendimento ao público em geral, sejam: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Para tanto, investe na capacitação e aperfeiçoamento de suas equipes de saúde, tendo em vista, viabilizar novas atividades decorrentes de sua modernização. Os usuários são inseridos no hospital através do Sistema de Regulação do Estado, sendo assim, não atende emergências.

Suas iniciativas visam aprimorar o cuidado em saúde, por meio do fortalecimento de ações e serviços baseadas em princípios concernentes a Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade de assistência; Preservação da autonomia das pessoas; Direito a informação; entre outros, expressos no artigo 7 da LOS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

No atual contexto político, marcado pela intensificação de medidas que visam a redução de gasto público com políticas sociais, as necessidades de racionalizar os gastos com saúde têm fragilizado os Hospitais de Ensino que costumam ser muito dispendiosos, em virtude da alta tecnologia utilizada no desenvolvimento de ações que envolvem ensino e pesquisa. Esses limites orçamentários trazem impactos significativos em relação ao papel desses hospitais dentro do sistema de saúde, tanto no que se refere ao ensino acadêmico, quanto à assistência prestada à população, diminuindo gradativamente a sua capacidade institucional.

À luz da discussão feita sobre os Hospitais de Ensino, a seguir, com respaldo do Estatuto do Idoso (2003) e dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), iremos abordar a experiência prática experimentada neste COM-HUPES, buscando identificar as desafios e dificuldades encontrados pelos idosos no acesso a política de saúde.

2.3 O QUE A EXPERIÊNCIA REVELA: DESAFIOS, DIFICULDADES E POTENCIALIDADES

A experiência de estágio acadêmico em Serviço Social realizado no COM-HUPES, favoreceu a realização de uma análise da realidade local, através da leitura de instrumentos de trabalho das assistentes sociais, como o livro de registro de internamento e os prontuários dos pacientes, possibilitando traçar o perfil da população idosa atendida na Instituição.

Como limite da pesquisa, é necessário destacar que almejávamos a realização de entrevistas com as assistentes sociais do COM-HUPES, para tanto, precisaríamos submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), processo este que consome um tempo do qual não disfrutávamos. Isto dificultou a realização deste trabalho da maneira como idealizamos previamente, porém, não nos impediu de pensar e encontrar outras maneiras para construí-lo.

Prosseguindo, o perfil da população idosa inserida no COM-HUPES é composto, em sua maioria, por pessoas oriundas de municípios do interior da Bahia, geralmente com baixo ou

nenhum nível de escolaridade, que exercem atividades rurais ou domésticas, portanto, possuem pouco poder aquisitivo, e com variações de raça, sexo, credo e cultura.

Vale salientar que no período de vivência no campo de estágio, ainda não existia a intencionalidade dessa pesquisa, mas já havia uma preocupação com essa parcela da população, haja vista que, o projeto de intervenção realizado, como exigido pelo Estágio Supervisionado, teve suas atenções voltadas para os idosos internados na Instituição.

Ao mergulhar nessa realidade podemos observar que, apesar da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, prever que a atenção à saúde é um direito de todos e dever do Estado, e que deve ser engendrada por meio de políticas sociais e econômicas, na prática, não se realiza a diminuição de doenças, tampouco o acesso universal e igualitário a serviços para sua promoção.

No caso da população idosa, o direito à saúde também está previsto no Estatuto do Idoso. No entanto, o acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente esse grupo populacional, é perpassado por algumas dificuldades que precisam ser superadas.

A observação participante, realizada durante o período de estágio no COM-HUPES, possibilitou identificar algumas questões que, de forma direta ou indireta, interferem na condição de saúde da população idosa e, também, dificultam o acesso a determinados serviços e direitos.

Sustentando nossos argumentos em Grossi e Guilamelon (2006, p.3), autoras que apresentam elementos importantes para nossa discussão, como:

> O idoso brasileiro de hoje não conta e, ao longo da vida, não contou, com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento bem sucedido. Isso se reflete na persistência das doenças infecciosas e na ocorrência de agudização de doenças crônicas ainda não controladas. Com isso, o custo da atenção ao idoso é de alto nível de atenção terciária (número e tempo de internação) e faltam ações específicas na atenção primária à saúde.

Um fator que interfere na saúde do brasileiro, é a falta de uma educação em saúde de caráter preventivo. Geib (2012), aponta que tal fator é decorrente do baixo nível de escolaridade, que impossibilita a adoção de hábitos saudáveis para a melhoria das condições de vida. Geralmente, as pessoas só procuram pelo serviço médico quando estão sentindo alguma coisa, quando os sintomas já se tornaram evidentes, o que implica uma velhice comprometida, pois grande parte dos idosos que chegam ao SUS já se encontram num estágio avançado de adoecimento, de modo que tendem a demandar um período maior de internação, e nem sempre tem a possibilidade de cura.

Nesse sentido, compreendemos que a fragilidade presente na atenção básica, que constitui a porta de entrada do nosso sistema de saúde, acaba provocando uma sobrecarga na média e alta complexidade. A medida em que essas unidades apresentam falhas no desenvolvimento de suas ações, seja pela falta de preparo dos profissionais, ou pela escassez de insumos, como medicamentos e equipamentos, a população idosa, assistida pelo SUS, encontra dificuldades quando acessa a média e alta complexidade em função de seu perfil epidemiológico, marcado pelo predomínio de doenças crônicas, que faz com que os internamentos sejam prolongados e, portanto, mais onerosos aos cofres públicos, tendo por consequência uma diminuição da rotatividade dos leitos.

A dificuldade de acesso ao sistema de saúde é uma realidade, especialmente no que se refere aos serviço mais complexos, basta observar a longa fila de idosos e pessoas no geral, que se encontram no sistema de regulação, que possibilita o acesso à assistência, à espera de vaga para realização de exames, ou até mesmo para internação numa unidade hospitalar, a fim de que possam ser submetidas ao tratamento de saúde que necessitam.

Em relação ao desenvolvimento de programas de atenção à saúde na Instituição, citamos o projeto "EBSERH Solidária"[5], instituído em 2017, com o objetivo de levar atendimento em saúde fora do ambiente hospitalar por meio de ações de prevenção e promoção da saúde. O projeto engloba todos os hospitais universitários federais vinculados à EBSERH e em sua última edição, realizada em dezembro de 2018, o COM-HUPES participou da atividade prestando atendimentos aos idosos do asilo São Lázaro, da cidade de Salvador. Apesar da atividade ser realizada periodicamente, não podemos dizer que se trata de um programa permanente voltado para o atendimento da população idosa, pois a cada edição as ações desenvolvidas são voltadas para um público alvo diferente.

