

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MILENE REGINA DOS SANTOS**

**CIAPREVI E PROGRAMA RENDA EXTRA: UMA REFLEXÃO SOBRE AS  
DIFICULDADES DE ARTICULAÇÃO COM O SETOR DA SAÚDE**

**Florianópolis**

**2009/1**

**MILENE REGINA DOS SANTOS**

**CIAPREVI E PROGRAMA RENDA EXTRA: UMA REFLEXÃO SOBRE AS  
DIFICULDADES DE ARTICULAÇÃO COM O SETOR DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão.

**Florianópolis**

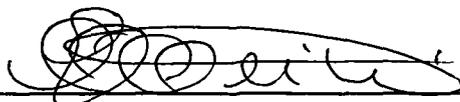
**2009/1**

**MILENE REGINA DOS SANTOS**

**CIAPREVI E PROGRAMA RENDA EXTRA: UMA REFLEXÃO SOBRE AS  
DIFICULDADES DE ARTICULAÇÃO COM O SETOR DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA:**



---

Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão  
Orientadora



---

Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Naldir da Silva Alexandre  
1.<sup>a</sup> Examinadora



---

Ms.<sup>a</sup> Jussara Jovita Souza da Rosa  
2.<sup>a</sup> Examinadora

Dedico este trabalho a minha querida e amada sobrinha, Luiza, pois [...] *Por ela é que eu faço bonito... Por ela é que eu saio do tom... E me esqueço no tempo e no espaço.*

(Luiza - Chico Buarque)

## AGRADECIMENTOS

Tenho muito que agradecer a várias pessoas, que de uma forma ou de outra fizeram parte no decorrer destes anos de formação profissional. Obrigada pelo incentivo.

À minha família, sei que estão todos orgulhosos de mim, por ter concluído mais esta fase, literalmente somos “A Grande Família”.

À minha mãe, em especial, por passar horas me ouvindo falar de situações e pessoas que desconhecia, dos meus planos e da minha vontade incessante de mudar tudo a minha volta, minha gratidão é eterna! Ao meu amado pai, está conquista é para você! Enfim obrigada a ambos, pela confiança prestada ao longo dos meus anos de vida, sei que é a vós que devo o fato de ser aquilo que sou hoje.

Às minhas irmãs, meu irmão e cunhada, somos diferentes sim e esta diferença é que nos completa.

À Luiza, sobrinha amada, fonte de inspiração de todos os dias da minha vida. Luz da minha família, que através de suas meias palavras nos ensina diariamente o amor.

Especialmente ao meu querido Gilmar, namorado e companheiro desta e de outras jornadas... Obrigada por todos os momentos que você criou apenas para estarmos um ao lado do outro, por todas as coisas que você fez e tem feito por mim, por todas as vezes que você me compreendeu, e por todo o suporte que você tem sempre me oferecido. Você faz parte desta conquista.

À Pamela e Patricia, por vocês sempre estarem “lá” quando eu precisei; por todas as vezes que juntas choramos e lutamos pelos mais diferentes motivos desde conflitos de nossas vidas pessoais até pela vontade incessante de fazer a diferença. Vocês são muito mais que amigas que a UFSC proporcionou, são pessoas que quero junto comigo para além desta vida. Sem dúvidas posso afirmar que nossa amizade é uma das páginas mais lindas da minha vida. Obrigada por me fazer uma pessoa melhor, enfim agora mais do que nunca o nosso sonho vai começar!

Aos meus pais adotivos, Jesiano e, novamente Patricia, e a sua grande Vithória, por me mostrarem que não existe um caminho para felicidade, mas sim,

que a felicidade é o caminho; quanta luz esta amizade trouxe para minha vida. Sou fã número 1 desta família tão iluminada.

Às minhas amigas de longa data... Dani, Eliza e Priscila, mesmo que a nossa amizade tenha se distanciado tenho certeza que estão felizes por eu ter vencido mais esta etapa.

À Makelly e Adriana e suas respectivas famílias, agora aceito todos os convites e prometo visitá-las sempre.

Não podia deixar de agradecer a sociedade brasileira, que me proporcionou ter acesso a um ensino superior, público e gratuito, através do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Aos mestres por transmitirem seus conhecimentos ao longo deste período de formação, dentre eles destaco o professor "Maraquitô" pela sensibilidade de viver e fazer a diferença.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão, que me conquistou desde da sua primeira aula, através dos seus mais diferentes relatos de experiência profissional sempre relacionando a teoria com a prática. Agradeço por ter aceitado ser minha orientadora e, acima de tudo, por compreender que faço mil coisas ao mesmo tempo, porém nunca deixo de qualificá-las.

Às amigadas construídas nesta caminhada de formação, Cleuza, Paloma, Tobias, Nathali, Nadya e todo o pessoal do ENESS 2008 que conheci, cada um de vocês me ensinaram que o ser humano é algo surpreendente e maravilhoso na especificidade de suas diferenças. Em especial aos meus queridos amigos Arnaldo e Faby, bora realizar a nossa caminhada rumo à Brasília!

À Liga da Justiça, pela luta por uma formatura livre, Pam, Paty, Flaviana, Jony, Rejane, Babi, Alania, Paloma, Carina e Aline, tenho certeza que fechamos com chave de ouro nossa passagem pela UFSC e que juntos lutaremos por muito mais...

À toda equipe da Gerência de Atenção ao Idoso, pela caminhada compartilhada - foram quase dois anos de convivência. Em especial aos profissionais do CIAPREVI e a minha supervisora de estágio, que acompanharam e participaram da minha formação profissional; agora tenho certeza do tipo de profissional que quero ser.

Aos estagiários Jackson, Marco e Bárbara, adorei ter-los conhecido. Obrigada pelo carinho e a amizade.

Aos idosos, cada qual com sua especificidade, que têm o direito à cidadania plena como qualquer outro cidadão, que este trabalho possa contribuir com aqueles que se dedicam ao trabalho junto com este segmento.

Essencialmente agradeço a Deus, por permitir a oportunidade de apreensão de conhecimento, agora prometo por em prática tudo aquilo que me foi inculcado; pelos pequenos e grandes acontecimentos em minha vida, pois tenho certeza que nada é por acaso; por me proporcionar a presença de todas estas magníficas pessoas supracitadas em minha vida.

A todos os meus amigos, colegas e familiares, que de alguma forma contribuíram para a conquista deste sonho, vocês foram imprescindíveis para que eu chegasse até aqui. Os meus sinceros e infindáveis agradecimentos.

SANTOS, Milene Regina dos. **CIAPREVI e Programa Renda Extra**: uma reflexão sobre as dificuldades de articulação com o setor da saúde. 2009. 92 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão.

## **RESUMO:**

Este trabalho tem como objetivo refletir a importância da articulação entre os profissionais que atuam no Programa Renda Extra Idosos e no Centro de Atenção e Prevenção à Violência Contra A Pessoa Idosa – CIAPREVI junto com o setor da saúde no município de Florianópolis. Para tanto, propõe apresentar algumas considerações acerca do processo de envelhecimento visando compreender aspectos relativos do mesmo, além de abordar a perspectiva populacional e a transição demográfica que o Brasil vem sofrendo, nesses últimos anos, colocando aos órgãos governamentais e à sociedade grandes desafios relacionados aos problemas próprios do envelhecimento. Apresenta também o setor da saúde e a área social como mecanismos de proteção para a população idosa em Florianópolis, enfatiza a organização da saúde e a estrutura municipal de assistência social voltadas para o atendimento ao idoso. O estudo permitiu uma melhor compreensão sobre a importância da articulação entre o campo social e o setor da saúde, assim como, das principais dificuldades de efetuar-la, sobretudo contribuiu para o reconhecimento da necessidade da divulgação do tema envelhecimento e de novos espaços de atuação para o Serviço Social.

Palavras-chaves: idoso, assistência social, proteção, saúde

## LISTA DE SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE  
BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL  
CAPSi - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
CAPSAD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL PARA ÁLCOOL E DROGAS  
CREAS - CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
CIAPREVI – CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA  
CID – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS  
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO  
FMAS – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
GAI – GERÊNCIA DE ATENÇÃO AO IDOSO  
GETI – GRUPO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE  
IAPM - INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS MARÍTIMOS  
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA  
ILPI's – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS  
INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
IPEA – INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS  
IPTU – IMPOSTO PREDIAL E TERRITORIAL URBANO  
LOAS - LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL  
MPAS - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
NETI – NÚCLEO DE ESTUDO DA TERCEIRA IDADE  
NIPEG – NÚCLEO INTEGRADO DE PESQUISA GERONTO-GERIÁTRICA  
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS  
PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
PNAD - PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRAS DE DOMICÍLIOS  
PNAS - POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO  
PNI – POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO  
PMF – PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

**PROAPS – PROGRAMA DE APOIO PSICOSSOCIAL AO IDOSO E SUA FAMÍLIA**

**PROATI - PROGRAMA DE ATENÇÃO A TERCEIRA IDADE**

**PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RMV – RENDA MENSAL VITALÍCIA**

**RENADI – REDE NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA**

**SEMAS – SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**SESC - SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**

**SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SUAS - SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE**

**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**UDESC - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CATARINA**

**UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

## SUMÁRIO

|          |                                                                                                                                               |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                                                                                                       | <b>13</b> |
| <b>2</b> | <b>A O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO IDOSO NO BRASIL</b> .....                                                     | <b>16</b> |
| 2.1      | O PROCESSO DE LONGEVIDADE: ASPECTOS BIOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS .....                                                                     | 17        |
| 2.2      | O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....                                                                                                 | 22        |
| 2.3      | AS POLÍTICAS VOLTADAS AO IDOSO.....                                                                                                           | 31        |
| 2.3.1    | Internacional.....                                                                                                                            | 31        |
| 2.3.2    | Federal .....                                                                                                                                 | 33        |
| 2.3.3    | Estadual .....                                                                                                                                | 39        |
| 2.3.4    | Municipal .....                                                                                                                               | 40        |
| <b>3</b> | <b>MECANISMOS DE PROTEÇÃO À POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: UM OLHAR SOBRE A ESFERA DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL</b> ..... | <b>43</b> |
| 3.1      | O SETOR DA SAÚDE NA ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO .....                                                                              | 44        |
| 3.1.1    | A organização municipal de saúde no atendimento a população idosa.....                                                                        | 49        |
| 3.2      | A ESTRUTURA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA DEFESA E GARANTIA DOS DIREITOS DOS IDOSOS .....                                                | 54        |
| 3.2.1    | Caracterização do CIAPREVI e do Programa Renda Extra: instrumentos que asseguram o direito da pessoa idosa .....                              | 59        |
| <b>4</b> | <b>A DIFICULDADE DE ARTICULAÇÃO ENTRE A ESFERA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL JUNTO COM O SETOR DA SAÚDE: CONHECENDO O UNIVERSO DO ESTUDO</b> .....    | <b>67</b> |
| 4.1      | LÓCUS DE ESTÁGIO: UMA REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE O CIAPREVI E O PROGRAMA RENDA EXTRA JUNTO COM O SETOR DA SAÚDE.....   | 68        |
| 4.2      | O TRABALHO ARTICULADO COM O SETOR DA SAÚDE NA VOZ DAS PROFISSIONAIS E ESTAGIÁRIAS QUE ATUAM NO CIAPREVI E NO PROGRAMA RENDA EXTRA .....       | 71        |

|     |                                                                                                                                      |           |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.3 | (RE) PENSANDO NOVAS POSSIBILIDADES PARA ARTICULAÇÃO ENTRE O CIAPREVI E PROGRAMA RENDA EXTRA JUNTO COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE..... | 80        |
| 5   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                     | <b>86</b> |
|     | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                                                             | <b>88</b> |
|     | <b>APÊNDICES.....</b>                                                                                                                | <b>93</b> |
|     | <b>APÊNDICE A – Questionário utilizado com as profissionais e as estagiárias do CIAPREVI e do Programa Renda Extra .....</b>         | <b>94</b> |
|     | <b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>                                                                  | <b>95</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso é requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Este estudo está ancorado na experiência de estágio curricular realizado durante três semestres na Gerência de Atenção ao Idoso, especificamente no Programa Renda Extra Idosos da Prefeitura Municipal de Florianópolis – PMF/SC.

Estudos sobre o envelhecimento de nossa população, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais de idade, informam que esse segmento vem tendo um crescimento mundial acelerado. Assim sendo, o crescente número de idosos é comprovado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo dados do censo de 2000 têm-se a expectativa de que, no ano 2025 no Brasil, estaremos com um contingente de idosos da ordem de, aproximadamente, 32 milhões de pessoas. Conforme Veras e Camargo (1995), o Brasil deverá ocupar o sexto lugar no mundo em população idosa.

Tal projeção afirma a necessidade de desenvolvermos políticas públicas que atendam às demandas desse segmento por saúde, educação, assistência social, enfim, por condições dignas de vida.

Nesta perspectiva de assegurar a cidadania aos idosos, o município de Florianópolis/SC, busca garantir a melhora na qualidade de vida destes através da Gerência de Atenção ao Idoso (GAI).

A Gerência de Atenção ao Idoso teve início em 2005, entretanto, o trabalho com o idoso na Prefeitura Municipal de Florianópolis e nesta Secretaria existe desde 1978. Foi estruturada como GAI a partir da criação da Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social e tem como objetivo viabilizar a inserção e/ ou permanência do idoso na vida familiar e comunitária e o envelhecimento saudável.

Os programas e projetos desenvolvidos por esta Gerência abrangem serviços e ações: na área do desenvolvimento sócio-educativo do idoso com implementação de projetos e ações de apoio e dinamização de grupos de convivência e de atividades físicas e recreativas; na área de prestação de benefícios e na área da defesa e proteção aos Direitos Sociais do Idoso, cabe destacar o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra A Pessoa Idosa – CIAPREVI e o Programa Renda Extra.

O CIAPREVI presta atendimento multiprofissional ao idoso em situação de vulnerabilidade social e ou vítima de violência e aos respectivos familiares, abrangendo ações de prevenção as situações de violência e capacitação de recursos humanos. Por sua vez o Programa Renda Extra possibilita ao idoso e sua família o acesso à aquisição de produtos e serviços que viabilizem o provimento das suas necessidades básicas, principalmente em relação à manutenção de suas demandas de saúde com o intuito de proporcionar melhor qualidade de vida a este segmento da sociedade.

Nesse sentido tanto o CIAPREVI quanto o Programa Renda Extra afirmam-se como espaços propícios para se realizar a aproximação como formas de políticas públicas existentes que buscam garantir aos segmentos fragilizados, como a população idosa, acesso à proteção social. Entretanto para consolidar suas ações ambos os serviços precisam de um trabalho efetivo e articulado com os profissionais da área da saúde.

Nessa linha, em uma visão processual, para ambos os serviços cumprirem efetivamente seus objetivos é necessário o fortalecimento de sua articulação com o setor da saúde, em especial com a equipe da Saúde da Família e os agentes comunitários, visto que este programa age em território em que as famílias vivem, e assim pode configurar-se como uma das referências, entre as ações da área social e o setor da saúde.

Em face destes aspectos juntamente com as experiências vivenciadas durante o período de estágio e as freqüentes manifestações de descontentamento com a articulação com o setor da saúde dos profissionais que atuam no Programa Renda Extra e CIAPREVI, surgiu a necessidade de se compreender a importância desta articulação entre estes setores e quais as dificuldades encontradas cotidianamente por estes profissionais. Portanto este estudo propõe uma reflexão sobre a articulação entre assistência social e saúde, identificando as principais dificuldades de atuação dos profissionais desta área (social).

Sobretudo tal estudo tem o intuito de viabilizar, de uma maneira mais eficiente e adequada, as intervenções dos profissionais que atuam no CIAPREVI e Programa Renda Extra para que este possa alcançar os objetivos de suas ações e, conseqüentemente, cumprir o que preconiza Estatuto do Idoso.

