

FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

EMANUELA VIEIRA SOBREIRA CAMILO

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS  
DIREITOS DOS IDOSOS ATENDIDOS PELO NASF I DE JUAZEIRO  
DO NORTE - CE**

JUAZEIRO DO NORTE - CE

2012

EMANUELA VIEIRA SOBREIRA CAMILO

A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS  
DIREITOS DOS IDOSOS ATENDIDOS PELO NASF I DE JUAZEIRO  
DO NORTE - CE

Monografia apresentada no curso de Serviço Social da Faculdade  
Leão Sampaio (FALS), como pré-requisito para obtenção do Título  
de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof. Msc. Luciana  
Bessa.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2012

EMANUELA VIEIRA SOBREIRA CAMILO

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS IDOSOS ATENDIDOS PELO NASF I DE JUAZEIRO DO NORTE - CE**

Monografia apresentada no curso de Serviço Social da Faculdade Leão Sampaio (FALS), como pré-requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof. Msc. Luciana Bessa.

**APROVADA EM:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup>. Msc. Luciana Bessa**  
**Orientador (a)**

---

**Prof.<sup>a</sup>. Esp. Michelle Torres da Costa**  
**Examinador (a)**  
**Faculdade Leão Sampaio (FALS)**

---

**Prof. Msc. Cícero Reginaldo Nascimento Santos**  
**Examinador (a)**  
**Faculdade Leão Sampaio (FALS)**

Dedico este trabalho em memoria de minha avó, aos meus queridos pais, por terem me apoiado durante essa jornada e ao meu bem mais precioso, minha filha, pois foi a mesma que sempre me encorajou a lutar.

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de tudo gostaria de expressar o meu agradecimento a Deus, sem ele não haveria a minha fé em acreditar que eu poderia conseguir ter êxito nessa caminhada.

Gostaria de agradecer aos ilustres professores: Marcia, Sheila, Cristóvão e Ariana, sem eles não existiria empolgação para mergulhar de cabeça nos estudos, as estimadas amigas Francisca Cinthia, Rosa Feitosa e Helida Maria, pois sem a ajuda das mesmas não teria chegado até aqui, as minhas orientadoras de campo e acadêmica, Michelle Torres e Luciana Bessa, que souberam me orientar com eficiência e me despertaram para querer sempre mais, sentir orgulho de mim mesma e conseguir extrair o melhor das pessoas para que elas possam sentir o mesmo.

***“Eu vim, vi e venci”***  
***(Helena Vieira)***

## RESUMO

A velhice é uma fase na vida carregada de muitos preconceitos, em que a pessoa idosa é vista como inútil improdutiva e dependente, encontrando várias dificuldades de inserir-se no meio social. Diante dessa realidade, a implementação de políticas públicas destinadas a garantir direitos aos idosos passa a ocupar lugar de destaque na agenda governamental, dentre estes podemos destacar o Estatuto e Política do Idoso. A referida pesquisa tem como objetivo principal analisar a contribuição do assistente social na efetivação dos direitos dos idosos atendidos pelo NASF I de Juazeiro do Norte – CE. Os objetivos específicos são: identificar as questões que circundam o universo do idoso e suas relações entre família e comunidade; compreender os instrumentos utilizados pelo assistente social na busca pela garantia dos direitos dos idosos; analisar a política referente ao idoso no que tange as questões concernentes aos direitos inerentes a esse público específico. O estudo foi dividido em 03 (três) capítulos, onde aborda um resgate histórico acerca da política de saúde no Brasil, enfocando a institucionalização e desenvolvimento do NASF, a atuação do Assistente Social neste espaço sócio ocupacional. Traz ainda algumas considerações a respeito do que é ser idoso, traçando ainda uma discussão sobre toda a legislação que circunda este público específico, a Política e o Estatuto do Idoso. Quanto ao percurso metodológico empregado na construção dessa pesquisa: bibliográfico, campo, descritivo com uma abordagem qualitativa, realizada com os idosos atendidos pelo NASF I de Juazeiro do Norte através de um formulário. Diante do exposto conclui-se que o velho na qualidade de cidadão, de acordo com a Política do idoso e o Estatuto, todos os direitos cabíveis engajados e articulados voltados à promoção da saúde e seu bem estar com relação à habitação, família, nutrição e lazer, são garantidos através da proteção social por meio do tripé Previdência, Saúde e Assistência. Contudo, é importante salientar que o cotidiano do Assistente Social inserido nesse espaço é de extrema relevância, uma vez que trabalha com a visita domiciliar, no intuito de avaliar as condições de vida do usuário no que se refere às denúncias, ou até mesmo de acordo com as demandas que chegam as ESF, trabalha de maneira assídua, para tanto, detectar os sintomas dos maus tratos, habitação, saúde, encaminhamentos efetivados por outros órgãos que dão suporte na continuidade do trabalho com este público específico.

**Palavras-Chaves:** Assistente Social, NASF, Idoso.

## ABSTRACT

Old age is a phase in life fraught with many prejudices, in which the elderly person is seen as useless and unproductive dependent, encountering several difficulties to be embedded in the social environment. Given this reality, the implementation of public policies aimed at ensuring the rights of the elderly now occupies a prominent position in the government agenda, among them we can highlight the Bylaws and Policy for the Elderly. Such research aims at analyzing the contribution of the social worker in the realization of the rights of the elderly by the NASF I Juazeiro - EC. The specific objectives are to identify the issues that surround the universe of the elderly and their family and community relationships; understand the instruments used by social workers in the pursuit of ensuring the rights of the elderly; examine the policy for the elderly regarding issues concerning the rights attaching to that specific audience. The study was divided into three (03) chapters, which addresses a historical about health policy in Brazil, focusing on the development and institutionalization of NASF, the role of the social worker in this occupational social space. It also brings some considerations about what is being old, still drawing a discussion of all the legislation that surrounds this particular audience, Politics and the Elderly. Regarding the methodological approach employed in the construction of this research: bibliographic field with a descriptive qualitative approach, conducted with seniors served by the NASF I Juazeiro through a form. Given the above it follows that the old as a citizen, in accordance with the Policy and the Statute of the elderly, all rights applicable engaged and articulated aimed at promoting health and well being with regard to housing, family, nutrition and laser are guaranteed through social protection through the tripod Pension, Health and Welfare. However, it is important to note that the daily social worker entered this space is extremely important, since it works with home visits in order to assess the living conditions of the user in relation to complaints, or even according the demands that come with the ESF, works so assiduously to both, detect symptoms of abuse, housing, health, referrals enforced by other agencies that support the continuing work with this specific audience.

**Key Words:** Social Worker, NASF, elderly.

## LISTA DE TABELAS

**a.c.** – Antes de Cristo

**AIS** - Ações Integradas de Saúde

**BPC** - Benefício de Prestação Continuada

**CAP's** - Caixas de Aposentadorias e pensões

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudo da Saúde

**CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas

**CNI** - Conselho Nacional do Idoso

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**CONASP** - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

**DC** - Desenvolvimento de Comunidade

**DENERU** - Departamento de Erradicação e Controle de Endemias Rurais

**DIP** - Departamento de Imprensa e Propaganda

**DNERU** - Departamento Nacional de Endemias Rurais

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**FHC** - Fernando Henrique Cardoso

**IAP's** - Institutos de Aposentadorias e Pensões

**IAPB** – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

**IAPC** – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais

**IAPI** – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

**IAPM** – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos

**LOAS** - Lei Orgânica da Assistência Social

**LOS** - Lei Orgânica da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**NOB** - Normas Operacionais Básicas

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**PAB** - Piso Assistencial Básico

**PACS** - Programa de Agente Comunitário de Saúde

**PNI** - Política Nacional do Idoso

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**PVC** - Política de Valorização do Café

**SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública

**SUCAM** - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

**SUDS** - Sistema Único Descentralizado de Saúde

**SUS** - Sistema Único da Saúde

**TCC** - Trabalho de Conclusão de Curso

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	14
1.1 A Política de Saúde no Brasil.....	14
1.2 A Reforma Sanitária.....	27
1.3 O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).....	28
1.4 A Atuação do Assistente Social no NASF.....	30
<b>CAPÍTULO II LEGISLAÇÃO QUE AMPARA O IDOSO</b> .....	33
2.1 Quem é a Pessoa Idosa.....	33
2.2 Política do Idoso.....	36
2.3 Estatuto do Idoso.....	44
2.4 Instrumentos utilizados pelo Assistente Social na busca pela defesa do direito do idoso.....	47
<b>CAPÍTULO III - PERCUSSO METODOLÓGICO</b> .....	51
3.1 Caracterização do campo de estágio.....	51
3.2 Procedimentos metodológicos.....	53
3.3 Análise e discussão dos dados.....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>APÊNDICES</b> .....	66

## INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil está intrinsecamente ligada ao esquema embrionário de previdência social a partir da institucionalização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) e mais tarde na década de 30, a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Entretanto, até meados da década de 80 a saúde no país tem caráter contributivo, apenas a partir de 88, quando é institucionalizado a Constituição Federal (1988) que a saúde passa a ter caráter universal.

No que tange o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) este foi criado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2008 através da Portaria de nº 154, cujo objetivo é instituir a integralidade da vida física e mental dos pacientes, mantendo assim a segmentação em ações que estabilize a vida da família, a partir de ações como, reabilitação, alimentação, nutrição, fisioterapia, bem como ações junto ao psicólogo e assistente social. O NASF é uma instituição pública governamental, vinculada à política da saúde conveniada pelo Sistema Único da Saúde (SUS).

Quanto à atuação do assistente social junto ao NASF, esse profissional tem como principal objetivo trabalhar dando suporte ao público atendido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no intuito de orientá-los quanto aos seus direitos e buscar, portanto, a efetivação destes, aportado em leis, regulamentos e no código de ética profissional que rege a profissão.

No que se refere à pessoa idosa, é importante salientar que a velhice é uma fase na vida carregada de muitos preconceitos, em que a pessoa idosa é vista como inútil improdutiva e dependente, encontrando várias dificuldades de inserir-se no meio social. Diante dessa realidade, a implementação de políticas públicas destinadas a garantir direitos aos idosos passa a ocupar lugar de destaque na agenda governamental, dentre estes podemos destacar o Estatuto e Política do Idoso.

Diante do exposto acima, o objeto de estudo desse trabalho é analisar os processos de trabalho do assistente social no NASF I de Juazeiro do Norte – CE. Nossos objetivos são: identificar as questões que circundam o universo do idoso e suas relações entre família e comunidade; compreender os instrumentos utilizados

pelo assistente social na busca pela garantia dos direitos dos idosos; analisar a política referente ao idoso no que tange as questões concernentes aos direitos inerentes a esse público específico.

O interesse em desenvolver tal pesquisa surgiu a partir do Estágio Supervisionado II, no qual foi possível ter um contato direto com a instituição de forma a conhecer a atuação do assistente social junto ao NASF e aos ESF's, bem como o atendimento realizado ao público idoso, especialmente.

Para melhor compreensão deste estudo, o mesmo foi dividido em 03 (três) capítulos. O primeiro traça um resgate histórico acerca da política de saúde no contexto brasileiro, enfocando a institucionalização e desenvolvimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tanto a nível Brasil quanto a nível municipal, ou seja, em Juazeiro do Norte. São traçadas ainda algumas considerações sobre a atuação do Assistente Social neste espaço sócio ocupacional.

O segundo trata da concepção a respeito do que é ser idoso, traçando ainda uma discussão sobre toda a legislação que circunda este público específico, a Política e o Estatuto do Idoso. Por fim, tratamos do percurso metodológico empregado na construção dessa pesquisa: bibliográfico, campo, descritivo com uma abordagem qualitativa, realizada com os idosos atendidos pelo NASF I de Juazeiro do Norte, com a equipe interdisciplinar da instituição através de um formulário.

A contribuição da pesquisa se dá pelo fato de que a instituição ora em debate se constitui em um novo espaço sócio ocupacional para o assistente social, e que por este fato requer uma maior apreensão e estudo sobre o mesmo, a fim de que os estudantes do curso de Serviço Social e demais áreas, bem como a própria sociedade civil, possa conhecer a referida instituição, e como ela contribui nas questões que envolvem o público que se encontra em vulnerabilidade social, especificamente, a pessoa idosa.

## CAPITULO I TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

### 1.1 A Política de Saúde no Brasil

Antes mesmo da intervenção estatal, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado a assistência à saúde dos trabalhadores juntamente com o nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e mediação das relações entre classes sociais. (BRAVO & MATOS, 2008) <sup>1</sup>

No século XX, esta interferência será aprofundada, com a elaboração das políticas para o setor. No Brasil, a intervenção dar-se-á na década de 30, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos dos séculos aparece como reivindicação no nascente movimento operário.

No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização para o setor da saúde, que foram aprofundadas a partir da década de 30. Segundo Braga (1989 apud Bravo, 2008, p.90) argumentam que “a saúde emerge como questão social no Brasil no início do século 20, no bojo capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, emergência do trabalho assalariado”.

A saúde pública na década de 1920 adquire novo destaque no discurso do poder, com tentativas de expansão em todo país. A reforma de Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da união de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.