A ausência de programas permanentes voltados para a população idosa em atendimento, constitui um entrave identificado no âmbito do referido Hospital. Apesar de serem desenvolvidas algumas atividades com esse público, elas são de caráter pontual, não tem uma continuidade. Isso se deve também ao fato da Instituição ser um Hospital Escola, ou seja, uma extensão de um estabelecimento de ensino em saúde, que recebe estudantes de diversas áreas.

Esses estudantes frequentam o Hospital por períodos determinados durante o curso e em função de sua participação na realização de estudos e pesquisas, essenciais ao seu processo de

[5] Disponível em: < http://www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba/noticia-aberta/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/3733944/2018-12-mutirao-de-saude-atendera-cerca-de-3-mil-criancas-e-idosos-de-lares-e-abrigos-em-todo-o-pa-1 > Acessado em: 6 de maio de 2019.

formação, desenvolvem diversas atividades com os pacientes que se encerram com o fim da vivência na Instituição, levando a descontinuidades.

A partir da análise do público atendido no COM-HUPES, foi possível identificar outra dificuldade que interfere, profundamente, no acesso a determinados serviços e, consequentemente, na efetivação de direitos, a saber, a carência de informações em relação aos seus direitos, assegurados por lei.

Esta constatação tornou-se objeto da intervenção desenvolvida pela estudante, enquanto um retorno à experiência vivenciada na Instituição, levando a propor como projeto de intervenção, a orientação de idosos para uso de seus direitos.

A proposta de atenção à saúde desenvolvida no COM-HUPES tem centralidade no sujeito em sua integralidade. A partir desse pressuposto e do que foi observado durante todo o período de estágio, tornou-se pertinente a realização de uma ação interventiva voltada para as questões que envolvem o envelhecimento.

Em nossa compreensão, o envelhecimento é um processo contínuo que diz respeito ao próprio desenvolvimento do ser humano, e para que ocorra em boas condições, requer proteção e amparo legal.

Por entender que o desconhecimento dos instrumentos legais que versam sobre a proteção da velhice é um fator preponderante para violação de direitos, o projeto desenvolvido na enfermaria de Clínica Cirúrgica – 4A, do referido Hospital, teve por objetivo promover aos idosos e, consequentemente, a seus acompanhantes, o acesso à informação sobre os direitos da pessoa idosa assegurados legalmente.

A enfermaria supracitada possui uma alta incidência de internação de idosos, com variação de sexo, raça, credo e cultura. Em sua maioria, são pessoas oriundas de municípios do interior da Bahia onde desenvolvem atividades rurais, e com baixa ou nenhuma escolaridade, o que dificulta o acesso à informação sobre a perspectiva de direito que envolve o envelhecimento.

Tomando como base os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, as ações socioeducativas "[..] consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática" (CFESS, 2010, p.54).

Nesse sentido, a ação desenvolvida na enfermaria 4A, contou com a participação de 20 (vinte) idosos. Na oportunidade, foram apresentadas as legislações e programas governamentais que asseguram direitos e proteção social aos idosos, buscando estimulá-los a lutar pela efetivação de seus direitos, a fim de contribuir para melhora da qualidade de vida desses idosos.

Para tanto, com base no Estatuto do Idoso, a estudante desenvolveu um material socioeducativo, a saber, uma cartilha intitulada: “Disseminando saberes: O Envelhecimento numa perspectiva de direito”[6], a fim de dar subsídio as orientações prestadas.

Na avaliação feita pelos participantes do projeto de intervenção, foi pontuada a importância do acesso à informação como forma de evitar a negação de direitos, além de ser ressaltada a importância da cartilha enquanto um instrumento que facilita a compreensão das orientações e que também favorece a disseminação do conhecimento adquirido com outros idosos do seu convívio social.

Diante da triste realidade brasileira, na qual a vivência da velhice ocorre em meio a profundas desigualdades sociais, que interfere diretamente no modo de adoecer e de tratar dos indivíduos, em que a saúde, dentro de uma lógica privatista, é entendida como uma mercadoria, ressaltamos a relevância da experiência realizada no COM-HUPES, enquanto uma estratégia de atenção à saúde do idoso. A considerar que a aproximação com a população idosa atendida no Hospital possibilitou uma maior compreensão acerca das dificuldades que eles encontram no acesso ao sistema público de saúde, haja vista que em nossa sociedade a velhice é perpassada pela pobreza, portanto, por não disporem de recursos financeiros, não conseguem acessar os serviços de saúde pela via privada, tendo como única opção o SUS.

Tal situação nos despertou para a necessidade de investigar se o trabalho do assistente social no COM-HUPES contribui para efetivação do direito do idoso à saúde.

[6] Para uma melhor compreensão da cartilha, ver apêndice A.

CAPÍTULO 3 – O DIREITO DE IDOSOS NA RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL NO COM-HUPES

Neste capítulo buscamos compreender a contribuição do trabalho de assistentes sociais e as estratégias construídas com vistas à garantia do direito dos idosos. Para tal, localizamos o Serviço Social na histórica constituição do direito à saúde, com destaque para a saúde do idoso numa estrutura de Hospital de Ensino.

3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

No Brasil, especialmente na década de 1980, a adoção do modelo de atenção à saúde desenvolvido pelo movimento sanitarista, fundamentado numa concepção ampliada de saúde, que passa a incorporar também a dimensão social, exigiu, por parte do Estado, uma proteção social em saúde. Aquele cenário possibilitou que o Serviço Social se integrasse ao quadro de profissões da área da saúde, contribuindo para uma expansão do espaço sócio ocupacional dos assistentes sociais.

A implementação do SUS, institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 1990, pela LOS, nº 8.080, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, proporcionou uma maior visibilidade para a atuação do assistente social no campo da saúde, requerendo uma ressignificação das ações profissionais, a partir do modelo instituído pela reforma sanitária.

Com exatos 30 anos de existência, completados em 2018, o SUS representa um significativo avanço para a sociedade brasileira em termos de melhoria na qualidade de vida da população. No entanto, o atual contexto, marcado pelo predomínio do receituário neoliberal nas esferas política e econômica do Estado, tem feito com que o SUS enfrente inúmeros desafios no desenvolvimento de suas ações e serviços, colocando em risco a sua viabilidade e o impedindo de assegurar uma saúde pública de qualidade para todos.