O presente trabalho foi organizado em três seções, que se contemplam e se articulam. Na primeira seção abordamos a questão sobre o envelhecimento, as

transformações biológicas, sociais e culturais relativas a este processo, o fenômeno do envelhecimento e a perspectiva da população no Brasil afirmando a necessidade de políticas voltadas ao idoso, em geral, uma breve contextualização das legislações direcionadas ao segmento populacional envelhecendo a partir do de quatro níveis: Internacional, Federal, Estadual e Municipal.

Na segunda seção apresentamos os mecanismos de proteção de Florianópolis voltados para a população idosa, com recorte no setor da saúde e na área da assistência social. Propomos um reconhecimento de ambas as políticas, enfatizando seus programas, projetos e serviços direcionados aos idosos.

Na terceira e última seção realizamos uma reflexão sobre os procedimentos de atendimento aos usuários no CIAPREVI e Programa Renda Extra, a partir das experiências vivenciadas pela estagiária no período de três semestres. Em seguida apresenta-se a articulação entre a assistência social junto com o setor da saúde, a partir da voz das profissionais e estagiárias, por meio de um estudo investigatório. E, para concluir a seção, apresentam-se possibilidades para articulação entre os profissionais do CIAPREVI e Programa Renda Extra junto com os profissionais da saúde.

Finalizamos com as considerações finais acerca do tema abordado e por fim, acrescentamos as referências que subsidiaram e fundamentaram a realização deste estudo.

## **2 O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO IDOSO NO BRASIL**

Frente ao fenômeno mundial do envelhecimento populacional, que vem ocorrendo, tanto em países desenvolvidos, como também naqueles em processo de desenvolvimento, não há como negar as novas mudanças e desafios diante destes acontecimentos.

O Brasil, assim como em outros países, possui um considerável número de pessoas na terceira idade, fato esse irreversível, apontando para um crescimento em relação à expectativa de vida. O aumento da população idosa no país traz consigo uma série de necessidades que conduzem a uma reavaliação das estratégias de planejamento em todos os âmbitos da sociedade. São indispensáveis políticas efetivas para este segmento populacional, tendo em vista que a cidadania deve se fazer presente durante toda a vida do ser humano.

Neste sentido nesta seção, inicialmente, será desenvolvida uma reflexão sobre o processo de envelhecimento em sua totalidade, a partir de três aspectos: biológico, social e cultural, compreendendo-o como um fenômeno natural inerente a todos os seres vivos, ou seja, é uma fase natural da vida humana, a qual todos estão sujeitos a passar.

Em seguida discorre sobre as mudanças que vem ocorrendo, em nível nacional, na pirâmide etária da população, retratando a especificidade do Brasil, que outrora sempre fora considerado um país jovem, hoje está envelhecendo. Destaca-se ainda o estado de Santa Catarina, o qual conta com cerca de 450 mil idosos espalhados pelos 293 municípios, destes será enfatizada a capital Florianópolis que condiz com uma população idosa de 33.766 mil habitantes onde constitui o objeto de estudo deste trabalho.

Sobretudo, revela que em decorrência do fenômeno da expansão do envelhecimento, surgem questões de diversas ordens; a título de exemplo, podemos elencar a área da saúde, da assistência social, da moradia em outras palavras, engloba fatores culturais, sociais, econômicos e políticos, colocando aos órgãos governamentais e à sociedade grandes desafios relacionados à longevidade. Assim retrata-se, ainda nesta seção, uma aproximação do percurso sobre as políticas, em nível internacional, federal, estadual e municipal voltadas ao idoso, traçando os principais acontecimentos entre estes.

## 2.1 O PROCESSO DE LONGEVIDADE: ASPECTOS BIOLÓGICOS, CULTURAIS E SOCIAIS.

O envelhecimento é um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável, para qualquer ser humano na evolução da vida. Diferentes autores apontam que os seres humanos desde sua concepção até a morte passam por diversas fases de desenvolvimento, sem exceção, todos estão sujeitos a diversos fatores referentes ao processo de envelhecimento, como afirma Monteiro (2003, p.144):

O passar de uma etapa a outra faz o organismo humano especializar-se, evoluir e, conseqüentemente, envelhecer. Em suma, envelhecer é um processo contínuo de mudança do organismo pela passagem da temporalidade. A cada novo acontecimento, um novo padrão corporal adquirido.

Souza, Skubs e Brêtas (2007, p.263) acrescentam ainda que o envelhecimento pode ser entendido como:

um processo comum a todos os seres que depende e será influenciado por múltiplos fatores (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros) conferindo a cada um que envelhece características particulares. É um processo dinâmico e progressivo no qual modificações tanto morfológicas como funcionais e bioquímicas podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças, comprometendo sua qualidade de saúde.

Em paralelo as transformações de ordem biológica constatadas no declínio do organismo humano, segundo diferentes autores, são provenientes, especialmente, do processo de senescência. Esse processo é responsável por perdas orgânicas e funcionais. De acordo com Salgado (1982) a senescência pode ser caracterizada como uma etapa posterior ou mais acentuada do envelhecimento, em que ocorrem mudanças incapacitantes e comprometedoras, capazes de efetuar decisivamente a estabilidade e a própria vida do idoso. Sendo assim, é necessário compreender que

o envelhecimento e a senescência são condições universais, presentes, portanto, no organismo de toda a pessoa que se aproxime da alta idade. Todavia, tais processos desenvolvem-se de forma diferenciada de indivíduo para indivíduo, pois dependem das preocupações que este atribuiu à saúde no decorrer de sua vida.

Entretanto Netto e Ponte (2002) afirmam que o processo de envelhecimento inicia-se no final da segunda década da vida, quando ocorre o declínio, pouco perceptível, das funções dos diferentes órgãos, até que no final da terceira década manifestam-se as primeiras mudanças funcionais. Considera-se que tal declínio varia o ritmo de deterioração devido à existência de diferentes indivíduos e diferentes sistemas orgânicos. Os autores admitem como regra geral que a partir dos 30 anos de idade o indivíduo, a cada ano, perca 1% das suas funções.

Neste contexto, os autores destacam como alterações funcionais, que ocorrem progressivamente, a diminuição das capacidades visual e auditiva, que se iniciam na meia-idade e que se prolongam e se acentuam na velhice. Vale elucidar outros aspectos relacionados a estas alterações: a diminuição da força muscular, da agilidade, da mobilidade das articulações, na redução da capacidade de memorizar informações, no equilíbrio, no reflexo; enfim tais alterações dificultam a realização de atividades que antes eram cotidianas e, muitas vezes interferem, na autonomia e independência da pessoa idosa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), autonomia é definida como capacidade de decisão e de comando, já independência como capacidade de realizar algo com seus próprios meios (Netto e Ponte, 2002).

Desse modo, as mudanças funcionais expressam-se pela necessidade cotidiana de ajuda para desempenhar as atividades básicas em que, muitas vezes, necessitam do auxílio da família. Entretanto, nem sempre essa está presente ou disponível, sendo necessário, assim, que o idoso seja incluído em medidas e programas de assistência e promoção social.

Embora a família seja vista como a principal responsável em proporcionar a autonomia e independência do idoso, não podemos esquecer a responsabilidade do Estado de garantir educação, saúde e segurança com qualidade que possibilitem o mesmo prover suas necessidades e sua própria subsistência, oferecendo condições de proporcionar uma vida digna e segura para este segmento da população. Neste sentido na próxima seção serão apresentados, a partir de um recorte, os mecanismos de proteção ao idoso no município de Florianópolis, destacando o setor

da saúde e a estrutura municipal de assistência social, dando ênfase para dois programas, CIAPREVI e Programa Renda Extra, que visam proporcionar a garantia e defesa dos direitos da pessoa idosa.

Em conformidade aos aspectos do declínio funcional do corpo humano, ocorrem também as alterações biológicas, as quais são reconhecidas por sinais externos do corpo, podendo ser observadas na alteração da textura da pele e nos primeiros cabelos brancos, que se acentuam conforme a idade e a particularidade do indivíduo. A partir de então, as alterações físicas mais visíveis e os estereótipos da velhice vão se aproximando.

De acordo com Minois a velhice é muitas vezes:

uma realidade temida por aqueles que ainda lá não chegaram e quase sempre mal vivida pelos idosos. Desconsiderada, desprezada ou encarada por uns como um mal incurável e anunciador da morte, é negada por outros que se recusam a reconhecer as suas alterações físicas. (MINOIS, 1999, p. 12)

Neste contexto é importante observarmos que a velhice não deve ser encarada como término da vida do indivíduo, mas sim como início de uma nova fase que deve ser aproveitada respeitando os limites externos e internos do corpo humano.

Embora o envelhecimento e a idade estejam relacionados diretamente com as alterações biológicas do corpo humano, as suas definições são determinados pela sociedade e cultura que esse segmento está inserido. Cabe elucidar Hareven (1999, p.17) quando afirma que “as definições do envelhecimento, bem como as condições e funções de cada grupo de idade, não só mudam significativamente ao longo do tempo, mas também variam entre diferentes culturas”.

Nesta direção é válido ressaltar que antigamente, na grande maioria das sociedades o estado de velhice era considerado altamente dignificante. Quando o indivíduo atingia essa etapa da vida (velhice) era considerado como um sábio. Entretanto, atualmente, com o avanço tecnológico, onde quem não se atualiza “fica pra trás”, o envelhecer é considerado um aspecto de decadência.

Em conformidade, a análise antropológica desenvolvida por Debert nos remete a compreender como se estabelece a construção social e as definições que são atribuídas à velhice e o processo de envelhecimento:

As representações sobre velhice, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos mais jovens ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos, assim como aquelas que estão direcionadas para as outras etapas da vida, como a infância, adolescência e juventude. (DEBERT, 1998, p. 50)

Deste modo, no mundo em que vivemos a valorização excessiva da força de produção do homem, colocou fatalmente o idoso em posição inferior. Além da dificuldade dos mais velhos de superar a exclusão e a discriminação, estes possuem grandes problemas em se relacionar com o meio social, isto ocorre justamente no momento em que a sobrevivência e o bem-estar do idoso dependem sobre tudo do meio em que convive.

Neste sentido, Minois chama atenção quando assegura que:

Cada sociedade tem os velhos que merece [...] Cada tipo de organização sócio-econômica e cultural é responsável pelo papel e imagem dos seus velhos. Cada sociedade segrega um modelo de homem ideal e é desse modelo que depende a imagem da velhice, a sua desvalorização ou valorização. (MINOIS, 1999, p.18)

Assim, o processo do envelhecimento humano não se refere apenas a um fato biológico e natural do indivíduo isolado, mas também a uma totalidade complexa que envolve a velhice compreendendo-a como um conjunto biossociocultural o qual, de acordo com a reflexão filosófica de Simone Beauvoir (1990), é difícil compreendê-la a partir de uma descrição analítica de cada aspecto relativo a mesma, já que ambos aspectos reagem entre si, sendo necessário analisar o movimento de circularidade desta relação para se apreender a velhice.

Outro aspecto que merece destaque está relacionado a diversas nomenclaturas associadas às pessoas com 60 anos ou mais, construídas

socialmente e influenciadas pelas transformações biológicas, sociais e culturais que população vem passando por todos esses anos.

De acordo com Peixoto (1998), para pessoa envelhecida era designado o termo classificatório velho sem conotação negativa ou caráter pejorativo, apenas no sentido de caracterizá-la como uma pessoa pertencente à faixa etária acima dos sessenta anos de idade. No final da década de 60, o Brasil sofre influência européia sobre a imagem da velhice e recupera do vocabulário português o termo idoso, marcando um tratamento mais respeitoso.

Neste contexto, ainda explica que os termos velho e idoso tornam-se terminologias classificatórias no tratamento às diversas classes sociais, retomando o termo velho como negativo ao designá-lo as camadas populares e passando a ser sinônimo de decadência.

Com a necessidade de conceber uma representação social mais positiva sobre os idosos, diferentemente da sua classe social, a sociedade cria uma nova expressão classificatória, a terceira idade, o que para Debert (1998, p.53), refere-se a “uma criação recente das sociedades ocidentais [...] de uma nova etapa da vida que se interpõe entre a idade adulta e a velhice”.

A partir das diferentes características encontradas dentro de um mesmo período de vida do ser humano, Peixoto (1998) apresenta a velhice como uma categoria social bastante heterogênea, etária e economicamente, já que as transformações sociais e históricas influenciam na concepção da velhice e criam estereótipos para melhor aceitação daqueles que ainda não alcançaram os 60 anos de idade, mas também para aqueles que já vivem acima desta faixa etária.

Assim, o termo idoso passa a ser designado aos velhos de maneira respeitosa e terceira idade designado aos jovens velhos, aqueles dinâmicos e autônomos (PEIXOTO, 1998), devendo considerar também a quarta e quinta idade que, por consequência do aumento da longevidade humana, representam aqueles velhos muito velhos.

Como vimos, o envelhecimento é parte de um processo da vida, no qual ocorrem diversas transformações com o indivíduo. Logo, pode ser compreendido como um fenômeno biológico, cultural e social, por isso, esta fase da vida é multidimensional e multifacetada, já que engloba inúmeras mudanças. Assim, vale ressaltar a importância de estudos e pesquisas voltados para a crescente população

idosa, que vem ocasionando uma inversão na pirâmide populacional brasileira, como abordaremos no próximo item.

## 2.2 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O fenômeno do envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial, isto é, ao aumento mundial da expectativa de vida da população, em outras palavras há um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. Tal fenômeno, de acordo com Netto e Ponte (2002), traz a tona grandes desafios relacionados aos problemas de envelhecimento para os órgãos governamentais e para a sociedade, assim torna-se essencial um maior conhecimento sobre a população idosa.

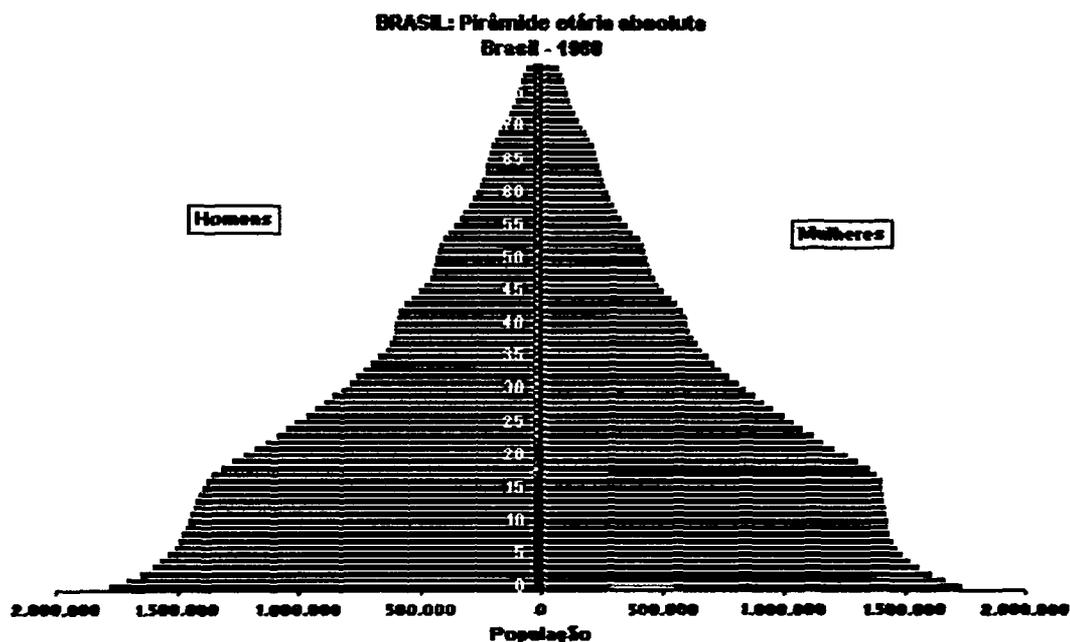
Segundo Camarano (2004) nas últimas décadas observa-se um aumento das taxas de crescimento populacional entre o segmento idoso de 4 % em 1940 para 8,6% em 2000, ou seja, na década de 40, 1,7 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais, já em 2000 um contingente de 14,5 milhões. Na década de 50, o crescimento dessa população atingiu valores superiores a 3,3% ao ano e entre 1991 e 2000, atingiram 3,4% ao ano e projeta-se para 2020 aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que alcançarão a idade igual ou superior a 60 anos (BELTRÃO, CAMARANO, KANSO, 2004 apud CAMARANO, 2004).