---

<sup>1</sup> Texto de BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** \_\_in: MOTA, Ana Elizabete (org) et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 3ª ed. Brasília: Cortez, 2008.

Neste período, observamos que as questões concernentes à higiene e à saúde dos trabalhadores passam a ocupar lugar de destaque, desta forma, foram tomadas medidas que mais tarde se configuraram como sendo o embrião do esquema previdenciário brasileiro, a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), conhecida como lei Eloy Chaves. Elas eram financiadas pela união, pelas empresas empregadoras, e pelos empregados. Eram organizadas de modo que só grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da república e os patrões e empregados partidariamente participavam da administração. Conforme Behring e Boschetti,

O ano de 1923 é chave para compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente: aprova-se a Lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade de criação de caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos, dentre outros. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.80)

Desta forma podemos concluir que a lei acima citada, se configurou na primeira proforma de política social institucionalizada no país através das CAP's, tendo em vista que veio a assegurar direitos aos trabalhadores, embora à princípio, esta lei só foi aplicada a alguns segmentos profissionais.

Dentre os benefícios proporcionais às contribuições destacavam-se: assistência médica – curativa e fornecimento dos medicamentos, aposentadorias por tempo de serviços, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Com a crise política da década de 20, ocorreram muitas mudanças, aumentando o centralismo estatal, devido a importantes alterações socioeconômicas e políticas caracterizadas pelo processo de industrialização. Os setores da saúde e da previdência não fugiram a esse movimento ao longo dos anos trinta. A estrutura das CAP's foi incorporada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), autarquia centralizada no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. No sistema das caixas estabelecido pela Lei Eloy Chaves (1923), as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP's.

Os trabalhadores ferroviários (1923) e os marítimos (1926), vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das caixas em suas empresas. Os demais conseguiram a criação do IAPM (dos marítimos em 1934), o IAPC (dos comerciários), o IAPB (dos bancários em 1936) e as IAPI (dos industriários em 1939).

Arthur Bernardes, o então presidente à época, instituiu o Sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões, sendo este um sistema por empresa, restrito ao âmbito privado e público.

A intervenção do Estado na saúde na década de 30, e suas características econômicas e políticas, possibilitou o nascimento das políticas sociais nacionais que respondessem as questões sociais de maneira orgânica e sistemática. Essas questões da saúde eram tratadas de forma particular, na década de 20, pois precisavam ser enfrentadas de forma sofisticada a transformar essa questão em política, com intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência com a dinâmica da acumulação. Este processo, sob o domínio do capital industrial, teve como características principais à aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação. Segundo a autora Bravo a principal alternativa para saúde pública no período de 1930 a 1940, foi a,

Ênfase nas campanhas sanitárias: Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços que combata as endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937, Serviço de Malária do nordeste, 1939); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, 1941. (BRAVO, 2008, p.53)

Nesse momento, aumentaram as perspectivas no tratamento das doenças pestilentas como cólera, febre amarela, varíola, peste bubônica, na verdade chamadas de doenças de massas, bem como, doenças infecciosas e parasitárias, hanseníase, febre tifoide, pois representavam doenças de maior atenção pública.

Contudo, a necessidade de reter e atrair a mão de obra teve êxito a partir do momento que visava dar condições mínimas para os trabalhadores, o que colaborava com a diminuição das epidemias das doenças como a febre amarela. Esse processo fortaleceu o Instituto Oswaldo Cruz, tornando-se assim uma referência nacional, a partir da descentralização das atividades normativas e executivas por 8 (oito) regiões sanitárias, além de garantir medidas que focassem a obrigatoriedade de vacinas contra a varíola.

No período de 1930 a 1934, Getúlio Vargas tornou-se presidente. Ele usufruía de poderes quase ilimitados e aproveitando-se deles, começou adotar política de modernização do país. Ele criou novos ministérios, como o do trabalho, indústria, comércio e o Ministério da Educação e da Saúde, nomeou interventores de Estados e continuou com a Política de Valorização do Café (PVC). Vargas também credenciou, nesta época, a lei da sindicalização, que vincula os sindicatos brasileiros indiretamente por meio da câmara dos deputados, objetivando ganhar apoio popular para que estes apoiassem suas decisões, a chamada política populista. Assim sendo, na era Vargas houve um grande avanço na legislação trabalhista brasileira, sobretudo com o estabelecimento da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). (BRAVO, 2008)

Com o apoio militar, Getúlio venceu e institucionalizou a Constituição de 1934, declarando assim o “Estado Novo”, que tinha o caráter centralizador e autoritário que suprimia a liberdade partidária, a independência dos três poderes e o próprio federalismo existente no país; foi criado ainda o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP) com o intuito de projetar Vargas como pai dos pobres e o salvador da pátria.

A grande organização e mobilização de importantes parcelas dos trabalhadores, desde anos anteriores, motivou um controle social pelo Estado na qual se faz avançar as políticas sociais e as legislações que incidiam sobre as necessidades da classe trabalhadora. Todavia, o que se manteve foi um jogo no qual limitava de controle social, fazendo com que o Estado promovesse um conjunto de medidas integradas para o trato da Questão social, através da elaboração de políticas sociais efetivas.

Os programas de saúde pública estão relacionados aos processos de imigração, urbanização e industrialização visando, principalmente, a criação de

condições sanitárias mínimas para a população urbana. São programas limitados, pois existia uma capacidade financeira reduzida por parte do Estado em sua opção política de gastos. Nesse período, o processo de centralização da primeira república, deu início a um processo de redução da autonomia dos Estados. Identificamos nesse processo um novo plano para a política de saúde do país a partir do surgimento, em 1930, do Ministério da Saúde e da Educação, constituídos de dois departamentos nacionais: um de educação e o outro de saúde. Tais programas citados acima foram incorporados ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), criados em 1956 e subordinados ao Ministério da Saúde.

De 1937 a 1945, as campanhas sanitárias também foram elementos importantes no processo de centralização da política da saúde. A necessidade de expansão capitalista e a falta de uma estrutura do setor de saúde capaz de atender as necessidades básicas da população acabaram por ocasionar crises sanitárias que motivaram campanhas em torno do combate a fim de alcançar algum êxito, através do incentivo da mobilização e da indução da população para os objetivos serem alcançados. (BRAVO, 2008)

No início do século XX, com a criação do Instituto Soroterápico, surgiram os programas institucionalizados de desenvolvimento e produção imunobiológicas. A criação desses institutos de pesquisa decorreu das epidemias já citadas, em que vimos à luta de Oswaldo Cruz como diretor do departamento federal que se propôs a erradicar essa epidemia através dos antígenos. Foram criados ainda órgãos especializados na luta contra as epidemias, expandindo as atividades de saneamento básico para outros Estados, além do Rio de Janeiro. (BRAVO, 2008)

Os recursos envolvidos nas campanhas faziam com que essas instituições se cristalizem enquanto serviços de combate às doenças, o que corroborou para a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, nos períodos entre 1937 e 1939, bem como o serviço de malária no nordeste (ambas em convênio com a Fundação Rockefeller), além do serviço de combate à tuberculose e outros.

Em 1941, o Departamento de Febre Amarela incorporou vários serviços de combate às endemias, assumindo assim o controle técnico da saúde pública institucionalizado juntamente com as campanhas sanitária. Em quanto à assistência médica que passou a crescer de forma segmentada e restrita no âmbito da saúde, pois a primeira mudança na cultura campanhista do governo federal, de atuação

verticalizada, ocorreu em 1942, durante a II Guerra Mundial por razões de ordem pensadas vinculadas à produção da borracha na Amazônia e a extração de manganês no vale do Rio doce, onde os trabalhadores eram dizimados pela malária e febre amarela. Foi criado ainda o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico – sanitário as regiões de produção de materiais estratégicos que representou naquela época uma inestimável contribuição do Brasil a guerra. Ressalta-se que o SESP foi criado durante a II Guerra, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da fundação Rockefeller. (BRAVO, 2008)

A situação de saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas mudanças identificadas nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria nas condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade se limitou a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública que fazia parte de sua competência. (BRAVO, 2008)

No final da década de 1950 até 1966, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária, montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar, de natureza privada que apontava para a direção da formação de empresas médicas. Em 1960, desencadeia-se uma fase aguda na crise do sistema previdenciário, que se mostrava incapaz de responder a crescente pressão da massa assalariada urbana, e promover a ampliação e melhorias dos serviços. Por outro lado, a expansão do atendimento a saúde pública colidia com a escassez financeira do Estado e a falta de prioridade para o setor de saúde.

A autora Bravo (2008), ressalta que, nessa época o país crescia economicamente, entretanto, no que tange a saúde as condições permaneciam precárias. Com o golpe militar de 1964, foram implantadas reformas administrativas, tributárias e financeiras que veio a melhorar de forma significativa a saúde do país.

A ditadura significou para totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um novo país. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas sim, aprofundados, tornando-se assim mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

A unificação da Previdência Social com a IAP's , em 1966, se deu a partir de duas características fundamentais que com o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores no jogo político com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência, pois o setor da saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Segundo Oliveira e Teixeira, foi implantado no país nessa conjuntura um modelo de privilegiamento ao setor privado que mantinham características como,

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 207)

Foi a partir dessa expansão da cobertura previdenciária que foi possível a inserção de outros trabalhadores das diversas áreas fossem encaixados nesse sistema abrangendo assim um maior número de trabalhadores com essa cobertura, proporcionando uma ampliação de serviços e direitos que veio a melhorar de forma significativa a vida dos trabalhadores.

A resposta do Estado à crise vivenciada pelo setor se deu com a sua reestruturação, após 1966, no contexto das mudanças promovidas pelo governo militar. Todavia, a solução não foi imediata de forma que a reforma da medicina previdenciária promoveu um atendimento precarizado no âmbito da saúde, relegando assim esta a segunda plano.

No campo da organização da saúde pública no Brasil foram desenvolvidas ações no período militar a partir da promulgação do Decreto Lei nº 200 (1967),

estabelecendo as competências do Ministério da Saúde, bem como a formulação e coordenação de políticas nacionais de saúde responsáveis pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral, como controle de drogas, medicamentos e alimentos.

Na década de 1970, criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com o intuito de reorganizar as atividades do Departamento de Erradicação e Controle de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária. Em 1975 foi instituído no papel do Sistema Nacional da Saúde que estabelecia de forma organizada e sistemática o campo de ação na área da saúde, dos setores públicos e privados, e o desenvolvimento das atividades de promoção e recuperação da saúde. (BRAVO, 2008)

O determinado documento reconhecia e oficializava a dicotomia da questão da saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática, uma clara ação pela medicina curativa que custava mais caro, mas que contava com recursos garantidos através da contribuição de recursos que eram garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Podemos afirmar que, o Ministério da Saúde tornou-se mais burocrático do que qualquer outro órgão executivo de política de saúde.

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, devido o declínio do capitalismo em termos internacional, que inexoravelmente acabou atingindo a economia brasileira. A ideia de que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para população, ficou esquecido entre as diversas crises. Todo esse processo fez-se mais aparente a dicotomia entre o pobre que ficava mais pobre e o rico mais rico, o que se refletia na insatisfação da população ao passo que os salários eram irrisórios, o desemprego era uma questão de grave controle, e que suas graves consequências sociais se refletiam no crescimento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. (BRAVO, 2008)

Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias e os indicadores de saúde. Em 1981, surge o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Em 1983 foi criada a Ações Integradas de Saúde

(AIS) sendo este um projeto interministerial entre a Previdência, Saúde e Educação, que procurava integrar ações curativas preventivas e educativas ao mesmo tempo.

Assim, a previdência passaria a pagar pelos serviços prestados pelos Estados, municípios, através de hospitais filantrópicos, públicos e universitários. Esse período coincide com o movimento de transição democrático, com eleição direta para governadores, e a vitória da oposição em quase todos os Estados nas primeiras eleições democráticas deste período, que ocorrera em 1982.

Com o fim do regime militar, surgem os movimentos sociais como o das Diretas Já , em 1985, e a eleição de Tancredo Neves, que marcaram o fim da ditadura, aflorando assim diversos outros movimentos, inclusive na área da saúde que culminou na criação dos Conselhos Estaduais e os Municipais. Houve ainda uma grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde , em 1986, a qual lançou as propostas da Reforma Sanitária, que culminou na institucionalização do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Ambos os fatos ocorreram juntamente com a eleição da Assembleia Nacional constituinte. (BRAVO, 2008)

Em 1988 é elaborada e institucionalizada a nova Constituição Federal em que a previdência social passa a ser definida como direito social no âmbito da Seguridade Social e que se concretiza num tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. A Saúde passa a se constituir um direito de todos e dever do Estado e seus acessos a programas de saúde pública devem seguir os princípios de igualdade e universalidade no atendimento. (BRAVO, 2008)

A Assistência Social por sua vez, tem como princípios informativos a gratuidade da prestação e basicamente a proteção à família, especificamente, aquelas que necessitam. Quanto a Previdência Social essa tem como premissa básica assegurar seus beneficiários, tendo como princípios e diretrizes a universalidade de participação nos planos previdenciários, mediante contribuição, conforme está disposto na Constituição Federal nos termos do art. 194, que a “Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (1988, p.268)

Deste modo, foi concebido um subsistema de atenção médico supletivo composto por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas

médicas, auto-gestão, seguro saúde e plano de administração. Com mínimas diferenças entre si, os subsistemas se baseavam em contribuições mensais dos beneficiários, em contrapartida, a prestação de determinados serviços tinha prazo de carência, além de determinadas exclusões, como por exemplo, a não cobertura de doenças infecciosas.