Para Teixeira (2008, p. 182-183):

> Considerando as orientações neoliberais, essas ações tendem a induzir um processo de desresponsabilização do Estado perante às refrações da questão social através da adoção de estratégias de descentralização, que têm significado repasse de responsabilidades do governo federal para as esferas estaduais e municipais, assim como da prestação de serviços para organizações não governamentais.

A adoção de políticas de ajuste neoliberal, de ordem restritiva, tem resultado em tentativas concretas de diminuição nos gastos com a saúde, de modo que o Estado se torna

máximo ao capital e mínimo às políticas sociais, seguindo tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social.

A implementação dessas medidas restritivas de gasto público impacta diretamente o desenvolvimento e funcionamento do sistema de saúde, haja vista que imprimem em suas ações um caráter focalizado e seletivo, em detrimento da perspectiva universalizante, prevista legalmente. Isso faz com que os programas e serviços sociais percam a qualidade de direito e entrem na lógica de direito do consumidor, tendo suas ações transferidas para o terceiro setor.

Diante desse cenário, Matos, 2003; Bravo; Matos, 2004 (*apud* CFESS, 2010, p.29-30), colocam:

> Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

Nesse sentido, o trabalho profissional desenvolvido pelos assistentes sociais na área da saúde busca tensionar a política social vigente, conduzindo-a aos ideais sustentados, tanto pelo movimento de reforma sanitária, quanto pelo projeto ético-político do Serviço Social.

O projeto ético-político da profissão materializa-se no Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993), na Lei, nº 8.662/93, de Regulamentação da Profissão de Serviço Social, bem como nas Diretrizes Curriculares para a formação Profissional em Serviço Social, proposta em 1996, pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que estabelece a formação de um perfil profissional com:

> [...] capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-critica do processo histórico como totalidade. Considerando a apreensão das particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social na realidade brasileira. Além da percepção das demandas e da compreensão do significado social da profissão; e o desvelamento das possibilidades de ações contidas na realidade e no exercício profissional que cumpram as competências e atribuições legais (ABEPSS, 2014, p. 02-03).

O Código de Ética Profissional dos assistentes sociais, tem por princípios fundamentais, o reconhecimento da liberdade como um valor ético central, desse modo, o trabalho profissional desenvolvido é voltado para promoção da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, assim como, para defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo. Esse documento (BRASIL, 2012, p.23-24) reconhece, também, a necessidade de:

> Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos da classe trabalhadora; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da

> participação política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; entre outros.

O que se conclui sobre o Código é que os profissionais de Serviço Social estão eticamente comprometidos com a construção de outra ordem societária, com igualdade e justiça, portanto, sem dominação, sem distinção de classes sociais, sem guerras, sem violência e sem discriminação de qualquer espécie: gênero, raça, religião, idade, entre outras.

É importante ressaltar que a formação do profissional de Serviço Social é generalista, ou seja, não tem uma especificidade, o que faz com que o profissional possa se inserir em diversos espaços sócio ocupacionais, inclusive na área da saúde, atuando frente às demandas que se apresentam cotidianamente, fruto da relação capital *versus* trabalho.

Os assistentes sociais atuam com competência nas diferentes expressões da questão social que, de acordo com Iamamoto e Carvalho (2006, p.77), diz respeito às:

> [...] expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão.

Portanto, a questão social representa um embate de classes, um conjunto de expressões oriundas das desigualdades geradas pela relação capital *versus* trabalho, que impactam nocivamente sobre as condições de vida da classe trabalhadora, de modo que, exige dos profissionais de Serviço Social algumas competências gerais, que são caracterizadas pela ABEPSS, 1996 (*apud* CFESS, 2010, p.35): a saber:

> • apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
> • análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
> • compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
> • identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

Somente com o desenvolvimento dessas competências gerais, essenciais à apreensão da realidade na qual se insere sua intervenção, que o assistente social consegue dar respostas mais efetivas às necessidades sociais da população.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, publicado em 2010, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), as competências e atribuições dos profissionais de Serviço Social, tanto na área da saúde quanto em qualquer outro espaço sócio ocupacional, devem ser orientadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão, cujo conteúdo deve ser respeitado pelos profissionais e pelas instituições empregadoras.

Salientamos que, competência profissional diz respeito às habilidades e capacidades desenvolvidas por um profissional de Serviço Social, mas que não são exclusividade de sua profissão. Por outro lado, atribuição profissional refere-se às atividades privativas de uma categoria profissional, ou seja, ao exercício de algo que lhe é próprio e que está diretamente ligado à identidade que a profissão possui.

O documento dos Parâmetros (CFESS, 2010, p.41), aponta que a atuação dos assistentes sociais no campo da saúde se dá em quatro grandes eixos: "atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional", que não podem ser compreendidos de forma segmentada, e sim, articulados dentro de uma concepção de totalidade.

Esses quatro eixos dizem respeito a um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social, nos diversos espaços de atuação na área da saúde, "[...] ressaltando a capacidade propositiva dos profissionais, com ênfase na investigação da realidade, nas ações socioeducativas, nas demandas reais e potenciais, na participação social [...]" (CFESS, 2010, p.65), de modo a contribuir para efetivação do direito à saúde. Para tanto, os assistentes sociais desenvolvem ações voltadas para o estímulo da participação social nas lutas em defesa da garantia de direitos; para o fortalecimento da gestão democrática e participativa em favor dos usuários e trabalhadores de saúde; bem como para o aprimoramento profissional, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Nesse sentido, buscamos demonstrar como se dá, na prática, a atuação do assistente social na política de saúde, lançando um olhar sobre o trabalho desenvolvido no COM-HUPES, que, conforme expresso na LOS, nº 8080/90, em se tratando de um Hospital de Ensino que integra à rede de atenção à saúde por meio do SUS, desempenha uma importante função na oferta de serviços de alta complexidade.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO COM-HUPES

O Serviço Social do COM-HUPES conta com um quadro de funcionários composto por

14 assistentes sociais e 02 técnicas administrativas, todas do sexo feminino[7]. Tal composição corresponde ao perfil da categoria profissional, visto que esta é composta, majoritariamente, por mulheres.

Sendo assim, "as" assistentes sociais inseridas no COM-HUPES, tendo em vista a efetivação dos direitos dos usuários atendidos na Instituição, norteiam suas atividades com base nos princípios dispostos no Código de Ética da profissão e nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Haja vista que estes documentos trazem "orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde" (CFESS, 2010, p.11-12).