Outro fato importante é o aumento na esperança média de vida no País, ou seja, os brasileiros estão vivendo mais. O progresso da expectativa de vida ocorre tanto ao nascer quanto aos 60 anos. Em 1980 a esperança de vida ao nascer masculina era de 58,5 anos progredindo para 67,5 em 2000 e para a feminina de 64,6 para 75,9 anos. A esperança de vida aos 60 anos passou de 15,6 anos em 1980 para 19,7, já em 2000 para os homens idosos foi de 17,4 anos para 23,1 para as mulheres. Vale destacar que neste período de 20 anos, as mulheres em geral, passaram a viver 8,4 anos a mais do que os homens e as idosas, 3,4 anos a mais. (IBGE / Censo Demográfico de 1980 e 2000)

Alguns “estudos sobre projeções demográficas demonstram, por exemplo, que no Brasil entre os anos de 1950 e 2025, a população total crescerá 5 vezes, enquanto a população com idade igual ou superior a 60 anos aumentará 15 vezes”. (NETTO; PONTE, 2002, p.8). No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000) foi apresentado projeções demográficas indicando que em

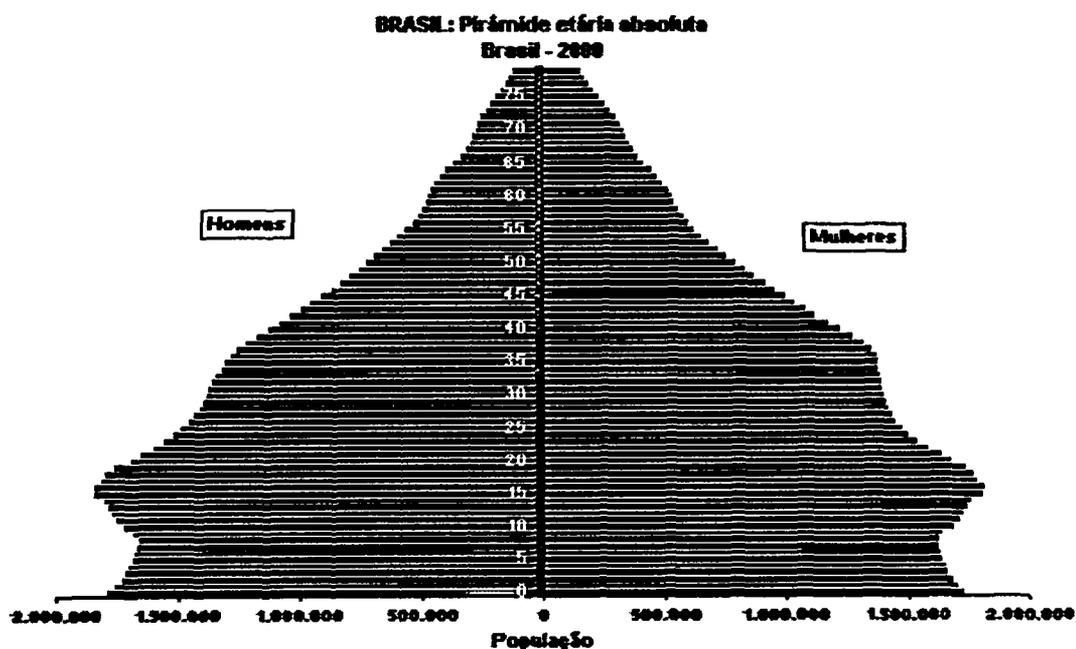
2020 o Brasil estará com cerca de 216 milhões de habitantes, sendo que 31,3 milhões serão idosos, significando aproximadamente 15% da população total. Esta situação pode ser comparada a partir dos gráficos da população brasileira do ano de 1980 e de 2000 e os gráficos sobre a projeção desta, para os anos 2020 e 2050:

**Gráfico 1 – Pirâmide etária da população brasileira do ano 1980**



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

**Gráfico 2 – Pirâmide etária da população brasileira do ano 2000.**



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Gráfico 3 – Projeção da pirâmide etária da população brasileira para o ano de 2020

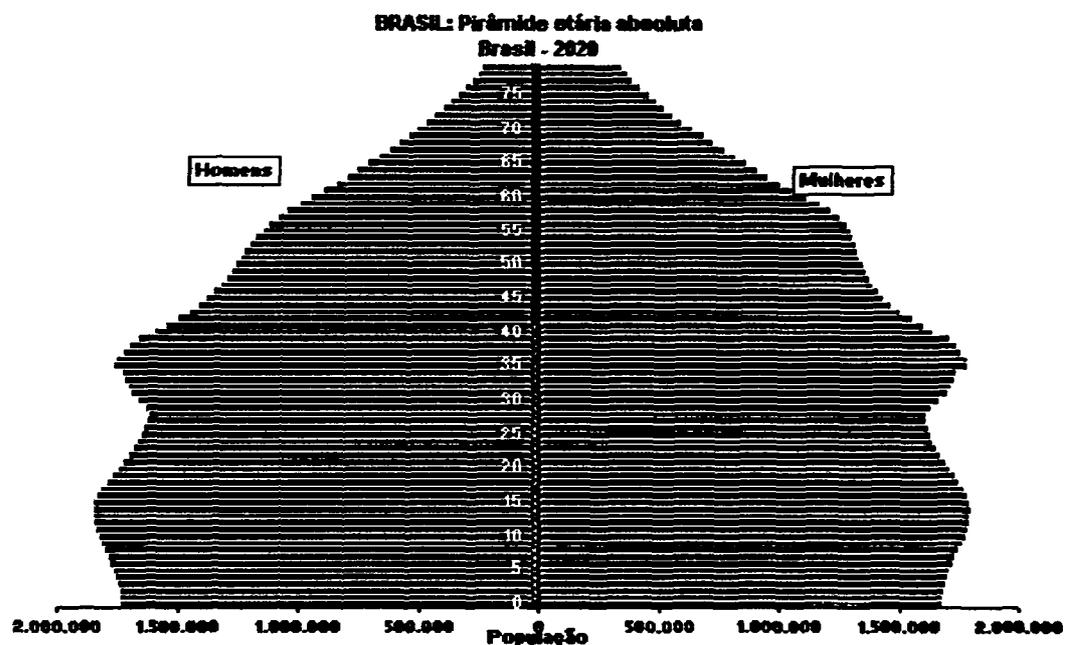
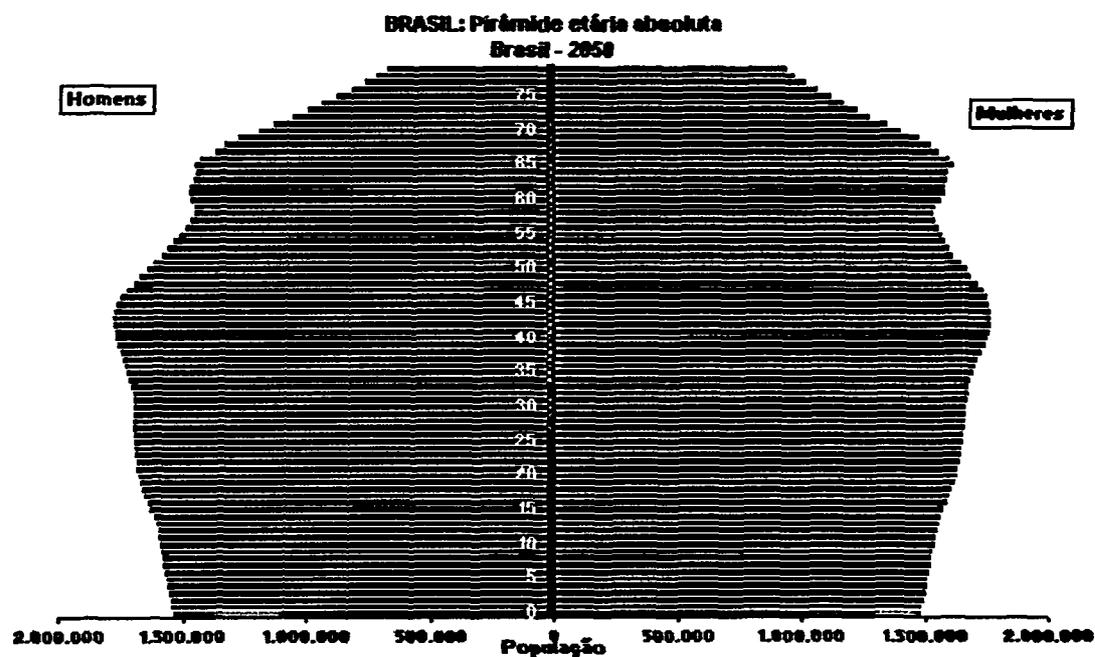


Gráfico 4 – Projeção da pirâmide etária da população brasileira para o ano de 2050.



Diante destas projeções da pirâmide etária da população absoluta podemos analisar a inversão que esta vem sofrendo, em que o número de idosos passa a representar uma considerável ampliação diante ao número de jovens. Segundo o IBGE (2000) existe uma proporção de 30 idosos para cada 100 crianças, o que indica baixas taxas de natalidade e fecundidade. Desta forma o número de pessoas de mais de 65 anos de idade tem crescido e tende a crescer ainda mais, conforme Kanso, Leitão e Mello (2004, p.26):

[...] o crescimento da população idosa é conseqüência de dois processos: a alta taxa de fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais significativo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro, a diminuição da mortalidade trouxe como conseqüência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento.

Segundo os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2007 pelo IBGE, também mostram que a taxa de fecundidade total do país em 2007, regrediu para 1,95 nascimentos por mulher, é a menor já registrada pelo IBGE, ficando abaixo do nível do limite da reposição. O Quadro 1 a seguir apresenta a taxa de fecundidade, nascimento/mulher, a partir da década de 40 até 2007.

**Quadro 1:** Taxa de fecundidade no Brasil.

| Taxa de fecundidade: 1940 - 2007 |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1940                             | 6,2 nascimentos/mulher  |
| 1950                             | 6,2 nascimentos/mulher  |
| 1960                             | 6,3 nascimentos/mulher  |
| 1970                             | 5,8 nascimentos/mulher  |
| 1980                             | 4,4 nascimentos/mulher  |
| 1991                             | 2,9 nascimentos/mulher  |
| 2000                             | 2,3 nascimentos/mulher  |
| 2006                             | 1,9 nascimentos/mulher  |
| 2007                             | 1,95 nascimentos/mulher |

Fonte: IBGE/PNAD/2007

Como afirma a pesquisadora Camarano em seus diversos estudos em nível nacional, a população idosa brasileira, atualmente, é o grupo etário que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. Assim, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000) o Brasil encontra-se na lista dos países de maior desenvolvimento humano, em virtude ao expressivo aumento da expectativa de vida. Pelo Quadro 2 permite-se verificar a evolução da população idosa em nosso país:

**Quadro 2 – Pessoas com 60 anos ou mais – população brasileira total e respectiva distribuição percentual, por grupos de idade – 1920/2007**

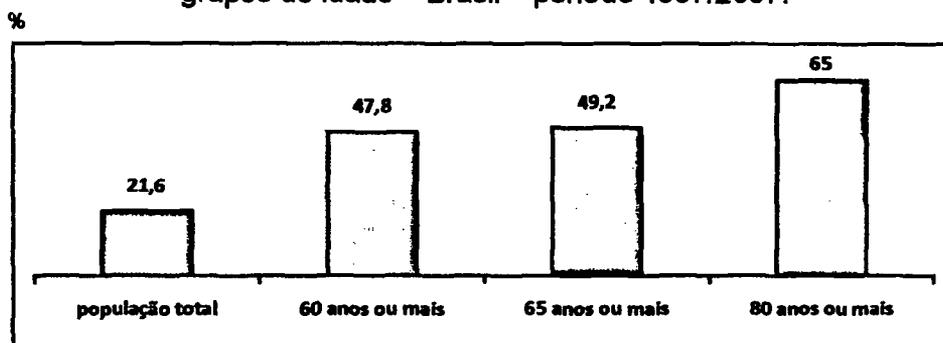
| Ano  | Total (Brasil) | TOTAL IDOSO |          |
|------|----------------|-------------|----------|
|      |                | ABSOLUTO    | RELATIVO |
| 1920 | 27.500*        | 1.234.175   | 4,0      |
| 1940 | 41.236*        | 1.675.534   | 4,1      |
| 1950 | 51.944         | 2.205.341   | 4,2      |
| 1960 | 70.119         | 3.313.623   | 4,7      |
| 1980 | 119.099        | 7.216.017   | 6,1      |
| 1990 | 147.291        | 10.542.170  | 7,1      |
| 2000 | 169.799.170    | 14.536.029  | 8,6      |
| 2001 | 169.369.557    | 15.332.772  | 9,1      |
| 2002 | 171.667.536    | 16.022.231  | 9,3      |
| 2003 | 173.966.052    | 16.732.547  | 9,6      |
| 2004 | 182.060.108    | 17.662.715  | 9,7      |
| 2005 | 184.388.620    | 18.193.915  | 9,9      |
| 2006 | 187.228.000    | 19.077.000  | 10,2     |
| 2007 | 189.820.000    | 19.955.000  | 10,5     |

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 1920– 2000; IBGE. Síntese de indicadores sociais 2001/2006; IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise nas condições de vida da população brasileira, 2007/2008.

\*Dados retificados pelo IBGE

Conforme o Quadro 2 a ampliação da população idosa apresenta-se como um fenômeno contínuo e progressivo, entre 1980 e 2000 calcula-se um aumento de sete milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Cabe ressaltar, ainda, o percentual do crescimento da população idosa diante da população total do Brasil, em um período dez anos, como pode ser observado a seguir:

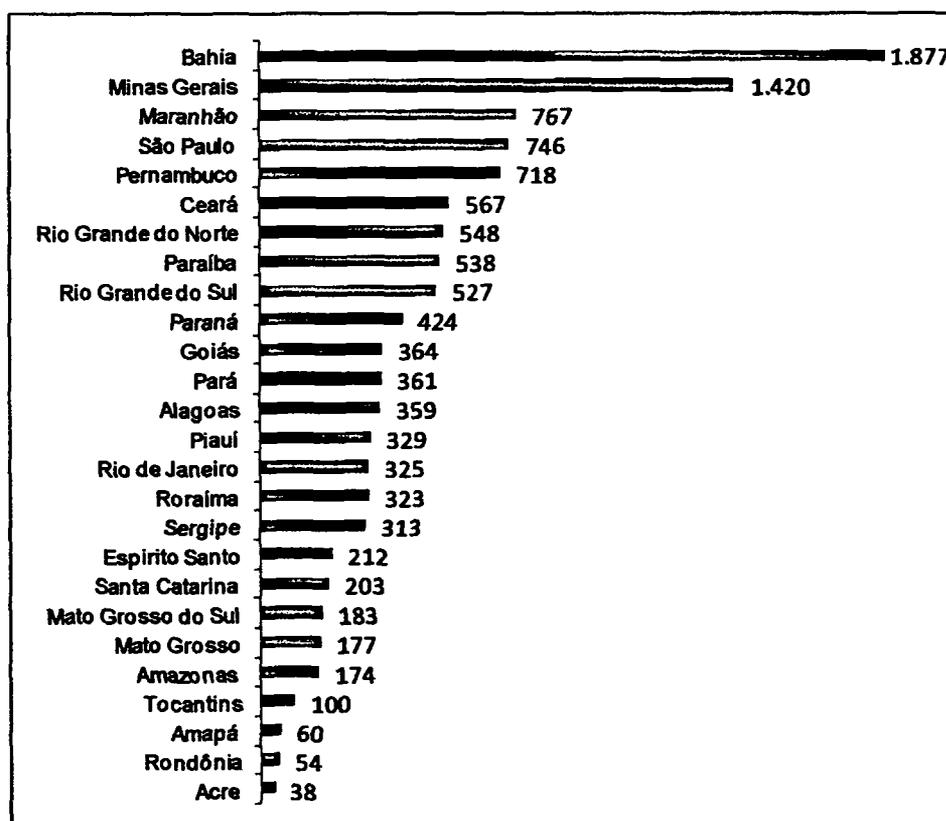
**Gráfico 5 – Crescimento relativo da população total e dos idosos, por grupos de idade – Brasil – período 1997/2007.**



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007

Observa-se no gráfico 5 que a composição etária da população de 80 anos ou mais, dentro do próprio grupo idoso, vem aumentando, em outras palavras a população considerada idosa também está envelhecendo. Segundo informações divulgadas pelo IBGE (2000) a população idosa com 100 anos ou mais é de 11.422 brasileiros. Conforme o gráfico 6 é possível observar a distribuição destes centenários pelo território nacional, cabe ressaltar que esta pesquisa foi realizada em 5.435 municípios brasileiros com até 170 mil habitantes.