O subsistema de atenção médica - supletivo cresceu vigorosamente na década de 80, de tal modo, que “no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000 brasileiro, correspondendo a 22% da população total, e apresentando US\$ 2.423.5000,00”. (MENDES, 1992, p.69)

Todo esse sistema baseava-se num universalismo excludente, que beneficiou e forneceu atenção médica para a população com certa aquisição financeira, não beneficiando a população como um todo, pois a real preocupação era investir em saúde preventiva de indicadores de saúde. Enquanto isto, ao subsistema público competia atender a grande maioria da população em torno de 120.000.000 de brasileiros, em 1990, com os mínimos recursos do governo federal, estadual e municipal.

Em 1990, o governo edita as Leis nº 8.080 e nº 8.142, que fazem parte da Lei Orgânica da Saúde (LOS), que é regulamentada pelo SUS, criado a partir da promulgação da Constituição de 1988.

Nos anos 80, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais que provocaram através de manifestações, discussões em torno das condições de vida da população brasileira, que culminou em propostas governamentais para o setor, contribuindo para amplo debate que permeou toda essa conjuntura política.

De acordo com Bravo (2001), a saúde deixou de ser interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada com a democracia. Dos profissionais que entram nessa conjuntura, destacam-se os profissionais da área da saúde, que ultrapassam o corporativismo, defendendo questões mais gerais como o movimento sanitário, tendo como Centro Brasileiro de Estudo da Saúde (CEBES), como veículo de difusão e de ampliação do debate em torno da saúde e democracia, bem como a eliminação de contrapostos, como os partidos políticos de oposição que começaram a colocar nos seus programas as temáticas, viabilizando assim debates no Congresso para discussão da política do

setor. E os movimentos sociais urbanos por sua vez, realizaram eventos em articulação com outros segmentos e entidades da sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso e a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, bem como a reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva a partir da descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão, os chamados conselhos de saúde.

De acordo com Teixeira e Fleury (1989), a burocratização da reforma sanitária afasta a população da cena política, despolitizando o processo da concretização da reforma que tem dois elementos importantes, o reformador, que é imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário, que envolve a questão sanitária, superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera-se que a construção democrática é a única via para conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, sendo esta uma de suas estratégias e seu desafio principal, colocado para setores progressistas da saúde o que deveria ser viabilizado na década de 90.

Apesar da Constituição de 1988 ter definido o SUS, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através do art. 2 da Lei 8.080, o qual define o modelo operacional do SUS.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1988, p.208)

É através da lei acima citada, que a saúde passa a ser definida como um direito fundamental sendo esta provida pelo Estado por intermédio de ações conjuntas, bem como através de ações que promovam a prevenção de doenças, estando à população apta a ter acesso a estes serviços, independente de situação financeira, raça, idade e ou sexo.

A iniciativa privada poderá participar do SUS de forma complementar. Os princípios desse permeiam a ótica da universalidade; do acesso às ações e serviços devem ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação; da equidade, princípio de justiça social que garanta a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; da integralidade que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todos as suas necessidades. No que tange os princípios organizativos, podemos elencar: a hierarquização entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais, coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade de sistema, referência e contrarreferência; participação popular, ou seja, a democracia na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados conselhos nacionais de saúde.

Quanto à descentralização política administrativa, esta é consolidada através da municipalização das ações de saúde, tornando o município um órgão gestor administrativo, que possuem objetivos e as atribuições do SUS, definindo assim a formulação de uma política da saúde através do fornecimento de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas como a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica ao passo que executa ações visando à saúde do trabalhador.

A Lei nº 8.080 estabelece que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do orçamento da Seguridade Social. Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que em nível de atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas, enfrenta problemas com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência ao nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços. (BRAVO, 2008)

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço dos SUS como política social, destacando o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos pela unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais;

afastamento do princípio de integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atuação curativa havendo prioridade para assistência médico-hospitalar ações da saúde. Essa proposta do Estado para o setor saúde, ou contra reforma é dividi-lo em dois – hospitalar e básico. O projeto tem como base assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Nos anos 90, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal no Brasil que tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas tais como: o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o sucateamento da coisa pública, sucateamento da saúde e educação.

Sobre o neoliberalismo Laurell, ratifica que:

Podemos definir o neoliberalismo como um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do estado na economia. De acordo com esta doutrina, deve haver total liberdade de comércio (livre mercado), pois este princípio garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país. (LAURELL, 1995, p.56)

Nesses termos, pode-se afirmar que o neoliberalismo se torna hegemônico no campo econômico, de forma que procura rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, e assim, preconiza a redução para o chamado Estado mínimo, inclusive na área social.

Em 1997, coloca-se em pauta a reforma da previdência de Fernando Henrique Cardoso (FHC), bem como é editado as Normas Operacionais Básicas (NOB) e logo após, é regulamentada a NOB-SUS em 1996, no qual torna o município mais responsável por algumas ações de saúde fazendo com que o governo federal repassasse recursos financeiros para os municípios, possibilitando assim, o desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde da população local, como o Piso Assistencial Básico (PAB). Foi através do PAB que houve a criação dos programas como o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Combate as Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitárias, Epidemiológicas e Ambientais.

Diante deste contexto, podemos afirmar que o pode-se dizer que o SUS é considerado uma das maiores conquistas sociais, haja vista que foram as

reivindicações que nortearam o movimento sanitaria e com as propostas expostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde ratificaram um novo conceito de saúde, de maior abrangência independente de contribuição ou não, ou seja, de caráter universal, que mais tarde foram materializadas na Constituição de 1988.

## 1.2 A Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária foi um movimento que surgiu a partir da VIII Conferência de Saúde em 1986, cujo objetivo seria à preocupação com a saúde, pois a mesma era precária e excludente. Todavia esse sistema vinha apresentando vários problemas todos relacionados à política vigente, tendo em vista que cada contexto histórico havia um fosso entre as ações preventivas e curativas, em que se buscava soluções eficientes e eficazes, e que a partir da década de 70 esse projeto é pensado com o intuito de buscar a melhoria de vida da população. Nas palavras de Bravo,

A reforma sanitária tem como uma de suas estratégias o sistema único de saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (BRAVO, 2000, p. 78)

Percebe-se que nesse contexto de transição à democracia, surge um processo de reformulação da política de saúde que culminou na proposta de reforma sanitária. E é no cerne desses acontecimentos que surge o movimento sanitário que se apropria dos estudos e pesquisas já desenvolvidos para denunciar os rebatimentos do modelo econômico na saúde da população em defesa da reforma sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em favor da construção de uma nova política de saúde e de um novo sistema nacional de saúde.

Assim, a reforma sanitária teve papel importante na análise e garantia de uma política de saúde sob os moldes democrático, e conseqüentemente, de caráter universal constituindo assim direito do cidadão e dever do Estado, a partir da

institucionalização da CF, onde a população passa a ter acesso absoluto a todos os bens de serviços que promovam o bem universal. Partindo deste pressuposto, surge junto com o SUS e suas principais diretrizes que asseguram a universalidade e integralidade que têm como objetivos através da Reforma Sanitária que buscou reverter à lógica da assistência a saúde e suas diretrizes, dentre as quais podemos elencar;

I. Universalizar o direito a Saúde (Universalidade); II. Integralizar as ações de cunho preventivo e curativo desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e da Previdência separadamente (Integralidade); III. Inverter a entrada do paciente no sistema de atenção – ao invés de buscar o hospital quando já estivesse doente, buscar a prevenção do preventivo para o curativo promover a saúde (Hierarquização); IV. Descentralizar a gestão administrativa e financeira (Descentralização); v. Promover a participação e o controle social (Participação). (BRASIL, 1988, p.95)

O movimento da reforma sanitária tem na sua proposta final o direito universal a saúde, as obrigações de financiamento para cada instância dos governos, bem como o papel de cada nível, e assinalar como princípio constitutivo do SUS a participação da comunidade.

### 1.3 O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2008, através da Portaria de nº 154. Tal portaria tem o total poder de garantir a saúde da mulher, da criança, integral do idoso, do deficiente físico e os demais usuários do Sistema Único de Saúde. O objetivo do NASF é instituir a integralidade da vida física e mental dos pacientes, mantendo assim a segmentação em ações que estabilizem a vida da família. Essas ações são: reabilitação, alimentação, nutrição, fisioterapia, ações do Serviço Social juntamente com o psicólogo. (BRASIL, 2009)

O NASF é uma instituição pública governamental vinculada à política da saúde conveniada pelo SUS, em que o mesmo foi instituído a partir da Constituição Federal de 1988, que dispõe dos termos do Art. nº 196:

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 129)

As metas que a equipe do NASF e da Estratégia da Saúde da Família (ESF) criam são espaços de reuniões e atendimentos compartilhados construindo um aprendizado coletivo: O NASF deve ter como apoio de trabalho a responsabilidade, gestão compartilhada e apoio a coordenação do cuidado pela saúde.

A finalidade do NASF I é dá suporte, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são de conhecimento técnico e determinado pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e pelo desenvolvimento de habilidades relacionadas ao modelo de saúde.

No início, o NASF era subdividido em NASF I e NASF II. O NASF I é composto por, no mínimo, 05 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fonoaudiólogo, Médico Generalista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional).

Com relação ao NASF II, este é ser composto por, no mínimo, 03 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social, Professor de Educação Física, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional).

A finalidade do NASF I é dá suporte, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são de conhecimento técnico e determinado pelas equipes do PSF e pelo desenvolvimento de habilidades relacionadas ao modelo de saúde.

A missão do PSF é de compromisso com a promoção de mudanças na atuação dos profissionais do ESF e entre a equipe do NASF, incluindo na atuação de ações intersetoriais e multidisciplinar, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. Também é missão do NASF dá apoio às equipes de Saúde da família, focando principalmente

apoiar os programas já existentes e a organização dos trabalhos em grupos, como: gestantes, idosos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, criança, adolescente etc.

A equipe de Referência do o NASF não é a porta de entrada do Sistema ESF, pois sua função primordial é dar apoio matricial ao conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com os usuários. O NASF presta apoio às equipes de referência, dando suporte assistencial e técnico pedagógico, pois a população atendida varia por NASF, pois é de acordo com a população assistida pelo ESF. Os programas ofertados pelo NASF I são as ações comuns nos territórios de suas responsabilidades, desenvolvidas de forma articulada com as equipes do ESF e outros setores. Como por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamento, apoio aos grupos, trabalhos educativos de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais. etc.).

#### 1.4 A Atuação do Assistente Social no NASF

A emergência do Serviço Social no Brasil, nos anos de 1920 e 1930, é pautada sob uma base neotomista adquirida por influência da Igreja católica. Nos anos de 1940, a profissão sofre forte ascendência do tecnicismo norte-americano, fato este que imprimiu uma base de teoria positivista ao fazer profissional do Assistente Social, o que resultou numa função de ajustamento social.

Diante desse contexto, a prática do Serviço Social na saúde, em seu primeiro momento, se dava de forma restrita. De acordo com Bravo e Matos (2008), neste período os assistentes sociais realizavam vigilância de saúde através de visitas domiciliares no âmbito familiar do operário, verificando a forma de vida e solucionando os problemas de caráter moral, que de forma direta interferia na sua produtividade na indústria; prática esta que deixava claro o caráter de subserviência da profissão em favor do mercado.

Os mesmos autores afirmam que essa conjuntura gerava uma contradição entre demanda e o seu caráter excludente e seletivo, que o “assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios”. (BRAVO & MATOS, 2008, p. 199)

Para tanto, o Assistente Social se utilizava do plantão, da triagem, seleção, concessão de benefícios, encaminhamento e orientações previdenciária.

A atuação do assistente social na área da saúde desde sua inserção até os anos de 1960 manteve como locus o âmbito hospitalar e ambulatoriais, sendo inseridos mais tarde nos anos de 1975 nos centros de saúde. A importância da atuação do assistente social nesse contexto se dava pelo fato do profissional desenvolver atividades que viabilizava a participação da população nos programas de saúde e nas instituições. Entretanto, essa atividade ganhou maior visibilidade a partir dos trabalhos desenvolvidos sob a perspectiva do Desenvolvimento de Comunidade (DC), cujo foco da atuação pautava-se no “engajamento do cliente no tratamento”. (BRAVO & MATOS, 2008, p.201)

O Serviço Social tem como principal objetivo dentro do NASF I trabalha pautado nos princípios da política de saúde e na busca da efetivação dos serviços voltados aos usuários, orientando-os sobre os direitos assim dispostos na Constituição Federal juntamente com outras legislações.