Desse modo, o Serviço Social estrutura suas rotinas considerando a análise das demandas dos pacientes, dos familiares e da própria Instituição, estando presente nas especialidades clínicas e cirúrgicas. Cada enfermaria tem uma assistente social de referência, e no setor de Serviço Social, a cada turno, tem uma assistente social de plantão que atende tanto às demandas internas quanto as externas. Vale ressaltar que todas as assistentes sociais que integram a equipe do Serviço Social do COM-HUPES passam por um processo de treinamento e com o passar dos anos são submetidas a cursos de capacitação profissional.

O trabalho do Serviço Social no campo de saúde caracteriza-se também como um processo educativo, que visa despertar no usuário a sua consciência crítica e autonomia, incentivando a busca de alternativas para solucionar o problema apresentado, num exercício de cidadania.

Para tanto, Vasconcelos, 1993 (*apud* CFESS, 2010, p. 55), propõe utilizar:

> [..] a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, consequentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico.

Nessa perspectiva, as assistentes sociais atuam nas múltiplas expressões da questão social, levando em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais dos pacientes e de seus familiares, quando necessário, que se manifestam durante o internamento e que interferem diretamente no processo saúde *versus* doença. Entretanto, nem sempre o período que compreende o internamento do usuário é suficiente para dar conta das problemáticas que se

[7] A obtenção desses dados, se deu a partir da inserção da estudante na Instituição, em virtude da realização de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, pela UFBA, no período 2017-18.

apresentam. Nestes casos, torna-se fundamental contar com uma rede sócio assistencial que dê continuidade ao atendimento.

Diante da necessidade de compreender e analisar os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde *versus* doença do paciente, o Serviço Social possui meios de trabalho que viabilizam a efetivação de políticas públicas integradas ao tripé da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência). Esses meios de trabalho são constituídos pelos instrumentos utilizados, sejam humanos, materiais, financeiros, capital intelectual, entre outros.

Nesse sentido, as mediações necessárias são realizadas a partir de instrumentos que auxiliam o fazer profissional e que possibilitam às assistentes sociais intervir criticamente na realidade dos sujeitos, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e contribuir para sua recuperação.

Tendo em vista atender aos usuários do serviço em sua integralidade, as assistentes sociais fazem uso de instrumentos de trabalho fundamentais para a viabilização de direitos, exigindo das profissionais uma articulação com a rede de serviços disponíveis. Entre esses instrumentos, destaca-se: a Entrevista Social; a Evolução Social; a Emissão de Laudo e Parecer Social; e os Encaminhamentos para Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio Doença, Tratamento Fora do Município (TFD) e Passe Livre, entre outros. É por meio desses instrumentos, utilizados no cotidiano profissional que o Serviço Social se efetiva como uma profissão de caráter sociopolítico, crítica e interventiva, que estimula a participação do usuário em seu tratamento de saúde, tendo em vista torná-lo protagonista desse processo. Além de contribuir para a criação de mecanismos que venham a desburocratizar as relações com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar a qualidade da assistência prestada.

O Serviço Social também desenvolve algumas atividades acadêmicas e científicas, a exemplo, a própria Supervisão de Estágio para estudantes da UFBA, Residência Multiprofissional, Seminários Interdisciplinares, Discussões técnicas e científicas, entre outras. Ademais, participam semanalmente das reuniões multiprofissional que ocorrem nas diversas enfermarias, onde são discutidos o quadro clínico dos pacientes internados.

Especialmente, para fins de nossa análise, escolhemos analisar o trabalho das assistentes sociais voltado para atenção à saúde do idoso.

3.3 O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS VOLTADO PARA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

No que se refere à atenção à saúde da pessoa idosa, para realização do trabalho profissional, as assistentes sociais utilizam como base legal para a sua intervenção o conhecimento de um conjunto de leis que respaldam a defesa do acesso a serviços que contribuam para uma melhor qualidade de vida e que constituem direitos dos usuários. Dentre essas leis que são utilizadas no cotidiano profissional, destaca-se a lei nº 10.741 de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, instrumento muito utilizado pelas assistentes sociais do COM-HUPES, tendo em vista fortalecer e assegurar os direitos da população idosa ali inserida.

Mioto e Nogueira (2009, p.228) apontam que a integralidade, a universalidade e a participação social constituem dispositivos operacionais que sedimentam as ações profissionais em torno da atenção à saúde, e, portanto:

> Servem para sustentar os eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio-ocupacionais relativos à atenção à saúde. Espaços em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, exigindo a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento.

O que significa dizer que esses três dispositivos operacionais servem de instrumento para as profissionais do Serviço Social, no que se refere ao desenvolvimento de ações intersetoriais, ou seja, em conjunto com outras categorias profissionais, essenciais à efetivação do direito à saúde.

Assim, ao reportar sobre o direito à saúde, faz-se necessário evidenciar seu conceito numa visão mais ampla, não somente como a ausência de doenças, mas, também, englobando questões que se referem à qualidade de vida.

Nesta perspectiva, a atenção à saúde da população idosa, objeto de nosso estudo, deve ser articulada de forma intersetorial, na qual o profissional de saúde desenvolve um novo olhar, não mais focado na doença, mas no indivíduo que passa a ser entendido como sujeito e não apenas como objeto de intervenção. Para Grossi e Guilamelon (2006, p.5)

> A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Ela corresponde a uma nova forma de governar, de trabalhar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Portanto, a intersetorialidade diz respeito a um tipo de trabalho desenvolvido a partir da articulação entre conhecimentos e setores sociais diversos, que tem por objetivo o enfrentamento e a superação de problemas sociais. Nesta perspectiva, o entendimento de que nenhuma esfera da sociedade consegue solucionar isoladamente todas as demandas que lhe

aparecem, contribui para o fortalecimento desse trabalho coletivo que preza pela integração entre saberes e práticas.

Assim, as assistentes sociais do COM-HUPES também estão inseridas em equipes multiprofissionais, compostas por psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, odontólogo, enfermeiro e médico, desenvolvendo ações que contribuem para a promoção e recuperação da saúde da pessoa idosa, e dos demais usuários do serviço, em sua integralidade, isto é, ultrapassando o aspecto puramente biomédico.

O trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais com a população idosa atendida na Instituição corresponde ao perfil desse público em questão, em sua maioria idosos com pouco poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade e compreensão, que residem em municípios do interior do estado da Bahia e que, por vezes, não contam com nenhum apoio na capital, além do suporte dado pelo próprio Hospital. É muito comum que grande parte desses idosos não tenham informações sobre os seus direitos, estando assim desprovidos da possibilidade de usufruir plenamente de sua cidadania, haja vista que o direito à informação é um requisito básico para afirmação da cidadania. Eles chegam ao hospital com diversas patologias, que muitas vezes os incapacitam para o retorno imediato à vida cotidiana, exigindo cuidados especiais e amparo do Estado.