**Gráfico 6 – Idosos acima de 100 anos por Estado.**



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000.

O IBGE (2000), sobre o aumento da população idosa, constata em suas pesquisas que, apesar das baixas taxas de fecundidade (Quadro 1) ainda ser o principal fator da dinâmica demográfica brasileira, a longevidade é que vem progressivamente definindo seus traços de evolução. Neste sentido, o IPEA (2005) afirma que o segmento populacional idoso está vivendo mais e com melhor qualidade de vida devido aos avanços da medicina e o maior acesso aos serviços de saúde. No decorrer deste estudo, especificamente na segunda seção, será elucidado o setor da saúde voltado para a população idosa do município de Florianópolis, destacando o Programa Capital Idoso.

Outro impacto que também tem sido notado nas pesquisas é a feminização da população idosa, fomentado uma questão de gênero, explicitada por Veras (2003) que afirma que as mulheres vivem mais do que os homens devido a diversos fatores, entre eles podemos destacar, o menor consumo de álcool e tabaco, menor exposição a riscos relacionados acidentes domésticos, de trabalho, de trânsito, além de homicídios e suicídios, os quais ocorrem quatro vezes mais com os homens do que com as mulheres.

Sobre a distribuição territorial da população idosa brasileira destaca-se a Região Norte (6,5%) como a menor porcentagem de idosos. As regiões com maior concentração são a Sudeste (11,7%) e a Sul (11,4%), seguidas por a Centro-Oeste (8,3%) e a Nordeste (9,5%). (IBGE, Síntese de Indicadores Sociais, 2008).

Dentre os estados brasileiros vamos nos reportar apenas ao de Santa Catarina, enfatizando o município de Florianópolis, pois este constitui o universo de pesquisa de estudo deste trabalho.

O Estado de Santa Catarina está localizado no centro da Região Sul, suas dimensões territoriais são limitadas aos estados do Paraná (ao norte) e Rio Grande do Sul (ao sul), Oceano Atlântico (a leste) e ao país da Argentina (a oeste). É uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo o vigésimo maior estado da nação e o décimo primeiro mais populoso, além de ser o nono mais povoado.

Conforme a Síntese de Indicadores Sociais: uma análise nas condições de vida da população brasileira (IBGE, 2008), Santa Catarina apresenta um panorama de 6.066.000 (seis milhões e sessenta e seis mil) habitantes sendo que 630.000 (seiscentos e trinta mil) são pessoas com mais de 60 anos de idade, representando 10,4% da população total.

A população idosa de Santa Catarina está distribuída pelos 293 municípios do estado. Destes, destacaremos a capital Florianópolis que apresenta 33.766 idosos, aproximadamente 10% da população total do município de 402.346 mil habitantes. Do total de idosos 14.035 são homens e 19.731 são mulheres, o que reafirma o fenômeno da incidência feminina neste segmento populacional, anteriormente destacado. De acordo com o Quadro 3, observa-se a distribuição da população idosa, subdividida entre homens e mulheres, na cidade de Florianópolis em suas cinco regiões:

**Quadro 3 – Distribuição da população idosa por região do município de Florianópolis / SC - 2008**

| REGIÕES    | POPULAÇÃO IDOSA |        |          |
|------------|-----------------|--------|----------|
|            | TOTAL           | HOMENS | MULHERES |
| CONTINENTE | 9.790           | 4.017  | 5.773    |
| SUL        | 5.337           | 2.356  | 3.014    |
| CENTRO     | 10.544          | 4.066  | 6.478    |
| LESTÉ      | 3.764           | 1.604  | 2.160    |
| NORTE      | 4.298           | 1.992  | 2.306    |

Fonte: site Secretaria Municipal de Saúde – Florianópolis, 2008

Nesta perspectiva, a partir dos dados atuais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde<sup>1</sup>, pode-se observar o número de pessoas que se encontram entre os 50 e 59 anos de idade, um total de 33.077 mil pessoas, nos permitindo prever um alto número de habitantes que se aproximam dos sessenta anos, fazendo parte então do segmento populacional idoso, assim como prevê as legislações que serão abordadas no próximo item desta seção.

De acordo com o relatório Perfil do Idoso do Município de Florianópolis<sup>2</sup> de 2004 a população idosa do município apresentava uma média etária de 71,6 anos de idade, alternando entre 60 e 101 anos, com uma maior incidência no grupo etário de 60 a 69 (46,1%).

<sup>1</sup> Informações visualizadas no site:

[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades\\_saude/populacao/ulst\\_2008.php](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/populacao/ulst_2008.php) em 02/06/2009.

<sup>2</sup> Este relatório foi publicado em 2004, é resultado de uma pesquisa realizada no período entre agosto e dezembro de 2002, pela UFSC, através do Centro de Desportos e Centro de Ciências da Saúde. Principal objetivo conhecer a realidade do cotidiano do idoso em diversos aspectos relacionados às suas condições de vida e saúde, vale destacar que os idosos internados em Instituições de Longa Permanência, hospitais e outros estabelecimentos semelhantes não fizeram parte desta pesquisa.

Outro fator importante constatado pela pesquisa foi a porcentagem de 61,4 % dos idosos munícipes de Florianópolis são casados e, também que 66,6 % deste segmento reside com cônjuge e filhos

Sobre o nível de escolaridade, verificou-se que o nível primário foi o mais freqüente (32,8%), entretanto apontou destaque de 11,9% com nível superior, representado em maior proporção pelos idosos de sexo masculino.

Dentre os entrevistados as duas principais preocupações dos idosos verificadas foram, respectivamente, a econômica e a saúde. Sobre a situação econômica foi verificado que embora a maioria seja aposentada ou receba pensão por morte, quase 20% dos entrevistados apresentaram dificuldades financeiras para adquirirem medicamentos e também para suprir suas necessidades básicas diárias. Nesta perspectiva, na segunda seção deste trabalho, será abordado o Programa Renda Extra, um programa municipal que visa garantir os mínimos sociais aos munícipes de Florianópolis acima de 60 anos<sup>3</sup>.

Em relação à saúde, os idosos demonstraram preocupação, pois a maioria deles relatou ter algum problema, entre eles podemos destacar reumatismo, dores na coluna, doenças cardiovasculares e doenças crônico-degenerativas. Entre os idosos de Florianópolis que utilizam o serviço público de saúde, registram-se queixas principalmente na demora para marcar consultas, além do tempo de espera para serem atendidos, fatos que foram muito enfatizados durante as entrevistas. Cabe salientar que a seguir, na próxima seção, será apresentado o setor da saúde voltado para o idoso no município de Florianópolis.

Analisando a conjuntura do que foi abordado sobre o envelhecimento da população nestes três níveis – Brasil, Santa Catarina e Florianópolis - devemos considerar que a velhice deixou de ser raridade em nosso cotidiano e implica um olhar diferenciado frente a este novo segmento, uma vez que o impacto causado pelo rápido aumento destes é preocupante hoje e deverá ser ainda mais no futuro. Segundo Netto e Ponte (2002) o crescimento da população idosa não só apresenta transformações demográficas como também ganham destaque no impacto social, o qual determinará intensas modificações socioeconômicas visando a melhor qualidade de vida aos idosos e aos que encontram em processo de envelhecimento.

---

<sup>3</sup> Na segunda seção deste trabalho, especificamente no item 2.2.1, será apresentado o Programa Renda Extra, seus critérios, procedimentos, entre outros pontos importantes para compreender a finalidade deste programa.

Enfim diante deste cenário de uma população envelhecete, afirma-se a necessidade da consolidação de mecanismos que legitimem os direitos deste segmento. Assim no próximo item serão abordadas as políticas voltadas ao idoso que visam promover a proteção social e a promoção das pessoas idosas como sujeitos inerentes no processo dialético na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

## 2.3 AS POLÍTICAS VOLTADAS AO IDOSO.

Como já vimos, o Brasil tem sido surpreendido por uma expressiva modificação demográfica - o aumento da população idosa. Sabemos também que o envelhecimento traz a tona demandas de proteção em suas múltiplas especificidades, podemos destacar a área da saúde, moradia, assistência social, trabalho, entre outras palavras engloba fatores culturais, sociais, econômicos e políticos afirmando a necessidade de reconhecimento dos direitos deste segmento populacional frente às ações de proteção social.

Assim, no próximo item serão aludidas as políticas voltadas à pessoa idosa, com o intuito de apresentar as principais legislações que orientaram a implementação dos direitos e desta forma contribuir para a autonomia, a integração e a participação deste segmento populacional. Essa apresentação acontecerá a partir de uma breve contextualização no âmbito de quatro níveis: internacional, federal, estadual e municipal. Segue a apresentação do primeiro nível a ser abordado.

### 2.3.1 Internacional

Em nível mundial as políticas e programas sociais voltados para população idosa apresentaram ênfase a partir da década de 70 e estavam direcionadas para o enfrentamento do processo de longevidade. Neste período se inicia a discussão sobre a necessidade de uma agenda internacional de políticas públicas voltada para o segmento envelhecete. Com este cenário favorável, em 1982, acontece a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, na Áustria, resultando o Primeiro Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, contendo sessenta e seis recomendações sobre políticas sociais particulares como saúde, assistência social, previdência, educação, trabalho, habitação entre outras.

Este Primeiro Plano tinha como objetivo garantir e assegurar a segurança econômica e social dos idosos, assim como identificar oportunidades de integração deste no processo de desenvolvimento de cada país. Porém, suas orientações centravam-se nas especificidades do envelhecimento populacional dos países desenvolvidos, o qual vinha ocorrendo há vários anos, e num contexto socioeconômico e político mais favorável à garantia de direitos de cidadania. Entretanto tal Plano representou um avanço na questão das políticas voltadas para a pessoa idosa, pois, até então, a questão do envelhecimento não era o foco da Assembléia Geral e de outras agências das Nações Unidas. (Pasinato, 2004, p.254)

Por iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU), o ano de 1999 foi considerado o Ano Internacional do Idoso, com o tema: o conceito de uma sociedade pra todas as idades, em virtude da grande importância e preocupação em relação a este segmento da população. Apresentou quatro dimensões: desenvolvimento individual durante toda a vida; relações entre várias gerações; relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento; e a situação dos idosos. Porém pouco se avançou em práticas significativas para essa faixa etária no sentido de uma valorização do idoso na sociedade.

Em 2002, aconteceu a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, em Madri - Espanha, resultando no Segundo Plano de Ação para o Envelhecimento, onde os países em desenvolvimento receberam especial atenção. É o que se deduz da leitura do artigo 7º da declaração política dos representantes da Segunda Assembléia (ONU, 2003):

Os países em desenvolvimento, particularmente os menos adiantados, assim como alguns países de economia em transição, precisam ainda vencer numerosos obstáculos para se integrarem mais e participar plenamente na economia mundial. A menos que as vantagens do desenvolvimento social e econômico cheguem a todos os países, um número cada vez maior de pessoas, sobretudo idosos de todos os países e mesmo de regiões inteiras, ficarão à margem da economia mundial. Por esse motivo, reconhecemos a importância de incluir o tema do envelhecimento nos programas de desenvolvimento, assim como as estratégias de erradicação da pobreza e de cuidar que todos os países consigam participar plenamente no desenvolvimento da economia mundial.

Esta Assembléia Mundial ocorreu num contexto diferente daquele de Viena, porque contou com a participação do Estado e da sociedade civil e resultou numa nova declaração política e num novo Plano de Ação que serviria de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. A expectativa era a de que ele exerceria uma vasta influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa em todo o mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento (PASINATO, 2004). Além disso, este plano ainda contém alguns princípios, entre os quais se destaca, segundo Camarano (2004, p. 258), o seguinte: “[...] assegurar um entorno propício e favorável ao envelhecimento implica promover políticas voltadas para a família e a comunidade que assegurem um envelhecimento seguro e promovam a solidariedade intergeracional”.

Em conformidade ao tema e seguindo o proposto anteriormente, a seguir será realizado um breve histórico sobre as políticas voltadas a população idosa no Brasil, ressaltando as conquistas marcantes no âmbito federal.

### **2.3.2 Federal**

As políticas de atenção aos idosos foram instituídas a passos lentos na história do Brasil. A primeira lei direcionada a este segmento da população foi no período colonial, conhecida como Lei dos Sexagenários ou Lei Saraiva-Cotejipe, promulgada no dia 28 de setembro de 1885 que garantia liberdade aos escravos com mais de 65 anos de idade, mediante indenização paga aos proprietários.

No início do século XX, uma das primeiras formas de assistência ao idoso era fundamentada na caridade, através de entidades beneficentes, que tinham por objetivo abrigar e sustentar uma parcela de indivíduos denominados de desvalidos que por razões de sua idade avançada apresentavam-se em situação fragilizada tanto na questão de saúde quanto na questão de moradia. Já em 1919 voltada para os trabalhadores do âmbito privado, começaram a surgir, políticas previdenciárias como a criação do seguro de acidentes do trabalho, e a primeira caixa de aposentadorias e pensões, em 1923 (Lei Eloy Chaves). Em 1933, foi criado o primeiro fundo de aposentadoria por categoria profissional – o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM).

Na década de 60 sob a influência e as pressões da sociedade civil e das associações científicas, entre outros, podemos considerar, ainda, como um marco

importante para as políticas de atenção ao idoso, duas ações que causaram impacto, a primeira delas, de acordo com Pasinato (2004, p. 264) foi:

[...] a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961. Um dos seus objetivos era o de “estimular” iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia.

A segunda ação ocorreu em 1963, quando o Serviço Social do Comércio (SESC) abriu espaço para seus associados idosos, desenvolvendo programas de lazer para o preenchimento do tempo dessa classe.

Em 1970 o Governo Federal instituiu em prol aos idosos carentes, benefícios não-contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais. No ano de 1974, o elenco de benefícios da previdência social rural foi acrescido de duas novas espécies: o amparo previdenciário para os indivíduos com idade superior a 70 anos e inválidos definitivamente incapacitados para o trabalho, que não tivessem outra fonte de renda (Lei 6.179, de dezembro) e o seguro Acidentes do Trabalhador Rural (Lei 6.195, de 19 de dezembro).