O Serviço Social reconhece a importância da orientação em grupo, de forma que os participantes pudessem ter transformações pretendidas, ou seja, o desenvolvimento da metodologia levou a dinâmica de grupos a valer-se de métodos científicos na elaboração de variedades de teorias, observações empíricas, grupos de laboratórios, estudos específicos de fenômenos sociais importantes, bem como descobrir leis da vida do grupo.

Assim, o Serviço Social trabalha também com a visita domiciliar. O assistente social, através da visita, observa o idoso em seu contexto familiar. Ela privilegia a análise de comportamento, as interações do local e de suas circunstâncias, além de observar as condições de moradia e de acolhimento, estrutura e funcionamento doméstico.

Trabalha ainda com entrevistas que por sua vez tem por finalidade de se inteirar sobre a verdade de cada um dos elementos envolvidos e esclarecer outras questões pertinentes ao Serviço Social, como o atendimento em grupos dos indivíduos, quando o caso de demandas de visitas institucionais também orientadas pelo problema em pauta, é feito um estudo em Locus para saber de toda historicidade de vida do sujeito, como exemplo: sua experiência de vida, trabalho, família, condições de moradia e etc.

Cabe frisar que sobre a elaboração de relatórios, na qual é a parte final do trabalho, onde o técnico, de acordo com o objetivo do estudo, expõe suas conclusões sobre a problemática analisada, emitindo um parecer sob o prisma social, visando sempre o interesse dos idosos envolvidos, e assegurando os direitos ligados as ações de várias naturezas, trabalhando para o alcance da práxis no que se refere ao uso da teoria para se aplicar na prática. A esse respeito Sposati, ressalta que,

Se o discurso do Assistente Social negava a prática da assistência porque a entendia como uma prática mantedora da situação de exploração, perversa e organicamente vinculada ao paradigma funcionalista, o Estatuto que a Carta Constitucional atribui à assistência a coloca sob novas bases a assistência social surge com a saúde e a previdência como tripé da seguridade social, e, portanto como direito social. (SPOSATI, 1991; p. 15)

Como podemos perceber diante desta conjuntura a trajetória do Serviço Social na área da saúde nos anos de 1990 é permeada por desafios, pois a profissão passa por uma forte tensão política em relação aos dois projetos para saúde, o proposto pelo movimento da reforma sanitária e o projeto privatista ou de mercado, que demandam da profissão atuações distintas, ao mesmo tempo em que o Serviço Social marca a hegemonia da tendência da intenção de ruptura, ou seja, a maturidade intelectual da profissão que se apresenta oposta a ofensiva neoliberal. (BRAVO & MATOS, 2008)

## **CAPITULO II LEGISLAÇÃO QUE AMPARA O IDOSO**

O presente capítulo objetiva, de forma breve, pontuar a trajetória da instituição e instrumentos das políticas sociais de atendimento aos idosos a partir das legislações que foram sendo promulgadas até a culminância do Estatuto do Idoso.

### **2.1 Quem é a Pessoa Idosa**

Do significado da palavra “idoso” podemos tirar valiosos entendimentos, ficando assim elucidado como o que acumulou idade, também no ideário de quem se apega à idade, ou daquele que está indo, alguém em processo de ida, contrapondo-se aos que ficam os idosos.

Jaz a amplitude do termo “idoso”, compete-nos delinear o envelhecimento (corolário lógico, em decorrência dele que se chega) para melhor adequação em nosso trabalho, como sendo um fenômeno biopsicossocial, que serpenteia o homem e seu papel na sociedade. São várias as características desse processo podemos relatar além das biopsíquicas, as sociais e culturais.

No entendimento de Beauvoir (1983, p. 20) envelhecimento “tem uma dimensão existencial, como todas as situações humanas: modifica a relação do homem com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história”. Dessa forma, deve-se interpretar o efeito biológico (psicológico) juntamente com o efeito sociocultural.

Atualmente, com o grande desenvolvimento das ciências em geral podemos definir de maneira mais técnica, o envelhecimento, que tem como maior característica a acentuada perda da capacidade de adaptação, diminuindo assim a vitalidade, contrapondo-se a maior vulnerabilidade de todas as funções do sujeito. Para Beauvoir (1983, p. 17), “a velhice não é acidente mecânico tal qual a morte, parecendo que cada organismo contém logo de saída sua velhice, consequência inelutável de sua evolução”.

Retroagindo aos primórdios existenciais do Homem, encontramos como exemplo forte ao enriquecimento de nosso trabalho, um dos primeiros Códigos da Humanidade denominado de Código de Manu, que tinha como escopo a

regulamentação da convivência social criado por Manu - Manusrti considerado um dos mais antigos legisladores da história.

A promulgação deste Código data aproximadamente, de 1.300 a 800 a.c. Onde já se materializavam dispositivos concernentes ao “idoso”, versando em alguns preceitos sobre sua proteção e noutros tratando-o como pessoa de capacidade reduzida.

O título exemplificativo pode citar que no livro VIII, Estância 70, relata a validade do testemunho do “idoso” de forma supletiva em relação às testemunhas mais qualificadas, no dispositivo seguinte Estância 71 o juiz faz juízo de valor sobre a veracidade do testemunho refutando ao idoso “cujo espírito estivesse alienado”, demonstrando o juízo pregresso de valor em relação à conduta do pretense depoente, Rulli Neto (2003, p. 97). Contrário sensu nas Estâncias 312 e 395, Manu valoriza o idoso, Antonio Rulli Neto, no mesmo sentido o livro de Levítico 19:32, traz semelhante previsão:

Est. 312 – “O rei que deseja a felicidade de sua alma deve sempre perdoar as injúrias dos queixosos, das crianças, dos idosos, dos velhos e dos enfermos.”. Est. 395 – “O rei honrará sempre o teólogo sábio, o enfermo, o homem aflito, a criança, o idoso, o indigente, o homem de nobre nascimento e aquele que se torna respeitável por sua virtude”. (2003, p. 98)

Mais adiante no tempo constatamos em especial na França do século XIX, que a denominação velhice conceituava os indivíduos de idade avançada que não eram detentores de títulos nem de boas condições econômicas, o ponto chave para a entrada nessa fase era a incapacidade para produzir levado assim pela invalidez. Já a denominação “idoso”, era empregada aos velhos (anciões) detentores de status social. Constata-se um grande preconceito embasado em detrimento de títulos e patrimônio.

Na atualidade, com o grande desenvolvimento das ciências em geral podemos definir de maneira mais técnica, o envelhecimento, que tem como maior característica a acentuada perda da capacidade de adaptação, diminuindo assim a vitalidade, contrapondo-se a maior vulnerabilidade de todas as funções do sujeito. Para Beauvoir “a velhice não é acidente mecânico tal qual a morte, parecendo que cada organismo contém logo de saída sua velhice, consequência inelutável de sua evolução”. (1983, p. 17)

Podemos agora diferenciar velhice de envelhecimento, Vargas considera a velhice, “na qualidade de fenômeno personalíssimo, variável no tempo e espaço, é produto de fatores exógenos e endógenos” (1983, p. 17). O envelhecimento, como um processo biopsíquico de degeneração orgânica frente ao meio ambiente e a patologias crônicas, também é resultante do contexto social, de como o sujeito se vê, ou seja, o juízo de si mesmo e o feito por terceiros a seu respeito.

Fica evidente que o processo de envelhecimento em suas múltiplas dimensões biológica, fisiológica, psicológica e social é complexo, requer constantes reflexões e estudos, tanto de profissionais quanto de seus familiares. Para tanto, é de fundamental importância o comprometimento com a qualidade de vida do envelhecer bem como o respeito às peculiaridades que envolvem esse processo.

Considerando a globalidade e a heterogeneidade que envolve o processo de envelhecimento, pode-se concluir que:

O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que a simples determinação de idades-limite biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais, e a terceira à finalidade social do conceito de idoso (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 5).

Pensar no envelhecer supõe reconhecer a importância desse processo, com uma visão aberta à discussão de estratégias de suporte ao atendimento às necessidades dessa faixa etária em sua totalidade, ou seja, observando o sujeito em sua integralidade conforme suas características, valores e história de vida. Há necessidade de compreensão da dialética que envolve as relações familiares e sociais que o idoso estabelece, mesmo em um cenário de contradições em que seu direito de cidadão pode ser negado conforme as circunstâncias de atendimento.

É fundamental conhecer e absorver os conceitos e implicações que envolvem o envelhecer, uma vez que as estatísticas demográficas indicam de forma intensa o aumento do número de idosos tanto em âmbito mundial quanto no cenário brasileiro. Para atender toda essa demanda de implicações do ser humano que envelhece, fazem-se necessárias políticas de abrangência a necessidades do cidadão que envelhece.

## 2.2 A Política do Idoso

As políticas sociais podem ser entendidas como estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais ou econômicas. Miller referindo-se ao surgimento de políticas sociais chama atenção para o propósito do Estado de “amenizar as desigualdades existentes, sob a forma de controle da sociedade, na manutenção do sistema” (2001, p. 24), o que acionava ações paliativas, fragmentadas, sob responsabilidade muitas vezes somente da família; tanto que no período de campesinato [...] o “trabalhador vivia no local do seu trabalho; as tarefas produtivas e as tarefas domésticas confundiam-se” (BEAUVOIR, 1990, p. 273) de tal forma que, à medida que os anos passavam, os artesãos adquiriam maior qualificação, segundo suas possibilidades físicas.

Quando o idoso tornava-se improdutivo, caberia à família assegurar sua subsistência. Neste sentido, a assistência tem suas primeiras ações executadas por meio de atividades assistencialistas e caritativas; “não se funde, sob o capitalismo, numa verdadeira redistribuição de renda e riqueza [...] ocupa certa posição político-econômica, se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas” (BEHRING, 2000, p. 36).

Torna-se oportuno enfatizar, portanto, que, por meio dessas políticas, direitos são concretizados e novas possibilidades de intervenção são direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população.

Embora haja legislação específica que deveria garantir o exercício da cidadania e direitos dos idosos como assistência, habitação, alimentação e lazer estabelecido por meio das políticas sociais, constitui espaço contraditório, pois, “o assistencial, como mecanismo presente nas políticas sociais, revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços” (SPOSATI, 2003, p. 30). Na realidade, todos deveriam ter acesso ao suprimento de suas necessidades de subsistência, sem passar por triagens e interrogatórios por parte dos profissionais, que põem os indivíduos em situação vexatória diante de sua realidade de exclusão. O envelhecimento enquanto política ganha visibilidade por meio das reivindicações de trabalhadores idosos; “rompe com sua dimensão privada, sob a responsabilidade da família, da vizinhança, das instituições filantrópicas, para assumir a dimensão de

problema social, de caráter estrutural e sujeito a respostas no âmbito estatal” (TEIXEIRA, 2008, p. 96).

Dessa forma, a Política Social torna-se importante para o idoso como possibilidade de garantia de direito. O entendimento da trajetória e a constituição da legislação de amparo ao idoso podem levar pesquisadores e interessados na Gerontologia Social a adquirir compreensão de como o processo de envelhecimento e o estabelecimento das políticas sociais vêm constituindo-se na contemporaneidade. A preocupação com a garantia da subsistência dos idosos é pontuada na Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974, que garante assistência previdenciária para maiores de 70 anos. Conforme Silva,

É importante salientar que antes da década de 70, o trabalho realizado com idosos no Brasil era de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas e/ou filantrópicas [...]. Tecendo um breve relato sobre as políticas desenvolvidas para o idoso até 1970, pode-se notar o caráter paliativo, fragmentário dessas políticas, visto que as mesmas não abrangem uma noção ampla dos direitos sociais (SILVA, 2006, p. 20).

Dessa maneira, ao longo do caminho, os idosos, bem como a população brasileira, foram impossibilitados de se constituírem cidadãos plenos, pois os direitos civis e sociais conquistaram-se lentamente, permeados por um passado escravista e excludente, e somente por meio de reivindicações de movimentos populares, foram obtidos pequenos avanços em contraponto às exigências do capital. Assim, a Seguridade Social marca de forma pontual a trajetória da Assistência Social. Nas palavras de Teixeira,

A problemática da ajuda e do socorro, que já perdera a sua significação religiosa, perde a sua dimensão moral, passando a ser sancionada como direito social de cidadania pelo fato de pertencer a uma dada comunidade política (TEIXEIRA, 2008, p. 98).

As Políticas Sociais voltadas para a terceira idade vêm se configurando, segundo considerações realizadas por Faleiros “entre fracos e débeis acham-se os velhos [...]. No entanto tal debilidade lhes é atribuída em função da própria natureza humana, e não das condições sociais em que se encontram” (2004, p. 15). A discussão central de instituição de políticas de atendimento aos idosos torna-se pauta pela problemática que passa a envolver os trabalhadores aposentados e o sentimento de desvalorização, inutilidade, inatividade, perda de papéis sociais. A

Constituição de 1988, quando passa a garantir direitos e proteção social pública, possibilita universalização, redistribuição e inovação na estrutura administrativa - descentralização, participação social, responsabilização, entre outras atividades.