É a partir do conhecimento dessa realidade que as profissionais planejam e organizam suas atividades como uma estratégia de fortalecimento do direito da pessoa idosa à saúde. No cotidiano profissional elas utilizam o acolhimento e a escuta qualificada como uma forma de conhecer melhor o contexto de vida do idoso, obtendo informações sobre a composição familiar, rede de apoio, condições de moradia, renda, entre outros aspectos, que possibilitam à assistente social referenciá-lo, quando necessário, à rede sócio assistencial disponível, que diz respeito à articulação de setores que permitem a viabilização de direitos sociais.

Essa aproximação com a realidade favorece o estabelecimento de vínculo entre as profissionais e a pessoa idosa, possibilitando que as vulnerabilidades sejam trabalhadas, especialmente, àquelas relacionadas à questão social: dificuldades econômicas, fragilidade de suporte e apoio social, preconceito, discriminação, entre outras.

A Constituição Federal de 1988, no capítulo VII, artigo 230, dispõe sobre as instituições responsáveis pela preservação da integridade física e moral dos idosos, e em seu texto, a família vem em primeiro lugar: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988, p.127). Assim também está no Estatuto do Idoso, artigo 3:

> 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 (BRASIL, 2007, p.8)

Diante do exposto, observa-se nessas legislações uma tendência de colocar a centralidade do cuidado da pessoa idosa na família, o que revela "uma nova cultura que visa reduzir as demandas do Estado e remetê-las ou dividi-las com a família, comunidade e sociedade" (TEIXEIRA, 2008, p.187), configurando um repasse de responsabilidades sociais.

Na maioria dos casos, ainda que prevista legalmente, as condições de vida das famílias brasileiras impõem algumas dificuldades em relação a assistência que deve ser prestada aos idosos. Segundo Teixeira (2008, p.300), em famílias empobrecidas esta situação é "[...] agravada com o desemprego estrutural, com a precarização do trabalho, dentre outras vicissitudes sociais, que impedem os familiares de prover cuidados [...]".

A exemplo, dentre as dificuldades, destacamos a nova configuração das famílias modernas, caracterizada por um número reduzido de integrantes, em que, geralmente, todos exercem alguma atividade laborativa. Essa nova formação familiar, também é expressa pelo crescimento do acesso ao mercado de trabalho por parte das mulheres, a quem culturalmente é delegado o papel do cuidado. Desse modo, essa nova configuração representa um obstáculo para a atenção à saúde da pessoa idosa, pois, impacta na organização das famílias, no que se refere à presença no processo saúde *versus* doença do idoso.

Apesar de compreender a importância da presença da família na recuperação da saúde do idoso, não podemos romantizar a velhice. As pessoas tendem a envelhecer como sempre foram na vida, ou seja, se ao longo da vida se comportaram de maneira a afastar os outros de si, dificilmente na velhice isso irá mudar. Nem todas as pessoas se tornam melhores ao envelhecer, geralmente elas carregam consigo o resultado do que construíram a vida inteira, seja no plano das relações estabelecidas com outros indivíduos, ou no plano da saúde, em relação ao preparo para a velhice, que deve ser realizado ainda durante a juventude.

Logo, não se pode fazer um juízo moral nos casos em que a família não vê no idoso uma referência, seja de pai, esposo ou avô. E, com base em princípios religiosos presentes em nossa sociedade, participa do cuidado desse idoso apenas enquanto uma questão de responsabilidade moral, sem que necessariamente se estabeleça uma relação de afeto.

Nesses casos, as assistentes sociais desempenham um importante papel, que diz respeito ao fortalecimento dos vínculos entre os idosos e seus familiares, tendo em vista minimizar as tensões que surgem durante o processo de internamento, a fim de assegurar à pessoa

envelhecida melhores condições nessa etapa final da vida. No entanto, sempre respeitando os limites de sua atuação.

Ainda com base nos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, as profissionais desenvolvem algumas ações socioeducativas com a população idosa, objetivando "[...] enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas" (CFESS, 2010, p.55), com destaque para as seguintes atividades: sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, e rotina institucional; elaborar e divulgar material socioeducativo (cartazes, panfletos e cartilhas) que facilite o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; e mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados.

Para tanto, as assistentes sociais realizam pesquisas e projetos que favorecem o conhecimento do modo de vida e de trabalho dos segmentos populacionais atendidos pela Instituição. Esse conhecimento é pré-requisito para impulsionar o desenvolvimento de uma consciência crítica nos usuários, tendo em vista contribuir para o processo de mobilização e organização social.

A atuação dessas profissionais no processo de mobilização popular e nas instâncias de participação e controle social da política de saúde consiste no trabalho de organização e capacitação dos usuários para exercer pressão sobre o poder público de maneira qualificada, com consciência de seus direitos e sabendo a quem reclamá-los. Nesse sentido, os idosos e seus familiares são estimulados à participação social, através da utilização de canais de comunicação que possibilitam o exercício do controle social, a saber, a ouvidoria do próprio Hospital e a ouvidoria do SUS, que constituem espaços de comunicação entre usuários e instituição, onde podem ser feitas reclamações, denúncias, sugestões e elogios, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados; a Defensoria Pública e o Ministério Público, entendidos enquanto meio para assegurar direitos sociais.

Diante do que foi exposto neste trabalho, observamos que a concepção de velhice adotada pelas profissionais de serviço social do COM-HUPES está pautada na valorização da pessoa idosa por meio do reconhecimento de sua importante contribuição para a existência do mundo, tal como nós o conhecemos, de modo que exige, das novas gerações, respeito por essa fase da vida que é repleta de valores e significados próprios.

Portanto, tomando como referência a contribuição das assistentes sociais na defesa das políticas públicas de saúde; na garantia dos direitos sociais, especialmente no que se refere aos

direitos da população idosa, objeto de nosso estudo; no estímulo a participação social; bem como no fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social no Brasil, podemos dizer que seu trabalho constitui uma estratégia de fortalecimento e garantia de direitos aos idosos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo, podemos tecer dois níveis de crítica acerca do envelhecimento no Brasil. Primeiro, no plano individual, onde identificamos nas pessoas uma falta de preocupação e de planejamento para essa etapa final da vida, em virtude da falsa sensação de eterna juventude. Segundo, no plano da coletividade, ou seja, do sistema em geral, pois vivemos num país que não está preparado para cuidar de seus velhos e que não avançou no sentido de entender que o envelhecimento é uma responsabilidade de todos, visto que diz respeito a uma condição inerente a vida humana. Desse modo, torna-se necessário pensá-lo a partir de políticas públicas, gerais, que contribuam para que ele ocorra em meio a boas condições de saúde.