Em 1988, ocorre a promulgação da Constituição Federal Brasileira, admitindo avanços importantíssimos em matéria de direitos sociais. Esta Carta Magna é um exemplo claro da mudança de postura em relação ao tema da velhice, é um primeiro passo, em relação ao reconhecimento da população idosa em sua complexidade e totalidade. Diversos artigos da Constituição Federal abordam questões sobre a velhice e os idosos de maneira geral, assim explicitou-se a proteção social aos idosos como dever do Estado e direito do cidadão, mas especificamente em seu artigo 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo, sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida”. (BRASIL, 1988)

Entretanto de acordo com Augustini (apud SOUZA, 2004) o fato da Constituição de 1988 incluir a velhice como uma das suas preocupações, não inclui explicitamente no artigo sobre direitos sociais a proteção a velhice, como ocorreu em relação à criança e o adolescente.

Um marco importante dessa trajetória da Constituição de 88 foi a disposição, entre outros elementos, do conceito de Seguridade Social em seu Art. 194 assegurando 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” (BRASIL, 1988), fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania. Neste sentido, vale ainda reportamos a Pasinato (2004, p. 273) quando afirma que:

[...] aproximadamente 16,7 milhões de famílias sejam beneficiadas pela seguridade social. Esse valor caracteriza essas ações como uma política social moderna, capaz de resolver, pelo menos parcialmente, a questão da pobreza entre os idosos brasileiros.

Outra conquista ocorreu no dia 7 de dezembro de 1993 quando foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) regida pela Lei Federal nº 8742, que, além de abordar a organização das políticas de assistência social nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), dispõe sobre medidas específicas, como a garantia de programas e serviços de atenção à criança, ao jovem, ao idoso, ao deficiente e à família em condição de vulnerabilidade social e pobreza, desenvolvidos em parcerias entre as esferas.

Neste contexto, Pereira (2005) ressalta que a Assistência Social representou um avanço na melhoria da qualidade de vida dos idosos, pois recebeu uma nova institucionalidade, passando a se pautar pelo paradigma da cidadania ampliada e a atuar como política pública concretizadora de direitos sociais básicos, particularmente de crianças, idosos, portadores de deficiência, famílias e pessoas vulneráveis social e economicamente. No que diz respeito especificamente ao idoso, na LOAS, constitui - se área estratégica de expressiva cobertura em todas as unidades federadas, que conforme Pereira (2005, p. 13) engloba:

a)No âmbito Federal: transferência continuada de renda a idosos impossibilitados de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa.

b) No âmbito Estadual, Municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos governos que, em parceria com o governo federal ou instituições privadas, podem contemplar celebração de convênios para prestação de serviços especiais; distribuição de benefícios eventuais; criação e regulamentação de atendimentos asilares; realização de programas educativos e culturais; isenções fiscais de entidades particulares, dentre outros

Em seu Artigo 2º, inciso V, estabelece a regulamentação do Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>4</sup>, instituído como não contributivo, isto é, que não requer contribuição de seus destinatários, como critérios o usuário não pode possuir meios para prover sua subsistência e nem de tê-la provida por sua família, é assegurada um provento mensal de 1 (um) salário mínimo. Este benefício em dinheiro é pago pelo , com recursos transferidos do Fundo Nacional de Assistência Social, e seu recebimento é feito com cartão magnético. Entretanto, ele não é vitalício, podendo ser suspenso sempre que as condições que lhe deram motivo forem superadas. Neste contexto, pode-se considerar que (IPEA, 2008, p.52):

O BPC é um dos mais importantes programas da seguridade social. Ele representou o reconhecimento do princípio da solidariedade social no campo da garantia de renda, estabelecendo o direito social não-contributivo a um benefício monetário no valor de 1 salário mínimo (SM) para os idosos e deficientes em situação de pobreza. Sua implementação tem significado a manutenção de patamares mínimos de bem-estar para mais de 2,5 milhões de famílias pobres que têm, entre seus membros, idosos com mais de 65 anos e pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e a vida autônoma.

Em 04 de janeiro de 1994 foi aprovada Lei nº 8.842, ou Política Nacional do Idoso - PNI, sendo a mesma regulamentada somente em 1996, estabelecendo que os maiores de 60 anos sejam objeto de atenção especial do Estado, cuja política tem como diretrizes norteadoras, segundo o que nos relata a autora Pasinato (2004, p.269):

---

<sup>4</sup> B.P.C. sofreu algumas alterações, pelo Estatuto do idoso (Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003). Nessa alteração, consta que é referida aos idosos, a partir de 65 anos e não de 67 como prevê a LOAS; Outra alteração digna de nota é que o benefício concedido a qualquer membro da família não será computado para fins de cálculo da renda familiar definidora da linha de pobreza estabelecida para o acesso ao benefício, tal como indicado na LOAS.

[...] incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas à formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento.

A PNI foi constituída através da mobilização da sociedade civil e de órgãos governamentais, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a implementar políticas para que os idosos tivessem seus direitos garantidos. Assim a Política Nacional do Idoso, cujo objetivo é assegurar os direitos sociais deste segmento, promove sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, garantindo desta forma, o direito de acesso à cidadania, do qual devem ser assegurados pelo Estado, pela família e pela sociedade.

A Lei nº. 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, através, inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária.

No que tange à educação, a lei trata da inclusão da Gerontologia e Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores e, nos currículos mínimos, nos diversos níveis de ensino formal, inserindo conteúdos voltados para o processo de envelhecimento bem como o desenvolvimento de programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de produzir conhecimentos informando sobre o assunto de forma a eliminar preconceitos.

Segundo Pessoa (2008, p.4) a PNI se realiza baseada nos seguintes princípios e diretrizes:

1) *descentralização político-administrativa*, significando que cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a tarefa de formular e implementar as ações destinada a garantir direitos da população idosa; 2) *Intersetorialidade*, significando o desenvolvimento de ações integradas entre todas as instituições responsáveis pela realização de políticas públicas, de modo a garantir a integralidade do

atendimento das demandas e necessidades da pessoa idosa; 3) *participação e controle social*, significando a criação de canais e a concretização dos direitos da pessoa idosa. Uma das instâncias mais conhecidas de participação democrática direta, nos termos da PNI, são os Conselhos dos direitos do idoso, que deverão existir em todas as unidades da federação (União, Estadual, Município).

A primeira agenda formulada para implementar as determinações da PNI foi elaborada pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1997, sob a forma de um Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. (Pessoa, 2008)

Em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social e com a Política Nacional do Idoso em 19 de outubro de 2006 foi aprovada pela Portaria nº 2.528 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, fundamentando a ação do setor da saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade com o que determina a Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 1990<sup>5</sup>. Esta Política veio substituir a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº1.395/GM) criada em 10 de dezembro de 1999. Tem como propósito “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, [...] da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças a recuperação de saúde [...] e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida” (BRASIL, 2006, p.7).

A implementação desta política compreende a definição e ou readequação de planos, programa, projetos e atividades do setor da saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com população idosa. Sendo assim a Política Nacional de Saúde do Idoso será referenciada, também, na próxima seção deste estudo juntamente com a apresentação do setor da saúde na atenção integral ao idoso.

Outro marco nas conquistas voltadas aos idosos deve-se destacar o Estatuto do Idoso que, após tramitar 07 anos pelo Congresso Nacional, foi aprovado pela Câmara de Deputados e pelo Senado Federal. A Lei Federal nº10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, foi aprovada em setembro de 2003 e sancionada em 01 de outubro do mesmo ano e entrou em vigor no dia 01 de janeiro de 2004, trazendo grandes avanços no campo dos direitos aos idosos.

---

<sup>5</sup> A Lei Nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.

Segundo o Estatuto é considerado idoso a pessoa que tem idade igual ou superior a 60 anos. A família, a comunidade e o Poder Público têm o dever de garantir ao idoso, com absoluta prioridade, os direitos assegurados à pessoa humana. Segundo Rocha (2003, p.1), entende-se por prioridade humana:

- a preferência na formulação de políticas sociais;
- o privilégio para os idosos na destinação de recursos públicos;
- a viabilização de formas eficazes de convívio, ocupação e participação dos mais jovens com os idosos;
- a prioridade no atendimento público e privado;
- a manutenção do idosos com sua própria família;
- o estabelecimento e mecanismos que esclareçam à população o que é o envelhecimento e a garantia de acesso a rede de saúde e assistência.

O aludido Estatuto veio resgatar os princípios constitucionais que garantem aos cidadãos os direitos que preservem a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade conforme o artigo 3º IV da Constituição da República Federativa do Brasil.

O delineamento e a consolidação das políticas voltadas à pessoa idosa em nível Federal, para sua efetividade, deverão manter laços bastante estreitos com os Estados Brasileiros. Assim brevemente, serão abordados no próximo item os conteúdos norteadores significativos deste segmento no Estado de Santa Catarina.

### **2.3.3 Estadual**

Em 07 de junho de 2000, foi sancionada a Lei nº 11.436, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso de Santa Catarina. A referida Lei dispõe de 15 artigos, que visa assegurar a cidadania do idoso, criando condições para a garantia dos seus direitos, de sua autonomia, integração e a participação efetiva na sociedade.

Segundo o Capítulo III, art. 6º da Política Estadual do Idoso, competirá ao Estado por intermédio do órgão responsável pela Assistência Social:

- I - resgatar a identidade, o espaço e a ação do idoso na sociedade;
- II - integrar o idoso à sociedade em geral, através de formas alternativas de participação, ocupação e convívio;
- III - estimular a organização dos idosos para participarem efetivamente da elaboração de sua política em nível nacional, estadual e municipal;

- IV - estimular a permanência dos idosos junto à família, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam família para garantir sua própria sobrevivência;
- V - estimular a criação de Políticas Municipais por meio dos Conselhos Municipais de Idosos;
- VI - capacitar os recursos humanos em todas as áreas ligadas ao idoso;
- VII - divulgar informações acerca do processo de envelhecimento como fenômeno natural da vida;
- VIII - estabelecer formas de diálogo eficiente entre o idoso, a sociedade e os poderes públicos;
- IX - priorizar o atendimento ao idoso desabrigado e sem família;
- X - apoiar e desenvolver estudos e pesquisas sobre questões relativas ao envelhecimento;
- XI - atender com dignidade o idoso de acordo com suas necessidades.

No próximo item será enfatizado o município de Florianópolis, onde constitui o objeto de estudo deste trabalho, traçando as principais leis e políticas de defesa e garantia de direitos da população idosa.

### **2.3.4 Municipal**

Em Florianópolis no dia 20 de setembro de 1998, com base no que preconiza a PNI e a Política Estadual do Idoso do Estado de Santa Catarina, com o intuito de auxiliar na concretização da proteção social de forma efetiva do idoso e no atendimento aos direitos fundamentais foi instituído a Lei nº. 5.371.

Esta lei dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, sendo que estabelece as condições necessárias de forma legal, para auxiliar na promoção, autonomia, integração e participação da pessoa idosa na sociedade, como também criou o Conselho Municipal do Idoso (CMI).

O CMI é um órgão colegiado, permanente e de composição paritária (Governo do Estado e Sociedade Civil), sendo responsável pela deliberação da Política Municipal do Idoso de Florianópolis e tem por objetivo garantir a defesa dos direitos da pessoa idosa.

Cabe ressaltar algumas leis que juntamente com Política Municipal do Idoso asseguram direitos da população idosa do município de Florianópolis:

Lei 3498-90          Determina que idosos acima de 65 anos, possam apresentar a

carteira de identidade como documento nos veículos de transporte coletivo da capital.

- Lei 4731-95 Dispõe sobre o atendimento preferencial de gestantes, mães com criança de colo, idosos e deficientes em estabelecimentos comerciais, de serviços e similares, e da outras providências.
- Lei 5330-98 Institui o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima para atendimento de idosos em situações especiais de saúde.<sup>6</sup>
- Lei 5331-98 Dispõe sobre a inclusão de caixas especiais para atendimento aos idosos, deficientes físicos, gestantes e mulheres com crianças ao colo nos supermercados do município de Florianópolis.
- Decreto 377-98 Regulamenta o programa de garantia de renda familiar mínima para atendimento de idosos em situações especiais de saúde.

Proporcionamos, portanto, nesta aludida seção, uma reflexão sobre a velhice como um tempo de vida, com todas as suas implicações individuais e mudanças biológicas e também como um fato social, devido as suas conseqüências sociais e culturais e sua repercussão no coletivo. Apresentamos pesquisas, indicadores e projeções sobre o processo de envelhecimento nos três níveis de administração pública – federal, estadual e municipal. Por fim foi realizado um resgate histórico destacando as principais legislações no campo da pessoa idosa. Entretanto mesmo tendo seus direitos garantidos em leis é possível constatar que muitos idosos do município de Florianópolis não se vêem respeitados, haja vista as diversas denúncias, de violação destes direitos, acolhidas tanto pelo Conselho Municipal do Idoso quanto pelos dois programas alocados na estrutura municipal de assistência social, o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa – CIAPREVI e o Programa Renda Extra.

Em termos gerais, como resposta a este acelerado crescimento da população idosa, ressaltamos a importância que este segmento populacional torna-se objeto de novas propostas profissionais, de novos investimentos sociais e de uma

---

<sup>6</sup> Esta Lei estabelece o Programa Renda Extra Idosos que será apresentado na próxima seção deste trabalho.

nova postura da nossa sociedade, pois a pirâmide etária está mudando rapidamente e, conseqüentemente, traz exigências cada vez mais diversificadas.

Neste sentido propomos na próxima seção uma reflexão sobre os mecanismos de proteção voltados para a população idosa no município de Florianópolis, no setor da saúde e da assistência social, posterior delinea-se a experiência de dois programas, CIAPREVI e Renda Extra, localizados na área social, enfatizando suas ações na defesa e garantia dos direitos do idoso.

### **3. MECANISMOS DE PROTEÇÃO À POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: UM OLHAR SOBRE A ESFERA DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Como vimos na seção anterior a pessoa idosa devido a idade avançada está propícia a limitações que objetivamente podem variar de acordo com seu desenvolvimento biológico, social e econômico. Neste sentido, na garantia de justiça social atribui-se que os custos destas limitações sejam em parte suportados pela sociedade em geral e pelo Estado através da criação de mecanismos de proteção legais, em outras palavras por meio de políticas setoriais.

Por políticas setorial estão se considerando neste estudo, as políticas de saúde e de assistência social voltadas para o segmento populacional envelhecendo, pelo fato das necessidades do cidadão idoso diferenciarem-se das circunstâncias que as demais faixas etárias carecem.

A princípio, esta seção, dimensiona para um breve histórico da saúde no Brasil, revelando a promoção da saúde voltada ao envelhecimento e os novos modelos e métodos de planejamento e prestação de cuidados para esta parcela da população. Por fim apresenta a organização estrutural da Secretaria Municipal de Saúde e as estratégias de ação do município de Florianópolis no campo da saúde do idoso.

Em seguida apresenta a estrutura municipal de assistência social e suas medidas de ação na perspectiva de defesa e garantia dos direitos da pessoa idosa. Também proporciona um recorte de dois programas: o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa – CIAPREVI e o Programa Renda Extra.

Deste modo a presente seção trata de elucidar os mecanismos de proteção a pessoa idosa, ressaltando essas duas políticas setoriais (saúde e assistência social) com o intuito de propor uma reflexão sobre a importância da interface entre elas no atendimento ao idoso.

### 3.1 O SETOR DA SAÚDE NA ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO.

A universalização da cobertura de assistência médica ocorreu em 1983 com a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), após cinco anos, em 1987 foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a Constituição de 1988 tem-se como grande desafio efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado no princípio de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado como consta em seu Art. 196:

A saúde é 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 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a criação da Lei Orgânica da Saúde<sup>7</sup> – lei 8080 e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, iniciou-se a implementação do SUS. Foram estabelecidos os princípios, as diretrizes e a organização das ações e serviços de saúde. As principais diretrizes foram: descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera do governo; integralidade no atendimento com prioridade para as atividades preventivas; e a participação da comunidade como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

Em 1991, com o intuito de contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, foi formulado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa admitiu uma inovação no olhar da sociedade diante do sistema de saúde, afirmando a intervenção ativa da saúde “de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda” (VIANA; POZ, 1998, p.18).