Em relação aos idosos, ampliou e consolidou direitos como garantia de proteção social por meio do tripé Previdência, Saúde e Assistência, irreduzibilidade do valor dos benefícios e caráter democrático com participação da comunidade - trabalhadores, empresários e aposentados - garantia de reajuste de benefício pelo salário mínimo, diminuição da idade de aposentadoria por velhice e reajuste da pensão vitalícia para o valor de um salário mínimo. (BRASIL, 1988)

Na Constituição Federal Brasileira existem cinco artigos que tratam do amparo ao idoso (artigos 14, 153, 203, 229 e 230). É importante destacar os artigos 229 e 230, que versam: “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (1988, p.156) e;

[...] a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida. (idem, p.157)

Neste sentido, surgem as estratégias de ressocialização [...] como alternativa a essa condição. Essa seria “a origem e a razão dos programas para terceira idade, dentre eles, clubes, associações, grupos e centros de convivência” (TEIXEIRA, 2008, p. 103).

Desse modo, os programas podem se apresentar sob forma de benefício ou de um serviço, por meio de ações paliativas que não abrem margem para discussões sobre a real situação vivenciada pelos idosos. Em muitos casos, são desenvolvidas atividades que não levam em conta a opinião da população idosa, como se ela não tivesse condição de realizar escolhas.

É preciso que a sociedade se reconheça como envelhecida. As políticas sociais precisam promover a integridade dos mais velhos e a importância da sua participação na sociedade e proporcionar atividades que venham a estimular o desenvolvimento em diferentes âmbitos na terceira idade.

O artigo 230 ainda destaca que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares, e aos maiores de 65 anos é garantida

a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988). Sob nova perspectiva a Assistência Social, segundo Couto,

Tem tarefa de trazer para a arena política as demandas de grandes parcelas da população brasileira e o faz na condição de direito social, desmercadorizável e universal. Reconhece que há necessidade de um pacto social, onde os direitos da população mais pobre devam ser garantidos, que o Estado deve ter primazia na condução dessa política e que haja um compartilhamento das decisões a serem tomadas entre a sociedade civil e o Estado (COUTO, 2009, p, 35).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Lei nº 8.742, criada em 7 de dezembro de 1993, (BRASIL, 1993), prevê aos idosos: proteção à velhice e garantia de um salário mínimo mensal Benefício de Prestação Continuada (BPC) desde que o idoso, com 65 anos ou mais, comprove não possuir recursos de prover seu próprio sustento e nem de tê-lo provido por sua família. As discussões no campo das políticas públicas e sociais também se tornam evidentes na agenda internacional, verificadas na primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena, em 1992 (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O envelhecimento passa a ser discutido não só na área da saúde e do trabalho, mas também no âmbito social. Naquela oportunidade, aprovou-se um Plano Global de Ação, com o objetivo de garantir segurança econômica e social aos idosos, integrando-os aos planos de desenvolvimento do país.

Dado o contexto político econômico e social, admitiu-se que pela “vulnerabilidade” da população idosa, esta deveria sofrer mais as consequências do colonialismo, neocolonialismo, racismo e práticas do apartheid [...]. Quer dizer, a preocupação com a população idosa surgiu como resultado de tendências demográficas bem delimitadas e de uma situação de conflito. No plano global, vivia-se um momento marcado pelas tensões da Guerra Fria e, no regional, predominavam os regimes de exceção (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 255).

O Plano compreendia sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. O plano era, porém, dirigido, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos, uma vez que estes tinham acesso ao mercado de consumo. Vários países da América Latina como: Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998) e Venezuela (1999), inseriram em suas constituições direitos reservados aos idosos. Nesse sentido, Camarano e Pasinato asseveram que;

Percebia-se a necessidade da “construção” e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social - o idoso - com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho. (CAMARANO & PASINATO, 2004, p. 255)

No Brasil é promulgada a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994 tratando da Política Nacional do Idoso (PNI) . Suas diretrizes apontam a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; participação do idoso, por meio de organizações representativas, na formulação, efetivação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; priorização do atendimento ao idoso por meio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; descentralização político-administrativa; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia e na prestação de serviços; introdução de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Em 1996, pelo Decreto 1.948, cria-se o Conselho Nacional do Idoso (CNI). A referida política amplia os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva, indicando responsabilidades das entidades públicas para promover a não discriminação dos idosos no mercado de trabalho. (BRASIL, 1994).

Foi criada para promover a longevidade com qualidade de vida, preocupando-se não apenas com os que já estão velhos, mas também com os que vão envelhecer. A referida lei criou obrigações para entidades públicas no estímulo à criação de locais de atendimento aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, bem como impedir a discriminação dos idosos no mercado de trabalho.

Criaram-se então os conselhos para supervisionar, acompanhar, fiscalizar e avaliar a política nacional do idoso, cabendo à União coordenar as ações relativas à política nacional do idoso “a fim de garantir efetividade às medidas de proteção, devem ser criadas e desenvolvidas políticas, que pode ser tanto governamentais, como não governamentais” (PACHECO, 2008, p. 28).

A mesma lei recomenda que sejam desenvolvidos programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar à população sobre o processo de envelhecimento. Esclarece aspectos das atenções devidas a esse público, mencionando a importância de serem observadas “as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano no Brasil” (BRASIL, 1994, p.56). Torna-se importante destacar que,

A edição da lei que institui a Política Nacional do Idoso trouxe vários avanços para a proteção aos idosos, no entanto tal lei se preocupa mais com a atuação do poder público e sua forma de promover políticas sociais de atendimento ao idoso (PACHECO, 2008, p. 21).

Em 2002 aconteceu em Madri a segunda Assembleia Mundial sobre envelhecimento, tendo sido aprovado um novo Plano de Ação, com as seguintes orientações prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção da saúde e do bem-estar na velhice e criação de ambiente propício e favorável às condições de vida do idoso. Nesse sentido, foi estabelecida uma meta de redução até 2015 de 50% da proporção de pessoas que vivem na pobreza extrema.

No plano, a Organização das Nações Unidas (ONU) prega a necessidade de promover uma abordagem positiva de envelhecimento e de superar os estereótipos que estão associados aos idosos. O trabalho expõe diversas estratégias para enfrentar o desafio do envelhecimento da população além de apresentar aos responsáveis pela formulação de políticas de todo mundo um conjunto de 117 recomendações.

O objetivo do plano é oferecer um instrumento para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a considerar as prioridades básicas associadas com o envelhecimento dos indivíduos e das populações. Reconhecem-se as características comuns do envelhecimento e os problemas que apresenta e se formulam recomendações concretas adaptáveis às mais diversas circunstâncias de cada país. No plano levam-se em conta as diversas etapas do desenvolvimento e as transições que estão tendo lugar em diversas regiões, assim como a interdependência de todos os países na presente época de globalização. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007, p. 29)

Toda política adotada pela ONU culminou em uma criação importantíssima do Estatuto do Idoso. Ponto a ser discutido no próximo tópico.

### 2.3 Estatuto do Idoso

A Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, publicada em Diário oficial da União do dia 03 de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, foi um projeto de Lei de autoria do Senador Paulo Paim.

Como instrumento de cidadania e pontapé inicial de formação consciente da dignidade dos integrantes da terceira idade, o Estatuto do Idoso foi fundamental para traçar e fornecer os meios de controle do Poder Público em relação ao melhor tratamento do idoso, e verdadeira educação cidadã, tornando-se um marco histórico-social, no sentido de que os idosos alcancem a posição efetiva na sociedade.

O advento do Estatuto do Idoso representou uma mudança no paradigma de toda legislação existente até o momento, já que caracterizou a igualdade material em prol da ampliação do sistema protetivo dos que fazem a Terceira Idade.

De acordo Uvo e Zanatta (2005, p.65), o “Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país, já que a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos”.

No mesmo sentido Neri (2005, p.39) ressalta que;

[...] políticas de proteção social, baseadas em suposições e generalizações indevidas, podem contribuir para o desenvolvimento ou a intensificação de preconceitos negativos e para a ocorrência de práticas sociais discriminatórias em relação aos idosos. (NERI, 2005, p.39)

Para Ceneviva (2004, p.56), “o Estatuto do Idoso, estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso”, elencando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até a inviolabilidade física, psíquica e moral. Corroborando essa assertiva, Uvo e Zanatta (2005, p.72), ressaltam que “o Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país, já que a partir dele, os idosos conseguiram uma legislação que garanti os seus direitos”.

Até a implantação do Estatuto do Idoso só tínhamos a Lei 8.842/94, que traçava apenas diretrizes de política em relação ao idoso, deixando muito a ser regulamentado. O Estatuto do Idoso com 118 artigos em seu bojo introduziu algumas novidades almeçadas há tempos pela sociedade, como por exemplo, o salário mínimo mensal aos cidadãos com 65 anos de idade. O Estatuto não trouxe apenas benefícios, mas também o tratamento adequado que deve ser dispensado pelos seus familiares para com elas.

Pela completude, o Estatuto pode ser considerado um microsistema jurídico, já que possui normas que levam em conta as peculiaridades do grupo, permitindo uma visão em conjunto dos aspectos de proteção aos idosos.

Sobre o tema citado, Tavares afirma que,

A Lei nº. 8.842/94 instituiu a Política Nacional do Idoso, com diretrizes de atuação do Poder Público no atendimento aos direitos sociais das pessoas que vivem a chamada Terceira Idade, porém, a regulamentação das disposições constitucionais, princípios e regras, advieram com a aprovação do Estatuto do Idoso. (TAVARES, 2006, p.65)

A função principal do Estatuto do Idoso foi funcionar como carta de direitos, fornecendo meios de controle do Poder Público em relação ao melhor tratamento do idoso e demonstrar que a pessoa com mais idade em nosso país também tem direito ao respeito e a dignidade.

Do ponto de vista legal, é um relevante instrumento normativo, pois foi criado visando disciplinar os direitos desta importante parcela da população que cresce dia a dia, considerando o aumento da expectativa de vida.

A grande questão após oito anos da promulgação do Estatuto do Idoso é saber se a visão preconceituosa da sociedade com relação à terceira idade já diminuiu, uma vez que, percebemos que na história as leis não são capazes sozinhas de modificar o ser humano, mas o ser humano é capaz de modificar-se, imprimindo novos valores e transformando-os em leis.

Os direitos fundamentais do idoso estão elencados nos Capítulos I ao X do Título II do Estatuto do Idoso. O capítulo I do Estatuto trata, em seus artigos 8º e 9º, do Direito à vida.

O artigo 8º revela que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação em vigor”. Em

comentários ao artigo, Franco (2005, p.25) enfatiza que “a proteção ao envelhecimento é um direito social que há de ser respeitado por quem quer que seja não podendo ser violado em qualquer hipótese”.

O artigo 9º da Lei 10.741/03 diz que “É obrigação do Estado, garantir a pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitem um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. (BRASIL, 2003, p.42) Se for dever do Estado, conclui-se que a omissão de tais obrigações, como é observada no dia a dia do cotidiano brasileiro, ensejariam medidas mais energéticas por parte do Ministério Público, que é o órgão competente para fiscalizar o cumprimento da Lei.

Outro aspecto importante da Lei do Estatuto do Idoso é a atenção à saúde do idoso, elencado no artigo 15º. O objetivo deste artigo é oferecer ao idoso um sistema de saúde digno e um atendimento de boa qualidade. “Não se admite que os pacientes, principalmente os idosos, fiquem nos corredores à espera de consultas, cirurgias, por falta de leito, como ocorre normalmente”. (FRANCO, 2005, p. 45).

Já a proteção ao idoso encontra-se prevista nos Artigos 43 e 45 do Estatuto. Nestes artigos fica clara a intenção da finalidade social da referida norma jurídica, pois foi tratado pelo legislador como forma de conservação dos laços familiares e uma consequente inserção da sociedade.

Em suma, pode-se vislumbrar que os direitos instituídos no Estatuto do Idoso têm abrangência de ordens física, psíquica, social, econômica e educacional do idoso. Além disso, a Lei também estatuiu a forma pela qual esses direitos devem ser viabilizados e que estão envolvidos para suas garantias como também a garantia de profissionais como o Assistente Social incumbidos de suas funções cooperarem e lutarem para a solidificação desses direitos.

#### 2.4 Instrumentos utilizados pelo Assistente Social na busca pela defesa do direito do Idoso.

Pautado no código de ética profissional e na lei que regulamenta a profissão, o Serviço Social vem buscando consolidar seu Projeto Ético-Político, em um cenário de profundas mudanças no modo de produzir, distribuir e acumular riquezas, onde

segundo avalia Mota (2003, p.22), “mais do que nunca, o contraste entre o crescimento vertiginoso das riquezas e a persistência/ ampliação do pauperismo é assustador”.

O Papel do Assistente Social tem como um dos seus objetivos estar disponível aos trabalhadores sociais como forma de contribuir para um trabalho social em contínua evolução e que se constitua, também, como fonte de conhecimento e de auxílio à prática do Assistente Social, e deste modo uma mais-valia na procura de melhores respostas complexidades próprias que os idosos institucionalizados vivem.