Salientamos o despreparo da sociedade brasileira em relação a velhice, pois, apesar de ter dado conta de algumas questões, a exemplo, pensar dentro das políticas sociais algumas ações voltadas para idosos e criar alguns instrumentos normativos, como é o caso do Estatuto do Idoso, efetivamente, não podemos dizer que se trata de uma sociedade que sabe lidar com seus velhos.

Em relação a atenção à saúde, a maioria dos serviços voltados para população idosa são ofertados pelo sistema privado, cujo acesso é condicionado ao poder aquisitivo, o que faz com que grande parte desses idosos tenham como única opção recorrer ao sistema público que, por sua vez tem pouquíssimos serviços específicos para essa população.

Essa configuração se deve ao fato de, historicamente, a sociedade brasileira ter sido influenciada por uma cultura do jovem, o que impacta profundamente toda sua estrutura, seja do ponto de vista do próprio indivíduo, que passa a ser responsabilizado pelas condições em que envelhece; das famílias, sobre as quais recai o papel do cuidado com seus idosos; e também, do Estado que, com o predomínio dos ideais neoliberais que preza pela redução dos gastos públicos, tem respondido às necessidades desse segmento populacional, a partir do desenvolvimento de políticas sociais de caráter focalizado e seletivo, que utilizam como critério para proteção social, a escolha do mais pobre entre os pobres.

Ao analisar as políticas públicas desenvolvidas para este segmento populacional, notamos em seu conteúdo a presença de um discurso favorável ao idoso. No entanto, tal discurso não é compatível com a realidade da maioria dos idosos brasileiros, pois, historicamente, em nossa sociedade o envelhecimento tem sido perpassado pelo acirramento da pobreza.

Diante dessa realidade, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741/2003, se revela como um instrumento valorativo da pessoa idosa, haja vista que em seu conteúdo estão assegurados direitos sociais que preservam a dignidade humana. E, no que se refere a atenção à saúde, podemos dizer que o Estatuto constitui um dispositivo que favorece o acesso dos idosos aos serviços de saúde. No entanto, o acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente esse grupo populacional, é perpassado por algumas dificuldades que precisam ser superadas.

Do ponto de vista das ações práticas, a vivência no COM-HUPES, favoreceu a realização de uma análise da realidade local, ressaltando o relevante papel desempenhado pelos Hospitais de Ensino na assistência à saúde da população, por meio da realização de procedimentos de alta complexidade, referência para o SUS. Também possibilitou identificar que os principais desafios e dificuldades encontrados pelos idosos no acesso à política de saúde estão associados a: falta de uma educação em saúde de caráter preventivo, que implica uma velhice comprometida; fragilidade presente na atenção básica, que acaba provocando uma sobrecarga na média e alta complexidade, tendo por consequência uma diminuição da rotatividade dos leitos; insuficiência dos leitos diante da demanda que se apresenta à Instituição; ausência de programas permanentes voltados para a população idosa em atendimento; com destaque, a carência de informações em relação aos seus direitos assegurados por lei, que constitui um fator preponderante para que estes sejam violados.

A experiência também revelou a inegável importância do trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais, junto à população idosa atendida na referida Instituição, pois, ao imprimirem um caráter reflexivo, propositivo e criativo ao seu trabalho, as profissionais contribuem para efetivação do direito do idoso à saúde, caminhando para consolidação do SUS.

Este estudo apontou a fragilidade da política de saúde, expressa pela dificuldade de efetivação do SUS, bem como demonstrou que a população idosa brasileira, no que diz respeito à legislação, encontra-se bem amparada. No entanto, do ponto de vista da prática, a vivência da velhice é marcada por profundas desigualdades sociais, que interfere diretamente no modo de adoecer e de tratar dos indivíduos. Pois, apesar de todos os avanços em termos de proteção social aos idosos trazidos pelo Estatuto, como a gratuidade e reserva de assentos em coletivos, filas preferenciais, meia entrada em atividades culturais, entre outras coisas que não existiam em outros tempos, no sentido do cuidado, quando o envelhecimento vem acompanhado de doença, os avanços não são significativos, principalmente quando pensamos isso em relação aos idosos da classe trabalhadora, sobre quem recai a problemática do envelhecimento.

Diante do que foi exposto, compreendemos que a velhice não pode ser encarada apenas como a fase final da vida. Ao contrário, deve ser percebida como uma nova oportunidade de recomeço que possui aspectos e valores próprios, na qual, diversos fatores podem interferir positiva ou negativamente no bem-estar do idoso. Assim, finalizamos o trabalho com a pretensão de que este estudo possa fomentar as reflexões acerca desse segmento populacional que é cotidianamente invisibilizado e que, muitas vezes, tem seus direitos, ainda que garantidos por lei, negligenciados.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social.** Rio de Janeiro, novembro de 1996.

ABEPSS. Projeto ABEPSS Itinerante. **Estágio Supervisionado em Serviço Social:** desfazendo nós e construindo alternativas. mimeo, 2014.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. -10ª ed. rev. e atual. - [Brasília]: **Conselho Federal de Serviço Social**, 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 03.12.2018.

_____. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília, mai. 2004.

_____. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010.** Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, jan. 2010.

_____. **Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013.** Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Brasília, set. 2013.

_____. **Decreto nº 8.587, de 11 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre a execução do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF e altera o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Brasília, dez. 2015.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741/2003 – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 70 p. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-1059-X

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1983, Legislação Suplementar. 2. ed. Brasília: MPAS, SEAS, ago. 2001.

_____. **Lei Orgânica da Saúde.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, set. 1990.

_____. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, abr. 2002.

_____. **Lei nº 11.737, de 14 de julho de 2008.** Altera o art. 13 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso, para atribuir aos Defensores Públicos o poder de referendar transações relativas a alimentos. Brasília, jul. 2008.

_____. **Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010.** Institui o Fundo Nacional do Idoso. Brasília, jan. 2010.