Neste contexto em que, pela primeira vez, a família passou a ser uma unidade de enfoque na programação das ações de saúde, o Ministério da Saúde,

---

<sup>7</sup> A Lei Nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.

em 1994, introduziu o Programa de Saúde da Família (PSF) <sup>8</sup>. Este Programa é formado por uma equipe interdisciplinar (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que visa à prestação de atenção a saúde integral e contínua, considerando a realidade local e valorizando as distintas necessidades dos segmentos populacionais. O PSF admite a necessidade de uma atenção especial aos idosos, segundo Camarano (2008, p.278) “essa atenção pode se efetivar através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde mais freqüentes e sua intervenção”.

Outro fator que merece destaque é a Agenda de Compromisso pela Saúde determinada, em setembro de 2005, através do Ministério da Saúde, baseada em três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida que se apresenta como uma ação prioritária no campo da saúde, constituído por um conjunto de compromissos prioritários para governos federal, estaduais e municipais e tem, ainda, como diretrizes estabelecer a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Sobre a diretriz relacionada ao segmento populacional idoso, podemos destacar algumas estratégias de ação como: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliária; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o fortalecimento da participação social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a elaboração da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa.

Nesta perspectiva, em relação à saúde do idoso, cabe elucidar a Política Nacional de Saúde do Idoso, portaria GM n° 2.528, de 19 de outubro de 2006, que visa recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos

---

<sup>8</sup> Cabe ressaltar que a partir de 1997, o Programa de Saúde da Família passou a ser denominada equipe da Saúde da Família.

idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica<sup>9</sup>, afirma que a atenção desse segmento populacional terá início pela Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência todos os serviços disponibilizados pela rede de serviços especializados do SUS.

Sobre Atenção Básica/Saúde da Família podemos salientar que visa promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e com isso, melhorar a qualidade de vida da população. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família no Centro de Saúde ou nos domicílios. As ações são desenvolvidas através de linhas de cuidado e de projetos específicos e estratégicos para a reorganização do modelo de atenção à saúde, uma atenção integral e efetiva a população e em especial os grupos específicos devido à sua vulnerabilidade, como é o caso da criança, a mulher e o idoso, de acordo com o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria nº. 399/GM de 2006.

Em conformidade com a promoção de saúde para a população igual e/ou acima de 60 anos, embora as políticas de saúde do município sempre tenham contemplado este segmento a Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Florianópolis, em outubro de 2006 lançou oficialmente o Programa Capital Idoso com o objetivo de prevenir e tratar adequadamente as doenças crônico-degenerativas, manter a capacidade funcional, melhorar a qualidade de vida e reduzir mortes prematuras deste segmento populacional.

O Programa Capital Idoso é formado por uma equipe técnica, designada através da portaria/SS/GAB/Nº031/2008, com a finalidade de organizar, revisar, debater, avaliar, acompanhar e controlar os assuntos referentes à implantação e implementação do referido Programa.

Esta equipe citada é constituída por uma equipe multiprofissional da rede da SMS e também por representantes de algumas instituições voltadas para o idoso como: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, através do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa Geronto-Geriátrica (NIPEG) e do Núcleo de Estudo da

---

<sup>9</sup> Esta política caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, é regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006.

Terceira Idade (NETI); Universidade Estadual de Santa Catarina – UDESC por meio do Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI); e também, pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Santa Catarina.

O Programa Capital Idoso desenvolve suas ações a partir da promoção de quatro linhas: a gerontocultura, a assistência clínica, a assistência de média complexidade e ações de apoio ao cuidador.

A gerontocultura desenvolve a promoção e prevenção para a população idosa, podemos citar como exemplo de ação: o projeto de atividade física instalado atualmente em 4 Centros de Saúde no município e os grupos de Educação em Saúde para idosos hipertensos/diabéticos. Vale elucidar que esta linha de ação originou a proposta sobre a Rede de Atenção à Violência que está em discussão com as Secretarias de: Assistência Social, Educação, Urbanismo e Meio Ambiente e com outros setores como: a Segurança Pública, o Conselho Municipal do Idoso, o Conselho Municipal de Saúde e com outras áreas afins;

A Assistência Clínica acontece a partir da assistência médica, odontológica e de enfermagem e tem como objetivos a capacitação de 100% dos servidores médicos, enfermeiros, psicólogos e odontólogos na Saúde do Idoso, a construção do Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, a ampliação da lista de medicamentos específicos para o idoso

Sobre a Assistência de Média Complexidade, podemos elucidar que esta visa à solução da demanda reprimida por especialidades e exames médicos e o atendimento geriátrico nos centros de referência (Policlínicas), através do matriciamento em geriatria e gerontologia. Este matriciamento oferece retaguarda especializada, educação continuada e incentiva uma relação horizontalizada entre as equipe de Saúde da Família e a geriatria, ocorre através de encontros periódicos e regulares com os geriatras e as equipes da Saúde da Família, em que são discutidos casos, realizadas consultas com membros da equipe, visitas domiciliares e grupos com temas clínicos.

Por fim, em relação às Ações de Apoio ao Cuidador destacamos assistência ao cuidador, os grupos de ajuda mútua entre cuidadores e a produção do Manual do cuidador.

Como vimos um conjunto de elementos nortearam a implementação do Programa Capital Idoso em Florianópolis, o Pacto em Defesa da Vida / 2006-2008, a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, já supracitados, o Plano Municipal de Saúde 2007-2010 e a PORTARIA/SS/GAB/Nº003/2008.

O Plano Municipal de Saúde 2007-2010 apresenta as principais metas e objetivos a serem alcançados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis durante o período de três anos, por sua vez a PORTARIA/SS/GAB/Nº003/2008 define as ações municipais voltadas para a saúde no ano de 2008. Tanto o Plano quanto a Portaria juntos designam, também as metas e objetivos do Programa Capital Idoso. Neste sentido podemos destacar os principais objetivos deste Programa no ano de 2008:

cadastrar e acompanhar 80% da população de idosos do município, dentro Capital Idoso; garantir o atendimento integral a 100% dos idosos cadastrados e acompanhados nos Centros de Saúde; produzir e distribuir a caderneta de saúde do idoso, bolsa e portamedicamentos para 100% dos idosos atendidos nos Centros de Saúde; atingir e manter cobertura vacinal da influenza igual ou acima de 80%, capacitar 100% dos Agentes Comunitário de Saúde, técnicos e aux. de enfermagem na Saúde do Idoso, em especial para o atendimento das doenças crônico degenerativas, hipertensão e diabetes; implantar o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso em 100% dos Centros de Saúde; Implantar o Programa Floripa Ativa em todas regionais de saúde, atingindo 70% dos Centros de Saúde; promover o atendimento em fisioterapia a todos idosos que necessitarem; promover o atendimento e internação domiciliar para os idosos com dificuldade de deambulação; garantir o acolhimento preferencial ao idoso em situação de vulnerabilidade em 100% dos Centros de Saúde; e **buscar a Intersetorialidade com outras Secretarias Municipais, Órgãos Estaduais e Organizações não Governamentais.**

Em conformidade com este último objetivo, a intersetorialidade com outras Secretarias Municipais, e juntamente com a reflexão proposta neste estudo sobre a articulação entre o setor da saúde junto com a área da assistência social, em específico o CIAPREVI e o Programa Renda Extra, no atendimento direcionado ao idoso, enfatizamos, no item 2.2 desta aludida seção, os serviços, programas e projetos da Secretaria Municipal de Assistência Social voltados para a população idosa de Florianópolis.

Diante desta perspectiva de compreender a articulação intersetorial realizaremos, no item seguinte, uma breve reflexão sobre a estrutura municipal de saúde de Florianópolis.

### **3.1.1 A organização municipal de saúde no atendimento a população idosa.**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem, atualmente, como gestor o secretário João J. Cândido da Silva e a sua missão é “Desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação dos danos à saúde em todos os níveis de atenção e vigilância do SUS, de forma a proporcionar à população condições adequadas para a qualidade de vida” (SITE OFICIAL SMS, 2009).

A atual estrutura da aludida secretaria, parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), é decorrente da Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão, supracitados no item anterior. Com a adesão desta Agenda, segundo o Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007 – 2010 (2006), o município passa a ser capaz de garantir o atendimento em seu território para sua população e outras referenciadas pelos municípios vizinhos, oferecendo, além dos procedimentos assistenciais da atenção básica, outros da média e alta complexidade.

De fato, com a adesão a Agenda tornou-se imprescindível a criação de novos setores e uma reestruturação nos serviços oferecidos pela SMS de Florianópolis, pois esta respondia apenas pela Atenção Básica em saúde, não comportando os serviços de média e alta complexidade.

Para a implantação da Agenda de Compromisso pela Saúde foi necessário realizar um levantamento das necessidades da Secretaria Municipal de Saúde para a identificação de prioridades. Dentre elas podemos citar:

Criação do setor de Controle, Avaliação e Auditoria; Elaboração dos instrumentos de gestão: plano municipal de saúde, relatório anual de gestão, programação pactuada e integrada - PPI; Sistematização do relatório das audiências públicas trimestrais; Estruturação para gestão da Atenção de Média Complexidade; Implantação e

gerenciamento do SISREG - Sistema Informatizado de Marcação de Consultas especializadas e exames; Mutirão de Cirurgias Eletivas; Aumento da cobertura do PSF; Treinamento para os Sistemas de Informação em Saúde (SISPRENATAL, RAAI-RAAC, SIAB, e SISHIPERDIA); Qualificação do processamento de dados; Fortalecimento da Assistência Farmacêutica; Reestruturação da Vigilância em Saúde; Consolidação do Programa do Idoso; Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Fortalecimento do controle social; Qualificação da força de trabalho; Ampliação da frota de veículos; Investimento em infra-estrutura. (Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007- 2010, 2006, p.64).

Neste sentido, a SMS tem se organizado de forma a buscar um sistema de saúde integral, para assim proporcionar o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população do município através da realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

Em 2007 e 2008 foram dados passos importantes para a consolidação do modelo de saúde proposto pelo SUS, com a ampliação das equipes de Saúde da Família, a instalação de novas Policlínicas e Centros de Saúde e com a ampliação das instalações físicas dos já existentes. Vale destacar que houve um aumento de 63 equipes em 2005 para 93 equipes de Saúde da Família em 2008 e quanto ao cadastramento domiciliar, a cobertura populacional encontra-se atualmente em 81%. A SMS tem investido, também, na tecnologia da informação com ampliação e reformulação da sua página na internet e no setor de Geoprocessamento<sup>10</sup> de dados em grande parte das unidades de saúde. Atualmente a estrutura física da rede municipal de saúde pode ser observada a partir do quadro abaixo:

**Quadro 4:** Estrutura física da Rede Municipal de Saúde.

| Tipo de Unidades de Saúde                    | Nº de unidades |
|----------------------------------------------|----------------|
| Centro de Atenção Psicossocial               | 03             |
| Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) | 01             |
| Centro de Saúde                              | 48             |
| Pronto-Atendimento                           | 02             |
| Policlínica Municipal                        | 04             |
| Laboratório Municipal                        | 01             |

Fonte: Site oficial da SMS, 2009.

<sup>10</sup> Geoprocessamento é o processamento informatizado de dados, utiliza programas de computador.

De acordo com o site oficial da Secretaria Municipal de Saúde, o município está dividido em cinco Regionais de Saúde. Cada Regional possui sua sede gerencial e é responsável pela fiscalização e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde das unidades de saúde da sua área de abrangência, como mostra o Quadro 5. Sendo assim, as Regionais são pólos de referência administrativos para estas unidades.

**Quadro 5:** Regionais de Saúde do município de Florianópolis e suas abrangências:

| <b>REGIÃO DE SAÚDE (REGIONAIS)</b> | <b>CENTROS DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Regional Centro</b>             | Agronômica / Centro / Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) / Farmácia Escola UFSC/PMF / Monte Serrat / Policlínica Centro / Prainha / Trindade                                    |
| <b>Regional Continente</b>         | Abraão / Balneário / Capoeiras / Centro de Atenção Psicossocial para Alcool e drogas (CAPSad) / Coloninha / Continente / Estreito / Jardim Atlântico / Laboratório / Monte Cristo / Morro da Caixa / Policlínica Continente / Sapé / Vila Aparecida      |
| <b>Regional Leste</b>              | Barra da Lagoa / Canto da Lagoa / Centro de Controle de Zoonoses / Costa da Lagoa / Córrego Grande / Itacorubi / João Paulo / Lagoa da / Conceição / Pantanal / Saco Grande                                                                              |
| <b>Regional Norte</b>              | Cachoeira do Bom Jesus / Canasvieiras / Ingleses / Jurerê / Policlínica Norte / Ponta das Canas / Ratonês / Rio Vermelho / Santo Antônio de Lisboa / Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte da Ilha / Vargem Grande / Vargem Pequena                  |
| <b>Regional Sul</b>                | Alto Ribeirão / Armação / Caeira da Barra do Sul Campeche / Carianos / Costeira do Pirajubaé / Fazenda do Rio Tavares / Morro das Pedras Policlínica Sul / Pântano do Sul / Ribeirão da Ilha / Rio Tavares / Saco dos Limões / Tapera / UPA Sul da Ilha. |

Fonte: Site oficial da SMS, 2009.

No contexto da equipe de Saúde da Família, de acordo com o Protocolo de Saúde do Idoso do Município de Florianópolis (2006), destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os idosos do município, sem perder de vista o seu contexto familiar e social.

Como enfatiza o primeiro Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa editado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (Costa Neto; Silvestre, 1999, p.11).

As equipes de Saúde da Família são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Todos desempenham um papel importantíssimo no atendimento integral à saúde da população idosa. A partir do ano de 2003 a população idosa de Florianópolis passou a ser considerada como um marcador na atuação da equipe da Saúde da Família, ou seja, cada idoso do município deverá ser visitado por integrantes desta equipe pelo menos uma vez por mês.

Segundo o Protocolo de Saúde do Idoso, aos médicos pode ser destacada a seguinte competência no que diz respeito à saúde do idoso no nível da atenção básica:

Promoção da saúde do idoso: capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável. (Protocolo de Saúde do Idoso do Município de Florianópolis, 2006, p. 13)

Sobre os profissionais da enfermagem são destacados três pontos principais de atuação: 1) programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencente a grupos de risco e por solicitação dos agentes comunitários de saúde (ACS); 2) realizar assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares da mesma permitirem ou assim o exigirem; 3) supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de técnicos de enfermagem visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa.

O agente comunitário de saúde (ACS) desempenha um papel muito importante como elo entre a comunidade e o Centro de Saúde. Em conformidade com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (1997) o ACS tem acesso fácil as família da vizinhança e identifica rapidamente seus problemas, pois reside na própria comunidade em que trabalha. De acordo com o PACS:

ele atende aos moradores de cada casa em todas as questões relacionadas com a saúde: orienta, dá sugestões, dá apoio, controla e acompanha a realização dos procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade. Muitas vezes, sua maior contribuição se resume à orientação acerca de questões de higiene, alimentação e hábitos de vida. (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, 1997, p.3)

Apesar de toda a estrutura oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde, percebe-se ainda a fragmentação da assistência de saúde em algumas dimensões. Muitas são as reclamações de usuários tanto no CIAPREVI quanto no Programa Renda Extra Idosos no que diz respeito a peregrinação, ou seja, a desinformação nos setores que leva o paciente a ir a vários lugares fora e dentro do próprio serviço; falta de escuta para o usuário; frieza, rispidez, falta de atendimento; maus tratos com usuários motivados por discriminação quando a questão é a idade; desrespeito das necessidades e direitos do usuário; proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes com horários rígidos e restritos; a falta de atendimento domiciliar e principalmente do acesso aos medicamentos.