Mas, antes de poder cumprir este objetivo, entende-se como importante fazer referência ao papel do Assistente Social no contexto desta investigação.

Parafraseando Majos;

Os trabalhadores sociais são profissionais que se dedicam à prossecução do bem-estar do ser humano, ajudam à sua realização, a desenvolver e a aplicar com disciplina tanto o saber científico relativo às atividades humano-sociais como aos serviços sociais destinados à satisfação de necessidades e aspirações de indivíduos e grupos. (MAJOS, 1995: 47-48)

É importante esta referência para que melhor se perceba o papel central que está destinado aos assistentes sociais. Por um lado atuar sobre indivíduos e grupos da sociedade, numa perspectiva de desenvolvimento e auxílio social, e, por outro lado contribuir com o seu conhecimento, investigação, estudo e reflexão para o melhoramento da sua atividade profissional individual e para o desenvolvimento da sua profissão.

Ao logo do desenvolvimento na sociedade, o Serviço Social esteve vinculado ao atendimento ao indivíduo idoso, através de suas vertentes filantrópicas e assistencialistas de atenção aos estratos fragilizados tanto pelas desigualdades socioeconômicas, quanto pela problemática de sua inclusão acompanhada pelo estigma da velhice.

Não obstante, por tratar-se de uma profissão que lida diretamente com a intermediação entre as políticas públicas e a garantias de direitos dos indivíduos, é inegável que o Serviço Social tem como obrigação intervir nas situações sociais de conflito relacionadas ou advindas do envelhecimento, atendendo em suas demandas, destarte a isto, compondo todo um senso critico a cerca de suas implicações para o meio social, visto que o envelhecimento populacional é um

fenômeno que se compõe de modo a refletir nas relações entre os indivíduos, nas políticas propostas pelo Estado, nas relações de trabalho e na própria percepção da pessoa idosa frente essa realidade de vida que é imposta progressivamente pelo tempo, determinando tantas transformações em sua existência.

Confirma-se, portanto, neste âmbito a figura dos assistentes sociais em seu empenho na dissolução destas questões ao adotarem a função de agentes políticos que difundem a transformação social. O caráter do trabalho profissional da assistência perpassa a simples produção de políticas sociais, pois a execução das mesmas refletem consequências no ordenamento social e da vida cotidiana dos indivíduos como um todo.

É inegável o fato de o Serviço Social ser uma profissão constituída historicamente tendo sua interação no âmbito sociológico condicionado à maturação dos conflitos e contrastes assumidos e formulados pela classe dominada frente às esferas detentoras de poder político e que, assim demanda uma relação de submissão que caracteriza as expressões da questão social responsáveis pela justificação da ação profissional da Assistência Social.

O Serviço Social no Brasil tem seu trabalho profissional majoritariamente vinculado aos estratos sociais vulneráveis, como também à parte populacional que vive em situação de miséria e exclusão do processo de produção de bens. Neste aspecto, o usufruto do bem estar social é tomado como objeto final da ação interventiva do agente.

Assim, reforça o entendimento de que o Serviço Social deve ser analisado não somente tendo como plano de fundo o âmbito do exercício profissional, mas a partir de uma análise dos mecanismos constitutivos da questão social.

A pessoa idosa, ao buscar o serviço de assistência social a dinâmica de atenção não muda, o objeto que consiste nessa busca é geralmente a garantia dos direitos, a satisfação de suas necessidades mais essenciais, principalmente no que tange a sanar os estigmas de exclusão vivenciados socialmente. Desse modo, o trabalho assistencial envolve o engajamento destes indivíduos na organização e intervenção nos conflitos, mas também deve perpetuar a sua participação nas decisões políticas que dizem respeito aos projetos voltados para a Terceira Idade.

A formulação deste tipo de ação é relevante por que determina a ampliação do universo cultural além de oportunizar o intercambio entre os outros grupos

etários. Além de reafirmar o comprometimento com a garantia de acesso aos direitos sociais, a partir do reconhecimento das esferas que se constituem pela exclusão.

Neste panorama vem fortalecendo-se também o trabalho vinculado à conscientização política em que os,

Idosos são conscientizados a reivindicar a concretização de seus direitos, constituindo assim, alternativas de divulgação da sua condição social, de suas necessidades, além da garantia de busca de soluções plausíveis para sua questão social e assim difundindo condições mais autônomas de vida com fins à preservação das habilidades e elevação de potencialidades individuais. (BREDEMETER, 2003, p.35)

O Serviço Social busca marcar sua presença junto a estes temas não só na construção de novas formas de percebê-los, mas também propondo novas abordagens, considerando as exigências do mundo atual.

Contudo, se as políticas de assistência voltadas à pessoa idosa são essenciais para essa dinâmica da atenção, devemos também ressaltar que muitas vezes há o não cumprimento das garantias postas pelo Estatuto Nacional do Idoso.

De acordo com Debert (1999, p.56):

A gestão do envelhecimento foi historicamente atribuída à esfera familiar e privada, pela previdência individual ou assumida pelas instituições caritativas representadas majoritariamente por associações religiosas. (DEBERT, 1999, p.56)

Esse seguimento vem ultimamente modificando-se e assumindo um novo caráter, o da questão social e mais ainda, o da questão pública pelo fato de expressar e influenciar o ordenamento legislativo constituído para este grupo etário, como também determinar novas formas de encarar o idoso socialmente, através da sua percepção enquanto sujeito autônomo.

## **CAPÍTULO III PERCUSSO METODOLÓGICO E ANÁLISE DOS DADOS**

### **3.1 Caracterização do Campo de Estágio**

A cidade de Juazeiro do Norte tem uma população estimada em aproximadamente 249.829 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sendo este número relativo à população fixa no município, porque como bem se sabe esse número em épocas de romarias tende a duplicar.

Para melhor atender esse número de habitantes, existe em todo o município um total de 56 Equipes de Saúde da Família (ESF), situados em cada bairro da cidade. Assim, recentemente houve a implantação de 07 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), este implantado a pouco mais de um ano no município, com objetivo de dar suporte a 08 ESF.

A modalidade de NASF no município é o de nível 1. É formado por uma equipe no mínimo cinco profissionais da saúde, e é responsável pelo suporte de no mínimo oito PSF's e no máximo vinte.

Os recursos destinados para a manutenção do NASF I do Juazeiro do Norte-CE é no valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do fundo nacional de saúde aos fundos municipais de saúde e ao fundo de saúde do Distrito Federal. (SESAU, 2010).

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família 01(NASF) localiza-se na cidade de Juazeiro do Norte-CE e é composto por uma equipe interdisciplinar com profissionais de diferentes áreas como o Assistente Social, Farmacêutico, Educador Físico, Fisioterapeuta e Psicólogo, para atuarem em grupo dentro do programa do NASF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no qual o NASF está cadastrado. O trabalho do NASF tem que coincidir com os das ESF e com as equipes de atenção básica para a população específica. Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, vinculado a no mínimo, 08

(oito) e a no máximo, 15 (quinze) ESF.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Município (SESAU, 2011), o NASF foi implantado neste município em 2008 e passou a funcionar em 2009, e atualmente existem sete equipes do NASF, atuando em seus receptivos bairros onde cada equipe cobre entre oito a nove equipes do ESF. Atualmente, o NASF é uma instituição pública, governamental, vinculada a política da saúde conveniada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição Federal de 1988, que dispõe no seu art.196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 129)

O NASF 01 cobre as seguintes Estratégias de Saúde da Família: ESF (06) que corresponde ao bairro Tiradentes I; ESF (12), situado no bairro Betolândia; ESF (21), localizado do Aeroporto; ESFs (23/53) no Limoeiro; ESF (46) no bairro Tiradentes II; ESF (48) no Juvêncio Santana e ESF (64) Campo Alegre.

De acordo com a Secretaria de Saúde (SESAU), a sede central do NASF está situado na Rua José Marrocos, S/N no Bairro Santa Tereza e sua sede de apoio é a ESF 12. Sua equipe é composta por: Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e estes dão cobertura na área, são eles que levam a demanda para as equipes do NASF por reconhecer as famílias e o território. Esta unidade do ESF dá suporte a 1.123 famílias, somando o total de 4.349 pessoas.

A equipe do ESF 12 atua juntamente com o NASF 01 para trabalhar os seguintes programas: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente Jovem; Saúde Reprodutiva e Sexual; Saúde Adulta e do Idoso; Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Tuberculose e Hanseníase; Saúde Bucal; Saúde do Homem; Programa Saúde nas Escolas e Assistência Farmacêutica.

Constata-se que o NASF é o programa de atenção voltada a população para atender somente a resolução de ações voltadas para saúde da família, ou seja, a população em geral, na qualidade de orientar, educar por meio de temas e atividades ligadas ao processo saúde-doença, garantindo assim o desenvolvimento

da sociedade.

São diversos os atendimentos realizados pelos dois PSF's, entre eles, atenção à saúde da mulher, englobando a prevenção ao câncer de mama, câncer de colo de útero, planejamento familiar, e também acompanhamento dos grupos de hipertensos e diabetes. Já com os grupos de hipertensos, além dos cuidados com a medicação, existem também atividades que são feitas pelo educador físico da equipe do NASF, realizadas dois dias na semana com este grupo.

O Serviço Social também se articula juntamente com os demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do NASF I do Juazeiro do Norte-CE, através de atividades sócio-educativas, grupos que se reúnem mensalmente durante o ano. O trabalho é feito através de orientações quanto aos direitos, dinâmicas específicas que sevem como aproximação do grupo para quebrar o gelo entre os mesmos. Assim, o Serviço Social trabalha também com a visita domiciliar. A assistente social através da visita observa o idoso em seu contexto familiar. Ela privilegia a análise de comportamento, as interações do local e de suas circunstâncias, além de observar as condições de moradia e de acolhimento, estrutura e funcionamento doméstico.

Trabalha ainda com entrevistas que por sua vez tem por finalidade de se inteirar sobre a realidade vivenciada pelos idosos e esclarecer outras questões pertinentes ao Serviço Social, como o atendimento a grupos de indivíduos, quando o caso de demandas de visitas institucionais também orientadas pelo problema em pauta, é feito um estudo em Lócus, para saber toda a condicionalidade em que se encontra o usuário.

Cabe frisar sobre a elaboração de relatórios, parte relevante do trabalho desenvolvido por esse profissional, que através deste emite um parecer sob o prisma social, com vistas em atender aos interesses dos idosos atendidos no referente equipamento social, resguardando assim os direitos inerentes a este público.

Em vista do já exposto, percebe-se a importância de ter uma equipe como a do NASF, fazendo parte das ESF. Embora seja um projeto novo, existe há mais de um ano, é possível perceber que vem contribuindo de forma positiva juntamente com as ESF para uma melhor qualidade no que diz respeito ao atendimento dos usuários da política de saúde.

### 3.2 Procedimentos metodológicos

O presente trabalho caracteriza-se como sendo uma pesquisa bibliográfica, de campo e descritiva, com uma abordagem qualitativa. Quanto à pesquisa bibliográfica a mesma expõe que é uma das primeiras metas a ser seguida pelo investigador logo que ele define seu objeto de estudo é fazer uma revisão bibliográfica bastante ampla. A mesma tem vários níveis de aprofundamento, sempre abrangendo os estudos do objeto em questão que esta estudando e também utilizando dos estudos mais atuais sobre o assunto em questão. (MINAYO, 2007)

A pesquisa de campo volta-se para o estudo de uma comunidade, um grupo, como também para estudar os indivíduos, entre outros campos, onde a mesma busca compreender diferentes aspectos dessa sociedade, como também investiga sobre os problemas existentes na mesma.

No que diz respeito à abordagem qualitativa da pesquisa, segundo Deslandes,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser qualificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (DESLANDES, 2010, p. 21)

No tangente a pesquisa descritiva, esta tem o objetivo principal descrever a contribuição do assistente social na efetivação dos direitos dos idosos atendidos pelo NASF I de Juazeiro do Norte - CE. Sobre isto Gil ressalta que:

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc.(2002, p.42)

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2012 e teve como ambiente de estudo o ESF nº 12 do bairro Betolândia na cidade de Juazeiro do Norte – CE. A população da referida pesquisa foi composta por todos idosos que são atendidos no NASF I do bairro Betolândia em Juazeiro do Norte ( em média são 25 idosos). A amostra foi composta por 10% dos idosos assistidos pela instituição, as quais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informando-os quanto à pesquisa, bem como garantindo o sigilo e a integridade física dos mesmos.

O instrumento de coleta de dados adotado foi o formulário composto por 13 perguntas. Sobre o formulário, Marconi e Lakatos (2007), destaca que sua vantagem está no fato do pesquisador ter contato face a face com a pessoa pesquisada, possibilitando a reformulação da pergunta caso o entrevistado não entenda o que foi questionado.

Concluído o processo de coleta de dados, os resultados da pesquisa foram analisados e apresentados em tabelas e através da interpretação das falas dos participantes da pesquisa no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), com o intuito de que a temática aqui referenciada venha a contribuir para a formação profissional de estudantes do curso de Serviço Social.