_____. **Lei nº 12.418, de 9 de junho de 2011.** Altera o inciso I do caput do art. 38 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, para reservar aos idosos pelo menos 3% (três por cento) das unidades residenciais em programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos. Brasília, jun. 2011.

_____. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, jul. 2011.

_____. **Lei nº 12.896, de 18 de dezembro de 2013**. Acrescenta os §§ 5º e 6º ao art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, vedando a exigência de comparecimento do idoso enfermo aos órgãos públicos e assegurando-lhe o atendimento domiciliar para obtenção de laudo de saúde. Brasília, dez. 2013.

_____. **Lei nº 12.899, de 18 dezembro de 2013.** Altera o art. 42 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro 2003, que institui o Estatuto do Idoso, para dispor sobre a prioridade e a segurança do idoso nos procedimentos de embarque e desembarque nos veículos de transporte coletivo. Brasília, dez. 2013.

_____. **Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera** os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, out. 2017.

_____. **Lei nº 13.535, de 15 de dezembro de 2017.** Altera o art. 25 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), para garantir aos idosos a oferta de cursos e programas de extensão pelas instituições de educação superior. Brasília, dez. 2018.

_____. **Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, n 237E, Brasília, 13 de dezembro de 1999.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.213, de 20 de dezembro de 2007.** Institui Comitê para políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa. Brasília, dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui** a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 937, de 7 de abril de 2017.** Altera a Portaria nº 111/GM/MS, de 28 de janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), para ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência. Brasília, abr. 2017.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Área Técnica Saúde do Idoso – Brasília, 2010. 44 p. ISBN 978-85-334-1620-8.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: MPA/SAS, 2000.

BARATA, L. R. B.; BITTAR, O. J. N.; MENDES, J. D. V. **Hospitais de ensino e o sistema único de saúde.** RAS. Vol. 12, n.46 – jan.-mar. 2010.

BORGES, M. E. S. **A velhice:** um tema em perspectiva. Salvador, 12 p. mimeo, s/d.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Brasília, mai. 2004.

DEBERT, G. G. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista USP**, São Paulo, n.42, p. 70-83, junho/agosto 1999.

DRAGO, L. M. B; ET AL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. São Paulo: **Rev. Escola de Enferm. USP**, 2012, p. 1494-1502. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp> Acesso em: 14/11/2011.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência e saúde coletiva [online].** n. 1, vol. 17, 2012, p. 123-133. ISSN 1678-4561. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015> Acesso em: 08/10/2018.

GROSSI, P. K.; GUILAMELON, L. F. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 6, ano V, dez. 2006.

HADDAD, E. G. de M. **A ideologia da velhice.** São Paulo: Cortez, 1986.

_____. Notas sobre a história dos direitos da velhice no Brasil. **Prisma Jurídico**, núm. 2, 2003, pp. 107-118. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93420007> ISSN 167-4760. Acesso em: 07/11/2018.

_____. **O direito à velhice:** os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez, 1993.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica - 19. ed. - São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 2006.

MARQUES, C. P. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. Brasília: Tempus. **Actas de saúde coletiva**, mar. 2014, p. 65-70 - ISSN 1982-8829.

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med.** Brasil, 2001, 47(2): 149-56.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MOTTA, A. B. da. A juvenalização atual das idades. **Caderno Espaço Feminino** - Uberlândia-MG - v. 25, n. 2 - Jul./Dez. 2012 – ISSN online 1981-3082.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento na Agenda Pública Brasileira. In: **Revista Políticas Públicas**, v.7, n.1, p. 113-136, jan./jun. 2003.

_____, **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

APÊNDICE A – Cartilha

A presente cartilha consiste num material socioeducativo que tem por objetivo subsidiar a execução do Projeto de Intervenção desenvolvido durante o Estágio Supervisionado do Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia, realizado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES).

Elaborado por:

Jailda Maria Lima Borges - Graduanda em Serviço Social

Orientação:

Calliane Milena Santos dos Reis - Supervisora de Campo

Joyce Souza Lopes - Supervisora Acadêmica

Editado por:

Renilton Ferreira da Silva - Artista Visual

Salvador-BA

2018

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento é uma condição inerente à vida que constitui um direito personalíssimo do ser humano, isto é, um direito relativo à pessoa de modo intransferível e inalienável, e a sua proteção é um direito social, que deve ser assegurado pelo Estado, pela sociedade, pela comunidade e pela família.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial que apesar de representar uma conquista para a humanidade, tem gerado profundos impactos em todas as suas esferas.

Nesse sentido, tendo em vista a garantia de direitos sociais e a proteção aos idosos, foram criadas uma série de legislações e programas governamentais que asseguram tais condições, entre elas está o Estatuto do Idoso, aprovado pela Lei Federal 10.741/2003.

Este instrumento legal aborda diversos aspectos da vida do idoso, e em seu processo de elaboração contou com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas.

APRESE

QUEM É CONSIDERADO IDOSO?

De acordo com o Estatuto do Idoso, toda pessoa que possua idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos é considerada idosa. A partir dessa idade, a pessoa passa a ter mais direitos garantidos legalmente. Contudo, alguns desses direitos são assegurados somente a partir dos 65 (sessenta e cinco) anos, conforme legislação local vigente.

SÃO DIREITOS DA PESSOA IDOSA:

A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano. Além disso, tem direito à proteção integral de que trata o Estatuto do Idoso.

QUEM É

DOS DIREITOS:

- ***Direito à vida*** - É obrigação do Estado, garantir proteção à vida da pessoa idosa por meio da implementação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável.
- ***Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade*** - Se refere ao direito de ir e vir, de expressar sua opinião e crença, de participar da vida familiar, e de ter integridade física, psíquica e moral.
- ***Direito à alimentação*** - Se o idoso não possuir condições financeiras de prover o seu sustento ele pode pedir pensão alimentícia aos seus familiares, cônjuge ou companheiro(a), caso estes também não possuam condições financeiras, cabe ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social, mediante concessão do Benefício de Prestação Continuada - BPC.
- ***Direito à saúde*** - É assegurada atenção integral (prevenção, promoção, proteção e recuperação) à saúde do idoso por meio do Sistema Único de Saúde – SUS que oferece, de maneira gratuita, consultas, exames, internações, atendimento domiciliar, medicamentos, próteses e órteses e outros recursos referentes ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

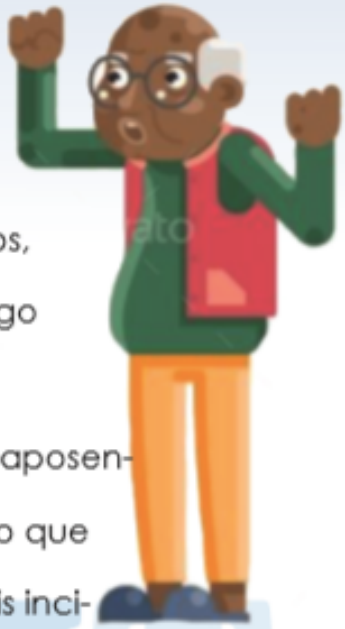
A pessoa idosa internada ou em observação tem direito a acompanhante em tempo integral. Em situações onde não é possível a

permanência do acompanhante, o profissional de saúde deve justificar o impedimento por escrito.