Cabe também ressaltar as dificuldades que os próprios profissionais e estagiários destes programas citados têm em realizar ações articuladas com este setor em prol ao atendimento a população idosa do município de Florianópolis. No que concerne a articulação entre estes dois setores: saúde a assistência social, na próxima seção, deste estudo, serão abordadas situações específicas vivenciadas pelos profissionais e estagiárias da área social e posterior serão aludidas algumas sugestões de mudança.

De acordo com a proposta deste estudo, o item a seguir, proporcionará uma aproximação da Secretaria Municipal de Assistência Social, seus programas, serviços e benefícios voltados para o idoso de Florianópolis. E por fim, destacam-se

dois programas desta aludida Secretaria, CIAPREVI e Programa Renda Extra Idosos.

### 3.2 A ESTRUTURA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA DEFESA E GARANTIA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA.

A Secretaria Municipal de Assistência Social compõe o conjunto de secretarias municipais de Florianópolis. A história desta Secretaria tem início com a Lei Municipal nº 3.725, decretada no ano de 1963, que estabeleceu a criação da Diretoria de Assistência Social, órgão responsável pela coordenação das medidas de Assistência Social em Florianópolis, que na ocasião ocorria através da prestação de serviços assistenciais através do emprego de verbas orçamentais designadas para este fim.

Através do Decreto Lei nº. 935, Art. 14, em novembro de 1969, foi criada a Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Social. Esta Secretaria tinha um Setor de Assistência Social, implantado com vistas a racionalizar e centralizar os atendimentos, organizar os serviços assistenciais, atender as necessidades mais urgentes dos servidores e também dos munícipes em situação de vulnerabilidade econômica social.

Em 1985 o Setor de Assistência Social passa a ser vinculada a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, que tinha no seu organograma dois Departamentos: Departamento de Desenvolvimento Social e o Departamento de Saúde.

Em relação ao atendimento ao idoso podemos destacar o Programa de Atenção a Terceira Idade (PROATI), que foi implantado no ano de 1996. O PROATI tinha como missão, segundo Relatório de Atividades de 1996, “promover o desenvolvimento bio-psico-social do idoso, oportunizando o mesmo a melhoria da qualidade de vida, sua valorização, ampliação de seu nível de consciência e conseqüentemente organização social”.

Com a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social em 1993 – Lei nº. 8.742 (LOAS), e sucessivamente o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) – e o Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS) introduziu-se nova estrutura para execução das ações da área da Assistência Social. Assim, em meados de 1998 foi implantado na Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) um

novo modo de gerenciamento na área da Assistência Social. Neste contexto foi criada a Secretaria de Desenvolvimento Social, em que a área social passou a ser coordenada através das seguintes divisões: Ação Comunitária, Capacitação Profissional, Criança e Adolescente e Assistência Pública e Cidadania.

No dia 21 de março de 2001 foi aprovada a Lei nº. 5.381, que criou a Secretaria Municipal de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, que contava com três gerências: Gerência Administrativo - Financeiro, Gerência da Habitação e Gerência de Assistência Social. Entretanto, em 2005, com a nova e atual gestão, a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Florianópolis passou por um processo de alteração, no qual a Secretaria Municipal de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social se divide em duas: a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social e a Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental.

A referida Secretaria passou por uma nova alteração de nomenclatura, atualmente, se denomina Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). Esta tem como gestora a Senhora Secretária, Rose Bartucheski e como objetivo o desenvolvimento de ações de garantia de direitos a população através de Programas, Projetos, Serviços e Benefícios que buscam garantir a proteção social da comunidade.

A SEMAS faz parte do conjunto de serviços oferecidos pela a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), uma organização pública, com administração direta e de caráter governamental, sendo responsável pelo desenvolvimento do município e proteção dos seus munícipes. A PMF é uma instituição sem fins lucrativos que, via impostos arrecadados e do repasse de verbas dos governos Federal e Estadual, investe no desenvolvimento da cidade e promoção dos indivíduos, sendo que esta arrecadação retorna para a população por meio de serviços à comunidade nas áreas da educação, saúde, habitação, turismo, obras, assistência social e eventos culturais, entre outros.

A população atendida pela Secretaria Municipal de Assistência Social está relacionada ao acolhimento das dificuldades da população, referente ao atendimento especializado, à orientação e encaminhamentos a serviços e concessão de benefícios sócio-assistenciais existentes e disponíveis no município, que possam modificar a situação de vulnerabilidade social enfrentada pelas famílias e apoio nas

ações sócio-educativas, sendo atendidas através das Gerências específicas para cada segmento.

A estrutura técnico-organizacional, da aludida Secretaria, está dividida em setores: Gerência de Atenção da Criança e do Adolescente, a Gerência da Família e a Gerência de Atenção ao Idoso, a Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação; a Gerência Administrativa e a Gerência Financeira.

A Gerência de Atenção ao Idoso (GAI) adquiriu status de Gerência em 2005, pois, anteriormente, era o Programa de Atenção a Terceira Idade, já supracitado, que devido ao aumento da demanda e questões relacionadas ao idoso no município, houve a necessidade de mudança em sua estrutura, pois apenas um programa, no caso o PROATI, não estava dando o suporte necessário para as questões referentes ao segmento populacional envelhecendo que eclodiam. Neste contexto o PROATI sofreu uma estruturação e passou a ter *status* de Gerência de Atenção ao Idoso, juntamente com a criação da Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social.

A GAI tem como objetivo principal articular e otimizar as Políticas Públicas de proteção integral ao idoso através do acompanhamento cotidiano das questões referentes à pessoa idosa no município e viabilizar a inserção e/ou permanência do idoso na vida familiar e comunitária e o envelhecimento saudável. (PMF, 2008).

A faixa etária atendida pela GAI é a partir de 60 anos de idade, cumprindo o que explicita o 2º artigo do Estatuto do Idoso, que: “Considera-se idosos, para efeitos desta lei, a pessoa maior ou igual a sessenta anos de idade”.

Os programas, projetos e serviços desenvolvidos pela GAI abrangem tanto as ações na área da Proteção Básica quanto as ações na área da Proteção Social Especial, previstas no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)<sup>11</sup>.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2007), o SUAS regula em todo o território nacional a hierarquia, os vínculos e as

---

<sup>11</sup> Segundo a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, para a consolidação da assistência social como política pública e direito social ainda exige o enfrentamento de importantes desafios, como a construção e implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), requisito essencial da LOAS para dar efetividade à assistência social como política pública. Neste sentido, a SEMAS vem sofrendo, atualmente, uma nova estruturação organizacional para se adequar ao SUAS, com a implantação do Centro de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

responsabilidades do sistema de serviços, benefícios e programas e projetos de assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógica de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil. Sua organização se dá através de uma nova lógica de organização das ações: com a definição de níveis de complexidade, na área da proteção social básica e proteção social especial, com a referência no território, considerando regiões e portes de municípios e com centralidade na família.

No que concerne a área de Proteção Social Básica ao desenvolvimento sócio-educativo do idoso, os programas e serviços são: Programa de Integração Social, Programa de Apoio aos Grupos de Convivência e Programa Viver Ativo.

O **Programa de Integração Social** promove eventos para os idosos do município de Florianópolis, visando a integração e o convívio social através de atividades e práticas culturais e de lazer. Proporciona eventos como o Baile de Carnaval, a Caminhada da Terceira Idade, a Confraternização do Mês das Mães, o Festival de Talentos da Terceira Idade, a Confraternização de Final de Ano, entre outros acontecimentos.

O **Programa de Apoio aos Grupos de Convivência** realiza acompanhamento e assessoria aos Grupos de Convivência de Idosos do município de Florianópolis, através de orientação e apoio quanto à organização e de suporte para sua manutenção, objetivando desencadear processos de participação e valorização pessoal e social. Além disso, fornece benefícios aos Grupos: \*Kit lanche: visa contribuir para a manutenção dos encontros sistemáticos dos Grupos de Convivência de Idosos; \*Kit artesanato: contribui para confecção de trabalhos manuais e o incentivo à sua prática como meio de valorização do potencial do idoso e de resgate do artesanato local; \*Viagens: promovem o intercâmbio cultural, incentivando a integração com Grupos de Idosos de outros municípios e \*Box no Camelódromo Municipal: é um espaço para exposição e comercialização do artesanato confeccionado pelos grupos e representa uma alternativa para o escoamento da produção.

O **Programa Viver Ativo** tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população idosa do município, visando a manutenção da capacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária e integração social, por meio da prática de atividades físicas, recreativas, culturais e desportivas na

própria comunidade. Realiza as atividades através da construção de Grupos de Convivência, Grupos de Dança, Grupos de Ginástica, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) e atividades como voleibol adaptado às pessoas idosas. O Programa faz atendimentos de caráter fixo (idosos cadastrados) e de caráter variável (sem estimativa de número de participantes).

No que se refere aos benefícios, também na área de Proteção Básica tem-se: o Serviço de Concessão do Cartão Passe Rápido Idoso, o Serviço de Concessão de Carteira de Transporte Interestadual do Idoso e o Serviço de Avaliação para Concessões de Benefícios (PMF, 2008).

O **Serviço de Concessão do Cartão Passe Rápido Idoso** foi instituído através do Decreto Municipal Nº 2679/04 e permite ao idoso com 65 anos ou mais ultrapassar a catraca gratuitamente, tendo acesso à parte de trás do transporte coletivo municipal. A distribuição do Cartão Passe Rápido do Idoso é realizada através do núcleo transportes, junto ao Terminal de Ônibus Central de Florianópolis.

O **Serviço de Concessão da Carteira Interestadual do Idoso** foi instituído pelo Decreto Federal Nº 5.934, de 18 de outubro de 2006, que prevê a reserva de duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos, e o desconto de 50% no valor das passagens para os idosos que excederem as vagas gratuitas.

O **Serviço de Avaliação para Concessões de Benefícios** visa proporcionar benefícios aos idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade sócio-econômica, estes benefícios são eventuais, de caráter emergencial como auxílio para a confecção de óculos, concessão de cestas básicas; e/ou benefícios de uso contínuo como fraldas, entre outros. Realiza ainda orientações quanto à aquisição de medicamentos, exames de alto custo e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Na Gerência de Atenção ao Idoso também são desenvolvidos programas, projetos e serviços na área da Proteção Social Especial. Neste contexto encontra-se o serviço Disque Idoso, o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa – CIAPREVI e o Programa Renda Extra.

O **Serviço Disque Idoso (08006440011)** é, gratuito, e proporciona aos usuários a disponibilidade de fazer denúncias – com o direito assegurado de poder não se identificar, também, é viabilizadas orientações e informações acerca dos direitos os idosos, além o colhimento e acompanhamento de denúncias

O **Centro de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI)** materializa suas ações a partir de três eixos: proteção, prevenção e capacitação voltadas para o segmento populacional idoso e/ou seus familiares. Dentre estas ações destacamos o acolhimento da pessoa idosa e/ou seus familiares, além de averiguações de denúncias, visitas domiciliares, articulação interinstitucional e setorial, encaminhamentos de processos junto à Promotoria Pública, orientações, reuniões familiares, entre outros. É composto por profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia e Direito.

O **Programa Renda Extra (Lei Municipal nº. 5330/98)** visa proporcionar aos idosos munícipes de Florianópolis que se encontram em situação de vulnerabilidade social, econômica e de saúde, condições de sustentabilidade no contexto familiar e comunitário, através do repasse de um salário mínimo. Busca também viabilizar junto à família meios (alimentação, fraldas descartáveis, medicamentos, cadeira de rodas e cadeira para banho, entre outros) que contribuam para garantir a permanência dos idosos sob seus cuidados, além de evitar o asilamento e as conseqüentes perdas sociais.

A seguir detalharemos os serviços de proteção especial, CIAPREVI e Programa Renda Extra, seus históricos e suas atividades desenvolvidas no atendimento aos idosos no município de Florianópolis.

### **3.2.1 Caracterização do CIAPREVI e do Programa Renda Extra: instrumentos de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa.**

Embora tenham seus direitos garantidos em leis, como elucidado na primeira seção deste trabalho, é possível constatar que muitos idosos no município não se vêem respeitados, haja vista as denúncias referentes a maus tratos, negligência e/ou violação de direitos dos idosos acolhidas pela Gerência de Atenção ao Idoso (GAI).

A partir do ano de 2002, foi constatado um grande aumento nas demandas pontuais espontâneas em relação à violência contra a pessoa idosa, através dos grupos de convivências de idosos acompanhados por profissionais da GAI. Posteriormente, com o advento do Estatuto do Idoso em 2003 e sua efetivação em

2004, ocorreu a implantação do serviço Disque Idoso (08006440011), o que ocasionou a ampliação desta demanda.

Na perspectiva de acolher esta nova questão apresentada pelo segmento populacional idoso foi implantado no município o Programa de Apoio Psicossocial ao Idoso e sua Família (PROAPS), vinculado à Gerência de Atenção ao Idoso da Secretaria Municipal de Assistência Social, que atuava na atenção e prevenção à violência contra a pessoa idosa.

Em outubro de 2007, iniciou-se a implementação das propostas do PROAPS, ampliando suas ações nos eixos da proteção, prevenção e capacitação na criação do Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI), a partir do convênio firmado entre o Governo Federal, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, e a Prefeitura Municipal de Florianópolis.

A implantação do CIAPREVI em Florianópolis principiou a partir do redimensionamento de espaço físico, da ampliação da equipe técnica, da aquisição de equipamentos e do desenvolvimento de ações de capacitação, de prevenção à violência e de divulgação de serviços e direitos sociais.

O CIAPREVI caracteriza-se como um serviço de proteção social especial que realiza atendimento especializado ao idoso e sua família em situação de violência, numa perspectiva de proteção e defesa de seus direitos. Integra a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI<sup>12</sup> e constitui uma das estratégias de ação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa<sup>13</sup>.

Dentre os objetivos do Centro podemos destacar: a criação de mecanismos para o fortalecimento da estrutura e dos vínculos familiares, e para a permanência do idoso no convívio familiar e comunitário; a contribuição para o resgate e

---

<sup>12</sup> A criação da RENADI constituiu o objetivo principal da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, de 2006. O que norteia a idéia da RENADI é a concepção de gestão compartilhada e descentralizada do processo de elaboração e implementação das políticas públicas destinadas à pessoa idosa. A RENADI compreende uma forma de gestão pactuada a partir de um plano de ação estratégico que requer a participação dos diferentes níveis de governo, da família, das organizações não-governamentais e de movimentos sociais para que a proposição e a implementação das ações, serviços, programas e projetos de atenção às pessoas idosas sejam mais eficientes (DOMINGUES, DERNTL, 2008).

<sup>13</sup> O plano constitui-se como um instrumento que reforça os objetivos de implementar a Política de Promoção e Defesa dos Direitos aos segmentos da população idosa do Brasil, dentro de um enfoque do respeito, de tolerância e da convivência intergeracional. Busca-se, assim, instituir e efetivar, em todos os níveis, mecanismos e instrumentos institucionais que viabilizem o entendimento, o conhecimento e o cumprimento da política de garantia dos direitos (BRASIL, 2005)

desenvolvimento da auto-estima e autoconfiança do idoso e de sua família, numa abordagem multiprofissional; disseminação do conhecimento acerca do processo de envelhecimento e os direitos da pessoa idosa; instrumentalização de familiares, instituições e os próprios idosos quanto a ações de prevenção à violência; o desenvolvimento do processo contínuo de aprimoramento e capacitação de recursos humanos para profissionais do Centro, da Rede de Serviços e aos próprios usuários.

Neste sentido os serviços prestados pelo CIAPREVI estão divididos em três eixos: proteção, prevenção e capacitação.

No eixo da *proteção* é realizado o atendimento multiprofissional (Assistente Social, Psicólogo e Advogado) ao idoso e/ou familiares em situação de vulnerabilidade social e ou de violência, na perspectiva salvaguardar seus direitos sociais e humanos. Para averiguar e avaliar cada situação, a equipe técnica utiliza-se de instrumentos, tais como: acolhimento, entrevista, visitas domiciliares, mediação familiar. A continuidade da intervenção profissional se dá através da articulação institucional junto à rede comunitária de serviços, sistemas de defesa dos direitos humanos, em específico aqueles de defesa dos direitos da pessoa idosa, tais como Ministério Público, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Municipal de Assistência Social, o setor da saúde, entre outros.