No que concerne os aspectos éticos da pesquisa, foram levados em consideração às exigências e diretrizes da pesquisa em seres humanos apresentadas na Resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### 3.3 Análise e discussão dos dados

Iniciou-se a análise dos dados pelo sexo dos idosos, conforme disposto no quadro abaixo:

**TABELA 01- SEXO DOS ENTREVISTADOS**

SEXO	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
HOMENS	4	40%
MULHERES	5	60%

Fonte: Primária, 2012

Quanto ao gênero, 60% dos entrevistados participantes são do sexo feminino e 40% são do sexo masculino. Os dados expressam uma maioria do sexo feminino. De acordo com o censo demográfico 2010, o número de mulheres é superior em relação aos homens.

A diferença entre o número de mulheres e homens na população aumentou nos últimos anos [...] Atualmente, há 96 homens pra cada 100 mulheres. Em 2000, eram 69,9 para cada 100 mulheres. No total, o censo contabilizou 97.348.809 mulheres e 93.406.990 homens no país. Em 2001, a população feminina brasileira ultrapassou em 3,9 milhões a masculina. A diferença entre homens e mulheres, no entanto, não se reflete no número de nascimentos. Hoje, nascem mais meninos que meninas nas maternidades. Essa relação, entretanto, muda na faixa etária dos 25 anos. A explicação: os homens estão mais expostos à violência e morrem mais jovens. (IBGE, 2010)

Esse dado é relevante para a referente pesquisa pelo fato de que a maioria dos usuários atendidos pelo NASF é do sexo feminino, o que demonstra que mais pessoas desse gênero procuram os serviços oferecidos pelos postos de saúde do que o próprio público masculino.

A seguir perguntamos aos entrevistados qual a idade dos mesmos.

**TABELA 02- FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS**

IDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
60-64 ANOS	4	40%
65-67 ANOS	1	20%
70- 83 ANOS	4	40%

Fonte: Primária, 2012

Dos idosos entrevistados, a idade mínima é de 60 anos, fato este que comprova que o grupo analisado está com a idade próxima da expectativa média de vida do brasileiro na atualidade. Sobre a questão da expectativa de vida no Brasil Souza revela que;

No Brasil, os dados estatísticos mostram o aumento da longevidade n país. Atualmente, o número de idosos é de aproximadamente 20,5 milhões, 11% da população nacional. No início do século XX, o brasileiro vivia em média 33 anos, em 2000 a expectativa de vida dos brasileiros atingiu 68 anos. Estima-se que em 2025 este número chegue a 1,2 bilhão, ou seja, aproximadamente 30% da população brasileira. (SOUZA, 2011, p.198)

Desta forma podemos afirmar que a expectativa de vida no Brasil teve um aumento significativo, mostrando que o brasileiro hoje vive mais do que há alguns anos atrás, e diante deste fato o Brasil futuramente será um país que terá uma grande parte da população composta por idosos. Esse fator é relevante para nossa pesquisa pelo fato de que o idoso é um dos públicos alvos do trabalho do assistente social isto se deve a elevada taxa da expectativa da população brasileira.

Perguntamos ainda aos entrevistados qual o município que eles residiam.

**TABELA 03: MUNICÍPIO QUE O ENTREVISTADO RESIDE**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
JUAZEIRO DO NORTE	9	100%
OUTROS	-	-

Fonte: Primária, 2012

Os dados apresentados na tabela demonstram que todos os entrevistados são de Juazeiro do Norte. De acordo com o jornal Juanorte baseado no censo 2010, dos 250 mil habitantes de Juazeiro 26,353 são idosos, sendo 10,617 homens e 15,736 mulheres.

No tangente ao estado civil dos entrevistados, obtivemos as seguintes respostas:

**TABELA 04: ESTADO CIVIL DOS ENTREVISTADOS**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
CASADO (A)	5	50%
DIVORCIADO (A)	2	20%
VIUVO (A)	1	10%
UNIÃO CONCENSUAL	1	10%

Fonte: Primária, 2012.

Os dados da tabela 04 revelam que 05 (cinco) dos entrevistados são casados, 02 (dois) são divorciados, 01(um) é viúvo e 01(um) vive em união consensual com seu companheiro. Os resultados dos dados nos mostram que a taxa de pessoas com estado civil de casado é alto em relação aos demais. Porém, atualmente a família passou a ser considerada como estrutura, cuja importância está antes e acima das normas que determinam as formalidades de um casamento, por exemplo. (MARTINS, 2003)

Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, nos foi informado o seguinte, conforme indica a tabela 05:

**TABELA 05: GRAU DE ESCOLARIDADE DOS ENTREVISTADOS**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Alfabetizado (A)	2	20%
Ensino Fundamental Completo	3	30%
Ensino Fundamental Incompleto	2	20%
Ensino Superior	2	20%
Outros	1	10%

Fonte: Primária, 2012.

De acordo com os dados apresentados na tabela 05 observamos que 02 (dois) dos entrevistados são alfabetizados, 03 (três) possuem o ensino fundamental completo, 02 (dois) possuem ensino fundamental incompleto, e 02 (dois) disseram está concluindo o ensino superior. Diante dos resultados apresentados dois dados nos chamou atenção. O primeiro diz respeito ao baixo índice de analfabetismo entre esses idosos. O segundo se refere ao ingresso dos idosos no ensino superior, algo que muito nos alegra tendo em vista que no Brasil o idoso é visto como um fardo para a família. Isso prova que apesar da idade avançada essas pessoas ainda tem capacidade pra desenvolver diversas atividades, inclusive no âmbito da educação superior. Sobre isso, Veras e Caldas relatam que;

[...] a inserção do idoso em universidades vem se difundindo e representa uma nova forma de promover a saúde da população que envelhece, através da ação interdisciplinar comprometida com a inserção idoso como cidadão ativo na sociedade. (VERAS & CALDAS, 2008, p.429)

Assim, a participação dos idosos nos programas de extensão universitária está de alguma forma relacionada à luta pela garantia do direito de participar e interferir nas decisões que lhes dizem respeito sem a tutela dos filhos.

Indagamos ainda os entrevistados quanto a renda mensal dos mesmos, as respostas estão dispostas na tabela 06:

**TABELA 06: RENDA MENSAL DOS ENTREVISTADOS**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Entre 1 a 2 salários	7	80%
Entre 3 a 4 salários	1	10%
Entre 5 a 6 salários	1	10%

Fonte: Primária, 2012

No que diz respeito à renda mensal dos entrevistados é possível observar na tabela 06 que 07 (sete) pessoas têm renda entre 1 a 2 salários, 01 (um) tem renda que compreende de 3 a 4 salários, e 01(um) tem renda de 5 a 6 salários. Os dados apresentados na tabela apontam que a maioria dos entrevistados sobrevive com a renda de 1 a 2 salários mínimos, conforme demonstra os dados do IBGE (2010);

[...] o grande problema da desigualdade ainda está ligado à região: 76,5% da população de 53,8 milhões de pessoas ganhavam até um salário mínimo, na região Nordeste; 70,2% dos 15,5 milhões de pessoas estavam

nesse grupo, no Norte; e 53,6% dos 13,9 milhões de brasileiros estavam nessa faixa, no Centro-Oeste. (IBGE, 2010)

Como podemos perceber, as desigualdades de renda na sociedade brasileira estão bastante enraizadas nas diferenças territoriais. Os indicadores de condição de vida referentes à população residente no Nordeste são sistematicamente menos favoráveis do que aqueles registrados no Sudeste.

Em seguida perguntamos aos entrevistados se os mesmos recebiam algum tipo de benefício do governo, e se sim, que definisse o tipo. Dados disposto na tabela 07:

**TABELA 07: RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO E DE QUE TIPO**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
SIM	8	90%
NÃO	1	-

Fonte: Primária, 2012

Os resultados da tabela 07 nos mostra que 08 (oito) dos entrevistados dizem receber benefício se referindo à aposentadoria, enquanto que 01 (um) diz não receber nenhum tipo de benefício. Dentre os que citaram receber beneficio 07(sete) deles recebem algum tipo de aposentadoria conforme citado, entretanto 01 (um) dos entrevistados citou que recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Diante deste fato podemos destacar a importância do BPC para alguns idosos que se encontram em estado de vulnerabilidade social, e que necessitam de uma renda para provisão e de sua família. Segundo dados do IBGE (2010);

A expansão recente de programas de transferência de renda focalizados na população mais pobre, como o Bolsa Família, o BPC-LOAS (Benefício de

Prestação Continuada da Assistência Social), entre outros de âmbitos estadual e municipal, vem contribuindo para uma distribuição interna entre as diversas partes componentes do rendimento total familiar. O resultado foi o aumento significativo das chamadas “outras fontes” em detrimento dos rendimentos de trabalho e de aposentadorias e pensão, de programas de previdência ou de assistência social, e de programas oficiais de auxílio educacional (como o Bolsa Escola) ou social (Renda Mínima, Bolsa Família entre outros.(IBGE,2010)

Portanto, as desigualdades caíram em decorrência da melhora no mercado de trabalho e da expansão dos programas de distribuição de renda, e isso implica no aumento do rendimento familiar.

Quando perguntávamos aos entrevistados sobre o que a velhice representava pra eles, nos foi respondido o seguinte:

#### **GRÁFICO 08: O QUE A VELHICE REPRESENTA PARA O ENTREVISTADO**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
A melhor fase da minha vida	5	20%
Dependência de outras pessoas	-	30%
Uma fase complicada	1	20%
Ausência de trabalho	-	20%
Distanciamento dos familiares	3	90%

Fonte: Primária, 2012

Conforme o exposto na tabela 08 podemos observar que 05 (cinco) dos entrevistados relataram que estão vivendo a melhor fase de suas vidas, 03 (três) pessoas revelaram que a velhice representa o distanciamento dos familiares, 01(uma) pessoa relatou que a velhice era uma fase muito complicada de sua vida. Assim podemos concluir que a maioria dos idosos entrevistados diz vivenciar a melhor fase de sua vida. Sobre a velhice, Veras ensina que,

A velhice é um termo impreciso, e sua realidade, difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? [...] Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, seu cérebro, seu coração, sua moral ou sua situação civil? Ou é uma maneira pela qual, outras pessoas passam a encarar estas características que a classificam como velha?(VERAS, 1994, p.37)

Em diferentes culturas a velhice tinha um significado social ligado à experiência de vida, onde acontecimentos vividos deveriam ser repassados para gerações mais jovens no intuito de disseminar o conhecimento. Atualmente o que presenciamos é uma segregação da velhice, sob nova roupagem nos conceitos carregados de preconceitos, naturalizando a discriminação e o isolamento social das pessoas idosas.

A pergunta a seguir indaga sobre o conhecimento dos mesmos a respeito dos direitos que lhes são cabíveis, eles responderam:

**TABELA 09: CONHECIMENTO DO ENTREVISTADO ACERCA DOS SEUS DIREITOS**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
SIM	7	80%
NÃO	2	20%

Fonte: Primária, 2012

A tabela 09 revela que 07 (sete) dos entrevistados tem conhecimento acerca dos direitos cabíveis aos mesmos, e 02 (dois) deles responderam que não conheciam os seus direitos. É interessante ressaltar que ao perguntarmos aos entrevistados se os mesmos conheciam seus direitos, indagamos ainda sobre qual direito eles tinham propriedade, foi revelado em quase todos os formulários a questão da gratuidade no transporte coletivo. Porém é sabido que estes direitos citados pelos entrevistados são apenas um dos direitos entre tantos outros instituídos pela legislação que ampara o idoso, conforme é pautado nos termos do Art.3º do Estatuto do Idoso;

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003)

Nesse sentido, a cidadania plena dos cidadãos idosos abrange todos os direitos, quais sejam: os direitos civis, os sociais e os políticos. Todos esses são, portanto, direitos fundamentais para garantir a cidadania da pessoa idosa.

Outro questionamento diz respeito ao conhecimento dos mesmos em relação à política do idoso, as respostas estão dispostas na tabela 10:

**TABELA 10: CONHECIMENTO DO ENTREVISTADO ACERCA DA POLÍTICA DO IDOSO**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
SIM	7	80%
NÃO	2	20%

Fonte: Primária, 2012

A tabela 10 nos mostra que 07 (sete) dos entrevistados não conhecem a política do idoso, apenas 02 (dois) conhece a referida legislação. Assim diante dos resultados expostos na tabela podemos dizer que a maioria dos entrevistados desconhece a política do Idoso, fato este preocupante, o que nos faz refletir acerca da falta de conhecimento desse público em relação à legislação que o ampara, apesar dos mesmos relatar que conhecem o estatuto do idoso, conforme demonstra a tabela seguinte.