▪ **Direito à educação, cultura, esporte e lazer** - O acesso à educação será oportunizado ao idoso pelo Poder Público, por meio da adequação de currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

É assegurado o desconto de no mínimo 50% na compra de ingressos, mediante apresentação de documento oficial com foto, bem como acesso preferencial ao local do evento.

▪ **Direito à profissionalização e ao trabalho** - O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas, sendo vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo exigir.



▪ **Direito à previdência social** - Os benefícios de aposentadoria e pensão respeitarão critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição.

• **Direito à assistência social** - É assegurado, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas, o Benefício de Prestação Continuada no valor mensal de 1 (um) salário mínimo, aos idosos, a partir de 65 anos, que não possuam condições econômicas de prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família.

Observação: Para solicitar o BPC, é preciso ligar de um telefone fixo para o instituto Nacional de Seguro Social – INSS, pelo telefone 135 (cento e trinta e cinco), para agendar o atendimento.

• **Direito à habitação** - O idoso tem direito à moradia digna, seja no seio da família, desacompanhado, se for sua preferência, ou em instituição pública ou privada de longa permanência para idosos.

• **Direito ao transporte** - Aos idosos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos é assegurado a gratuidade nos transportes coletivos públicos municipais, mediante apresentação de documento pessoal que prove sua idade, bem como a reserva de 10% (dez por cento) dos assentos. No transporte coletivo interestadual, os que possuem renda máxima de 2 salários mínimos, são reservadas duas vagas gratuitas por veículo e desconto de 50% (cinquenta por cento) nas vagas remanescentes. É assegurado a pessoa idosa a reserva de 5% (cinco por cento) das vagas em estacionamentos públicos e privados.

DAS PRIORIDADES:

- **Prioridade de atendimento** - Ao idoso é garantido o atendimento preferencial em estabelecimentos públicos e privados prestadores de serviços à população como hospitais, bancos, etc;
- **Prioridade para idosos octagenários** - Idosos maiores 80 anos têm prioridade à frente dos demais idosos, nas filas preferenciais em estabelecimentos, e nos processos judiciais;
- **Prioridade na tramitação de processos judiciais e procedimentos administrativos** - A prioridade não cessa com a morte do idoso interessado, estende-se ao companheiro ou cônjuge do falecido;
- **Prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda;**
- **Prioridade no embarque e desembarque no transporte coletivo;**
- **Prioridade na formulação e na execução de políticas públicas, assim como na destinação privilegiada de recursos para os serviços de proteção à pessoa idosa;**
- **Prioridade na aquisição de imóvel de moradia própria nos programas habitacionais subsidiados com recursos públicos.**

PRIORI

IMPORTANTE:

Conforme o Estatuto do Idoso, em seu Art. 4º:

Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Em caso de suspeita ou confirmação das situações citadas acima, qualquer pessoa pode realizar a denúncia na Delegacia de Polícia, na Defensoria Pública, no Ministério Público e nos Conselhos do Idoso.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741/2003. Brasília: Senado Federal, 2004.

BAHIA. Cartilha da Pessoa Idosa – Sempre é tempo de aprender!. Salvador: Defensoria Pública do Estado da Bahia, 2016. 42pp.: Il. Color

IMPORT

ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS:

Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso - CREASI

Av. ACM, s/nº, Iguatemi, CAS - Centro de Atenção à Saúde Prof. Dr. José Maria de Magalhães Netto, Salvador - BA

Telefone: (71) 3270-5719

Conselho Estadual do Idoso

Quarta Avenida, 400 – Plataforma VI, Centro Administrativo da Bahia, Salvador - BA, CEP 41750-300

Telefone: (71) 3115-8350

Conselho Municipal do Idoso – CMI

Edf. Maçônico, início R. Carlos Gomes, 2º andar, Centro, Salvador - BA, CEP 40060-330

Telefone: (71) 3328-2578

Defensoria Pública do Estado da Bahia

Rua Arquimedes Gonçalves, nº 271, Jardim Baiano, Salvador - BA, CEP 40050-300

Funcionamento de segunda a sexta-feira, das 6h às 17h.

Telefone: (71) 3103-3650 / 3675

129 (Disque Defensoria)

Disque Direitos Humanos

Serviço telefônico de recebimento, montoramento e encaminhamento de denúncias de violação de direitos humanos

Disque 100

Delegacia Especial de Atendimento ao Idoso - DEATI

Rua do Salete, nº 19 – Barris, Salvador - BA, CEP 40000-000

Telefone: (71) 3117-6019

Fórum Permanente em Defesa do Idoso/Casa do Aposentado – ASAPREV

Rua da Mangueira, nº 55 - Mouraria, Nazaré, Salvador - BA, CEP 40040-400

Telefone: (71) 3421-4650

Instituto Nacional de Seguro Social - INSS

Rua da Polônia, 395 - Comercio, Salvador - BA, CEP 40015-150

Telefone: (71) 3319-4600 (Disque INSS) 135

Ministério Público do Estado da Bahia

Av. Joana Angélica, 1312 - Nazaré, Salvador - BA, CEP 40050-002

Telefone: (71) 3103-6400

Ouvidoria do SUS – 136

Rua da Grécia, nº3 A Ed. Caramuru – Comércio, Salvador - BA, CEP: 40010-010

Telefone: (71) 3202-1000 (Disque Ouvidoria) 136

Ouvidoria do COM-HUPES

Rua Augusto Viana, s/n Canela, CEP: 40 110-060 Salvador – BA

Horário de atendimento de 7h às 16h

Telefone: (71) 3283.8179

Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza – SEMPS

Rua Miguel Calmon Nº 28, Comércio, Salvador - BA

Telefone: (71) 3202-2300

ENDERE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
SERVIÇO SOCIAL

Apoio:

Complexo HUPES

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SOCIAL