Quanto ao conhecimento dos entrevistados em relação ao estatuto do idoso, nos foi respondido o seguinte:

**TABELA 11: CONHECIMENTO ACERCA DO ESTATUTO DO IDOSO**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
SIM	5	80%
NÃO	4	20%

Fonte: Primária, 2012

De acordo com os dados da tabela 11 podemos observar que 05 (cinco) entrevistados responderem que conhecem o Estatuto do Idoso e 04 (quatro) alegou não ter conhecimento do estatuto. Nesse sentido, é possível afirmar que apesar da tabela mostrar que mais idosos desconhecem a política do que os que a conhece, esse fato nos permite comemorar tendo em vista que atualmente os idosos tem mais conhecimento sobre essas legislações do que em tempos passados.

De acordo com Uvo e Zanatta (2005);

[...] esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país; a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade torna-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas. (UVO & ZANATTA, 2005, p.67)

É nesse sentido que o estatuto do idoso se configura uma conquista no que diz respeito à garantia dos direitos efetivados em lei. Contudo, é necessário que os idosos conheçam mais profundamente seus direitos, não se restringindo apenas aos mais corriqueiros, como a passagem gratuita no transporte coletivo, conforme foi citado pela maioria dos entrevistados, mas sim, que se apropriem da gama desses direitos para que diante da sociedade isso possa ser cobrado com mais efetividade.

Quando perguntado aos participantes da pesquisa se os mesmos participavam com frequência das atividades desenvolvidas pelo NASF, os mesmos nos responderam:

**TABELA 12: PARTICIPAÇÃO DO ENTREVISTADO NAS ATIVIDADES OFERTADAS PELO NASF**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
SIM	2	30%
NÃO	7	70%

Fonte: Primária, 2012

Com base nos dados apresentados na tabela 12 observamos que 07 (sete) entrevistados responderam que não participavam das atividades desenvolvidas pelo NASF, e 02 (dois) disseram participar frequentemente das atividades. Verifica-se a partir dos dados que a maioria dos entrevistados afirmou não participar das atividades desenvolvidas pelo NASF.

No ultimo questionamento feito aos entrevistados nos referimos se os mesmos já tinham sido atendidos por um profissional do Serviço Social através do NASF, e se eles tinham conhecimento do trabalho deste profissional. Obtivemos as seguintes respostas conforme relato dos mesmos:

*“não, não tenho conhecimento desse profissional” [SIC]*

*“Não, não fui atendido não. Mas ele é importante porque na minha vida ele trabalha em conjunto com a justiça para garantir os nossos direitos” [SIC]*

*“não tenho nenhuma visão” [SIC]*

*“não, não conheço” [SIC]*

*“O trabalho do Assistente Social é de suma importância, pois, através do acompanhamento fica explicitada a posição e a situação do usuário da assistência social ofertada pelo governo” [SIC]*

O conhecimento dos entrevistados em relação ao trabalho dos profissionais de Serviço Social e qual a visão dos mesmos em relação ao seu trabalho, foi possível constatar através da tabela 13 que 08 (oito) dos entrevistados nunca foram atendidos pelo assistente social e desconhecem o seu trabalho na referida instituição, apenas 01 (um) entre os entrevistados já foi atendido por esse profissional e reconhece o seu trabalho relatando ainda que é bastante importante a atuação deste no NASF, pois é através desse profissional que o usuário consegue se inserir na política de Assistência Social.

A partir desta análise podemos afirmar que é unanime o desconhecimento dos entrevistados em relação ao trabalho do assistente social, dado este bastante alarmante, o que nos faz indagar se o trabalho do assistente social é reconhecido ou

não pela sociedade, e que apesar do avanço significativo que a profissão deu nos anos 80, com a chamada reconceituação, o profissional de Serviço Social ainda precisa ser reconhecido pela sociedade enquanto um profissional que busca a efetivação dos direitos dos usuários através da inserção destes nas políticas públicas.

No que tange o papel do Assistente Social no NASF, o Ministério da Saúde relata que;

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. (BRASIL, 2009, p.107)

As ações que são pertinentes ao trabalho do assistente social dentro deste campo, segundo as diretrizes que são estabelecidas pelo Ministério da Saúde são, de forma concreta e peculiar ao campo de prática que estamos inseridos, as seguintes: abordagem grupal, familiar, individual, rede social, bem como visitas domiciliares, atendimento de grupos educativos ou de convivências e realização de estudo social. Todas essas ações, que são desenvolvidas no âmbito do atendimento do NASF aos usuários, são de forma humanizada e dinâmica, onde todos os profissionais estão envolvidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo desse trabalho é analisar a contribuição do assistente social na efetivação dos direitos dos idosos atendidos pelo NASF I de Juazeiro do norte – CE. Nossos objetivos são: identificar as questões que circundam o universo do idoso e suas relações entre família e comunidade; compreender os instrumentos utilizados pelo assistente social na busca pela garantia dos direitos dos idosos; analisar a política referente ao idoso no que tange as questões concernentes aos direitos inerentes a esse público específico.

Foi possível concluir através dessa pesquisa que o velho na qualidade de cidadão, de acordo com a política do idoso e o estatuto, todos os direitos cabíveis engajados e articulados voltados a promoção da saúde e seu bem estar com relação à habitação, família, nutrição e lazer, foi concluir que aos direitos como garantia de proteção social por meio do tripé Previdência, Saúde e Assistência, irredutibilidade do valor dos benefícios e caráter democrático com participação da comunidade, trabalhadores, empresários e aposentados para a garantia de reajuste de benefício pelo salário mínimo, diminuição da idade de aposentadoria por velhice e reajuste da pensão vitalícia para o valor de um salário mínimo.

Houve um estudo mais amplo do instrumento usado pelo Serviço Social dentro do programa do NASF cadastrado nas ESFs, voltados para a população em geral, o homem, crianças e jovens adolescentes, e o foco da pesquisa, o idoso. Foi possível perceber a grande dificuldade devido à demanda de o NASF ser complexa e o programa ainda ser novo, ou seja, deveria existir mais de uma assistente social, no caso do NASF 01 que consta (09) ESFs . Desta forma podemos sugerir que o número de Assistentes deveria ser mais denso. Sobre o trabalho desse profissional foi possível perceber que em sua maioria, os idosos não souberam relatar sobre o serviço social, devido o programa ser de 2008 e ter chegado por volta de 2009.

O Serviço Social inserido no NASF de Juazeiro data desde os anos de 2010, ainda há uma falta de importância por parte do governo e as secretarias deveriam ter mais um respaldo principalmente por ser um programa novo, sem contar que geraria mais emprego e a população ficaria mais informada.

No NASF foi possível perceber e agir com toda a equipe para dar suporte e concretizar novos estudos voltados para um melhor atendimento aos usuários demandantes deste serviço no que diz respeito à gestão da saúde na Atenção Básica a saúde da família. Foi de muita importância interagir com os demais profissionais e se manter sempre em alerta para concepção e estudo de outras atividades.

No que diz respeito ao instrumental utilizado pelo Serviço Social com relação orientação e a efetivação dos direitos ofertados pela Política do Idoso, a Constituição e o Estatuto, foi altamente relevante acompanhar o cotidiano do Assistente Social que por sua vez, trabalha com a visita domiciliar, no intuito de avaliar as condições de vida do usuário no que se refere às denúncias, ou até mesmo de acordo com as demandas que chegam as ESF, trabalha de maneira assídua, para tanto, detectar os sintomas dos maus tratos, habitação, saúde, encaminhamentos efetivados por outros órgãos como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência social (CREAS), entre outros, o Serviço Social também informa sobre o transporte e orientação sobre seus direitos.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEAUVOIR, Simone de. **Memórias de uma moça bem-comportada**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Diretrizes do NASF 2009**, Versão Preliminar. P. 99-109.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. \_ In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p.5-42.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2009.

DEBERT, G. G.. **Velhice e o Curso da Vida Pós-Moderno**. Revista USP, São Paulo, v. 42, n. 2, 1999, p. 70 – 83.

DESLANDES, Suely Ferreira, [et. al]. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social?** São Paulo: Brasiliense, 2004.

FRANCO, Paulo Alves. **Estatuto do idoso anotado**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. 2. ed., rev., ampl. e atual. Campinas: Servanda, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do censo 2010** [Internet]. Brasília: 2010 IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/default.shtm> . Acesso em: 12 de novembro de 2012.

MAJOS, Angélica. **Manual de Prácticas de Trabajo Social em la Tercera Edad**. 1995.

MARTINS, Daniel Comim. **Estatuto da criança e do adolescente & Políticas de Atendimento**. Curitiba: Juruá, 2003.

MILLER, Adriano Fialho. **Os conselhos de direitos e a construção de uma política voltada aos idosos**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

MINAYO, Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 4ª ed. Petrópolis, 2007.

MOTTA, Ligia; ANNUNCIATO, Nelson F. **Envelhecimento vocal e neuroplasticidade**. In: DORNELLES, Beatriz. **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, p.13-29.

NERI, Anita Liberalesso. **Feminização da velhice**. In: \_\_\_. (Org.). **Idoso no Brasil vivencia desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

PACHECO, Larissa Casagrande. **A discriminação e o abandono do idoso na legislação atual**. Porto Alegre: PUCRS, 2008. (Trabalho de Conclusão de Curso).

RULLI NETO, Antonio. **Proteção legal do idoso no Brasil: inclui comentários ao estatuto do idoso**; lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003; universalização da cidadania. São Paulo: Fiuza, 2003.

SOUZA, Nilzemar. R.(Org). Perfil da População idosa que Procura o centro de referência em dst /aids de Passos/MG. DST - J bras. Doenças Sex Transm m 2011;23(4):198-204.

SILVA, Sirvaldo Saturnino. **Estatuto do idoso: um crítico e novo olhar sobre o idoso e os desafios a serem enfrentados**. 2006. 134f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro Universitário Eurípides de Marília – Fundação de Ensino Eurípides Soares da Rocha, Marília - SP, 2006.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 2003.

TAVARES, Farias de José. **Estatuto do Idoso**. Forense, 2006.

TEIXEIRA, Solange M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do Capital - implicações para proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

UVO, R. T.; ZANATTA, M. de L. A.L. **O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso: A Terceira Idade**, v.16, n.33, 2005.

VARGAS, Heber Soares. **Psicologia do Envelhecimento**. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociex, 1983.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade**. Ciência & Saúde Coletiva. Publicação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. N. 9, v. 2, 2004. p. 423-432. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 09 de novembro de 2012.

CENEVIVA, W. **Estatuto do idoso, constituição e código civil: A terceira idade nas alternativas da lei**. A terceira idade, São Paulo, v. 15, n. 30, p. 7-23, março 2004.

**BÍBLIA SAGRADA** – Tradução da CNBB – Editora Vozes, 2001.

IBGE. Cidades @ - Juazeiro do Norte. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 10 de novembro 2010 às 21:42.

<http://www.juanorte.com.br>. Acesso em 20 de novembro de 2012.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A**

**FACULDADE LEÃO SAMPAIO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Esta pesquisa intitulada, a contribuição do assistente social na efetivação dos direitos dos idosos atendidos pelo NASF I de Juazeiro do Norte – CE, está sendo desenvolvida pelo (a) aluno (a) Emanuela Camilo de Queiroga Maciel, matrícula, 2005211337, sob orientação da professora Luciana Bessa da Faculdade Leão Sampaio.

Sua participação na presente pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo (a) aluno (a). Caso decida não participar do estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e serão codificadas podendo ser apresentadas como artigo científico e poderão ser ainda apresentadas em eventos científicos, mantendo-se o sigilo do individuo participante do estudo. A coleta de dados ocorrerá através da aplicação do questionário, mantendo a integridade física e moral dos participantes.

O (a) aluno (a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, bem como o (a) professor (a) orientador (a).

Diante do exposto, eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Juazeiro do Norte – CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

**APÊNDICE B****FORMULÁRIO**

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Faixa etária:

entre 60 e 64

entre 64 e 68

entre 68 e 72

entre 72 e 77

3. Município onde reside: \_\_\_\_\_

4. Estado Civil:

Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)

Viúvo(a)  União Consensual(a)

Outros: \_\_\_\_\_

5. Escolaridade:

Alfabetizado(a)  Analfabeto(a)

Ensino Fundamental Completo  Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Médio Completo  Ensino Médio Incompleto

Outro: \_\_\_\_\_

6. Qual sua renda mensal?

( ) de 1 a 2 salários ( ) de 3 a 4 salários

( ) de 5 a 6 salários ( ) de 6 a 7 salários

7. Recebe algum benefício do governo?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

8. O que representa a velhice para o Senhor (a)?

( ) A melhor fase da minha vida;

( ) Dependência de outras pessoas;

( ) Uma fase complicada da vida;

( ) Ausência de trabalho;

( ) Distanciamento dos familiares;

Outros; \_\_\_\_\_

9. O Senhor (a) conhece os direitos que são cabíveis a pessoa idosa?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

10. O Senhor (a) conhece a política do idoso?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, o que sabe?

---

---

---

11. Quanto ao Estatuto do Idoso, o (a) senhor (a) tem conhecimento?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

12. O (a) senhor (a) costuma participar com frequência das atividades ofertadas pelo NASF?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual atividade? \_\_\_\_\_

13. Ao frequentar o NASF, o senhor (a) foi atendido por um profissional do Serviço Social – O Assistente Social. Qual a sua visão sobre o trabalho desenvolvido por ele? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_