No eixo da *prevenção* são priorizadas as seguintes ações, conforme consta no Relatório de atividades do CIAPREVI 2008:

elaboração, edição e distribuição de materiais informativos e educativos sobre violência e envelhecimento; produção e distribuição de cartazes para divulgação do CIAPREVI e do Serviço *Disque Idoso*; participação e apoio na realização da mobilização de conscientização pelo *Dia Mundial de Conscientização da Violência e Maus Tratos à Pessoa Idosa*; articulação com a Rede de Serviços (Ministério Público, Fóruns de Justiça; Delegacias de Polícia ; Serviços de Saúde (Hospitais /ULS); Serviços Sócio Assistenciais; Conselhos de Direitos e de Políticas Públicas); Realização de *Ciclo de Palestras e Orientações* sobre situações de violência.

No eixo da *capacitação* são priorizadas as seguintes ações: Capacitação sistemática da equipe de profissionais do CIAPREVI e dos profissionais da GAI e da SEMAS; Viabilização da participação de profissionais da equipe técnica em eventos

de capacitação ou atualização externos acerca do tema “Violência Contra Idosos” e afins.

Destacam-se também, segundo Relatório de atividades do CIAPREVI 2008 as ações que visam a proteção e defesa de direitos da pessoa idosa: acolhimento telefônico e presencial de denúncias de violência intrafamiliar praticada contra idosos e de solicitações de abrigo, informações e orientações (por exemplo: informações e orientações sobre medicamentos excepcionais, sobre onde adquirir cesta básica e fraldas, sobre aposentadoria, sobre exames de alto custo, sobre Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU ) e auxílio para encontrar Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), dentre outras); registro desta demanda e encaminhamento para os programas e/ou órgãos de atendimento, proteção e defesa dos direitos dos idosos.

Entre estes programas enfatizaremos o Programa Renda Extra Idosos, tanto por estar alocado no mesmo espaço físico do CIAPREVI como por, também, fazer parte do universo de estudo deste trabalho. Salienta-se que este Programa foi o campo de estágio da acadêmica por três semestres.

Com o intuito de realizar uma reflexão ainda maior sobre o Centro, a seguir serão realizadas algumas considerações a partir da experiência como estagiária, no período de três semestres neste local, na qual possibilitou vislumbrar o CIAPREVI além dos seus relatórios de atividades e estatísticos mensais.

No contexto atual, mesmo com o redimensionamento do espaço físico percebe-se que a estrutura física do CIAPREVI está muito distante do ideal para o atendimento aos seus usuários. O espaço é subdividido por divisórias, apresentando uma estrutura de quatro ambientes: uma sala de reunião (comporta 10 pessoas), uma sala de atendimento (comporta 4 pessoas), uma sala para a coordenadora do Centro e o espaço onde ficam todos os profissionais e estagiários num total de 12 pessoas. Cabe ressaltar que estas divisórias são impróprias para o atendimento aos usuários, pois são estruturas que possibilitam a passagem de som o que ocasiona a falta de sigilo, sigilo este previsto tanto no Código de Ética do Serviço Social quanto da Psicologia. Ainda sobre a estrutura física, é válido ressaltar que não há mesas para os estagiários de Direito e as estagiárias de Serviço Social dividem uma única mesa.

Sobre a aquisição de equipamentos, é válido destacar a compra de um carro realizada a partir do convênio supracitado juntamente com a Prefeitura Municipal de

Florianópolis. Este veículo deveria ser utilizado apenas pelos profissionais do CIAPREVI, entretanto ele é usado por todos os programas da Gerência de Atenção ao Idoso citados no item anterior, o que diminui o número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais.

Anterior a implantação do Centro, o quadro profissional era formado por uma psicóloga, duas assistentes sociais e uma estagiária de Serviço Social; entre as duas assistentes sociais apenas uma realizava atendimento aos usuários, pois a outra coordenava e realizava serviços burocráticos e administrativos do CIAPREVI. A partir da implantação foram admitidos três profissionais: uma assistente social, uma psicóloga e um advogado, também foram admitidos duas estagiárias de Serviço Social e dois estagiários de Direito. Com esta ampliação houve uma reestruturação das atividades da equipe profissional, a assistente social que antes realizava atendimento ao usuário passou a ficar responsável pelas organizações das capacitações e da prestação de assessoria técnica aos outros profissionais do Centro. Ou seja, o CIAPREVI continua com apenas uma assistente social responsável pelos atendimentos aos usuários. Para melhor visualizar a equipe profissional e suas respectivas áreas de atuação segue abaixo Quadro 6 abaixo:

**Quadro 6:** Equipe profissional e suas respectivas áreas de atuação no CIAPREVI.

| Cargo                            | Área de atuação                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 01 assistente social             | Atendimento ao usuário               |
| 02 psicólogas                    | Atendimento ao usuário               |
| 01 advogado                      | Atendimento ao usuário               |
| 01 assistente social             | Coordenação do Centro                |
| 01 assistente social             | Capacitações /<br>Assessoria técnica |
| 03 estagiárias de Serviço Social | Atendimento ao usuário               |
| 02 estagiários de Direito        | Atendimento ao usuário               |

Fonte: Projeto Técnico do CIAPREVI, ano 2009.

Cabe salientar que os atendimentos no Centro triplicaram após as ações dos eixos de prevenção e capacitação, que de uma forma ou de outra ocasionaram a divulgação do CIAPREVI. Atualmente existe uma média de 57 situações sendo acompanhadas por cada profissional, sendo que a grande parte dos atendimentos é realizada a partir de uma ação conjunto entre a psicóloga e a assistente social, o

que sobrecarrega ainda mais a única assistente social que atua no eixo de proteção, no atendimento diretamente ao usuário.

Em conformidade ao proposto anteriormente neste estudo, daremos continuidade realizando uma caracterização do Programa Renda Extra, a partir das experiências vivenciadas como estagiária e dos documentos encontrados, como relatórios de atividades, projetos técnicos e estatísticos.

O Programa Renda Extra Idosos, na perspectiva de assegurar a cidadania aos idosos do município, busca garantir a melhora na qualidade de vida destes, possibilitando ao idoso e sua família o acesso à aquisição de produtos e serviços que viabilizem o provimento das necessidades deste com relação à manutenção de suas demandas de saúde.

Este Programa foi instituído através da Lei Municipal 5330/98 e Decreto n.º377/98 que prevê a concessão de um salário mínimo mensal ao idoso, munícipe de Florianópolis por no mínimo cinco anos, com a idade a partir de sessenta anos, vítima de doenças motivadoras de incapacidade física e/ou mental, cuja família tenha renda inferior a três salários mínimos. Os recursos financeiros provêm do Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS) /PMF – cuja fonte de recursos é do próprio município.

No que concerne a parte histórica do Programa, podemos ressaltar que o planejamento e a execução de suas ações foram realizados em meados de 2001 por assistentes sociais que atuavam no antigo Programa de Atenção a Terceira Idade (PROATI). As ações iniciaram-se a partir de uma capacitação aos coordenadores de área do Programa Saúde da Família (PSF), para que assim, os agentes comunitários de saúde fossem orientados desde como cadastrar os possíveis beneficiários e para a realização de um levantamento preliminar da demanda. Após este período, seguiu-se para análise dos cadastros e a posterior visita domiciliar, sendo por fim feita a inclusão em meados de 2002, de 71 idosos no Programa. Em 2004 o número de idosos atendidos passou a ser de 95, número que até junho de 2009 ainda permanece igual.

Atualmente em seu quadro profissional o Programa é constituído apenas por uma estagiária de Serviço Social e uma assistente social, sendo de sua competência o desenvolvimento das ações do Programa, administrar e organizar o repasse preconizado na Lei Municipal 5330/98, bem como realizar estudo socioeconômico para inclusão do idoso no Programa; acompanhar os usuários e suas famílias nas

situações de conflito familiar, além de identificação dos serviços existentes na comunidade, referentes à assistência social e saúde, fornecendo informações e orientações a idosos e familiares.

As ações do Programa Renda Extra Idosos visam minimizar e suprir as dificuldades sucedidas de variáveis como baixo salário da aposentadoria ou pensão, complementando até outras formas de benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Supre também em muitas situações, ausência total de proventos que dificultam o acesso à saúde, compra de medicamentos, material de higiene, e uma alimentação adequada para o idoso, fatores estes que tornam a pessoa idosa vulnerável, impedindo-a muitas vezes de continuar presente no seio familiar recebendo os devidos cuidados, levando-o ao asilamento. Neste sentido tenta-se garantir o que prevê o segundo artigo do Estatuto do Idoso:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana sem prejuízo da proteção integral... Assegurado-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

A finalidade específica do Programa é proporcionar ao idoso com doenças motivadoras de incapacidade física e/ou mental, cuja família economicamente vulnerável, não possua os meios que garantam a sua melhora e a qualidade de vida. Visa, também, facilitar o acesso à saúde, compra de medicamentos, material de higiene e alimentação, contribuindo desta forma para a melhora da qualidade de vida e a manutenção do idoso em seu contexto familiar, evitando assim conseqüentes perdas e o asilamento.

Diante da experiência como estagiária, é notório assinalar que no Programa Renda Extra são observadas algumas situações que merecem destaque. Primeiramente a falta de uma coordenadoria formal e direcionada para as ações do Programa e a inexistência de uma equipe interdisciplinar.

Outro ponto é a falta de recursos materiais, como a de um veículo, para cumprir o que prevê o projeto, em relação a visitas domiciliares a cada quatro meses aos atendidos; e um computador, para facilitar e agilizar a elaboração de relatórios referente aos atendimentos dos usuários.

Vale ressaltar, também, a falta de divulgação do Programa Renda Extra Idosos, no que diz respeito à concepção deste como um direito garantido em Lei (5330/98), e não apenas um serviço oferecido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis. E principalmente, a ampliação das metas de atendimento da demanda.<sup>14</sup>

Em conformidade ao que já foi exposto neste estudo, podemos compreender que o acelerado processo de envelhecimento demográfico traz preocupações no âmbito econômico, cultural, político e social, uma vez que essa faixa etária possui demandas específicas, para garantir condições de vida com dignidade. Neste sentido, a aludida seção permitiu observarmos a estrutura e o funcionamento de dois setores que compõem a rede de atendimento ao idoso no município de Florianópolis: a saúde e a assistência social.

Percebemos que ambas apresentam em suas ações o trabalho articulado com outras instituições, assim como prevê o artigo 33 do Estatuto do Idoso:

A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada<sup>15</sup>, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Neste contexto propõe-se na próxima seção uma reflexão sobre como ocorre esta ação articulada entre os profissionais e estagiários da área social junto com os profissionais do setor da saúde no atendimento ao idoso.

---

<sup>14</sup> No período de realização deste trabalho o Programa possuía em demanda reprimida, em torno de 90 idosos com características de inserção no Programa.

<sup>15</sup> Grifo nosso para destacar a importância do sentido desta palavra.

#### **4. A DIFICULDADE DE ARTICULAÇÃO ENTRE A ESFERA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL JUNTO COM O SETOR DA SAÚDE: CONHECENDO O UNIVERSO DO ESTUDO.**

Conforme visto na seção anterior, tanto o setor da saúde quanto a estrutura municipal de assistência social apresentaram um grande avanço nos últimos anos no que concerne o atendimento ao idoso no município de Florianópolis. Entretanto é válido ressaltar que mesmo com este avanço ainda existem ações bastante fragilizadas e fragmentadas, dentre elas destacam-se a articulação entre ambas.

Neste sentido, o estudo realizado tinha como objetivo propor uma reflexão sobre a interface entre a assistência social juntamente com a saúde na perspectiva do atendimento voltado para a população idosa de Florianópolis. Cabe ressaltar que os elementos norteadores deste estudo estavam embasados na busca de compreender a importância desta articulação entre os profissionais, da saúde e assistência social, com o intuito de analisar as situações vivenciadas durante o período de estágio curricular.

No que concerne o tema, os dados, as informações e o conhecimento sobre o trabalho desenvolvido no Centro de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI) e no Programa Renda Extra Idosos optou-se pela realização de um estudo exploratório. De acordo com Gil (1995), esse estudo permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, podendo ser descritivo quando observa, anota, avalia e correlaciona acontecimentos com os fenômenos sem manipulá-los.

O recurso utilizado para a coleta de dados foi à aplicação de um questionário elaborado com perguntas abertas (Apêndice A). Este foi aplicado aos profissionais (psicólogas e assistentes sociais) e as estagiárias de Serviço Social, tanto do CIAPREVI quanto do Programa Renda Extra, a partir do consentimento individual de cada participante, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). O total de sete participantes<sup>16</sup> responderam o questionário.

O critério para escolha destas profissionais e estagiárias ocorreu devido ao fato de que a área jurídica (advogado e estagiários de Direito) está em fase de

---

<sup>16</sup> Vale ressaltar que duas assistentes sociais do CIAPREVI não responderam o questionário e uma estagiária de Serviço Social estava afastada, devido problemas de saúde impossibilitando também a sua participação.

implementação no CIAPREVI e suas ações, atualmente, estão direcionadas para um reconhecimento dos usuários deste Centro e suas principais demandas para esta área.

Outra técnica utilizada foi à pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2002, p.44) “é desenvolvida com base em material já elaborado”. A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou, também, como parte da pesquisa descritiva, quando é feita com o intuito de recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta ou acerca de uma hipótese (GIL, 2002). Por isso para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizados documentos, relatórios, estatísticos e demais informações presentes no CIAPREVI e no Programa Renda Extra.

Em conformidade, nesta aludida seção propõe-se, primeiramente, uma reflexão sobre os procedimentos de atendimento aos usuários requisitantes dos serviços CIAPREVI e Programa Renda Extra, a partir das experiências vivenciadas pela estagiária no período de três semestres. Posterior apresenta-se a articulação entre a assistência social junto com o setor da saúde, a partir do questionário aplicado às profissionais e estagiárias. Em seguida, para concluir a seção, apresentam-se possibilidades para articulação entre os profissionais do CIAPREVI e Programa Renda Extra junto com os profissionais da saúde.

#### 4.1 LÓCUS DE ESTÁGIO: UMA REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE O CIAPREVI E O PROGRAMA RENDA EXTRA JUNTO COM O SETOR DA SAÚDE.

Em novembro de 2007 iniciou-se o estágio na Gerência de Atenção ao Idoso, especificamente, no Programa Renda Extra Idosos e vem perdurando até os dias atuais. Com o objetivo de discutir algumas questões ligadas as experiências vivenciadas neste período, este item proporcionará uma aproximação no cotidiano das ações do Programa Renda Extra e do Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI), no que concerne a articulação destes profissionais com o setor da saúde.

É válido ressaltar que o CIAPREVI faz parte deste estudo devido o Programa Renda Extra dividir o mesmo espaço físico, o que proporcionou uma aproximação da

atuação dos profissionais deste Centro e por muitas vezes o acolhimento de usuários que buscavam o CIAPREVI, principalmente através de denúncias e/ou solicitações a partir do Dique Idoso, serviço este já apresentado na seção antecedente.

No que diz respeito as experiências vivenciadas, no sentido de conhecimentos adquiridos, no período de estágio, podemos destacar, a aproximação da questão do envelhecimento<sup>17</sup>, a aprimoração na escrita (elaboração de ofícios, estudos sociais), a correlação de forças de poder que existe na instituição, a atuação do Serviço Social e as ações multiprofissionais na defesa e garantia dos direitos da pessoa idosa e, principalmente, os instrumentos técnico-operativos utilizados pelos profissionais (visita domiciliar, entrevista, reunião familiar, documentação, observação entre outros).

Desta forma, foi através da observação da atuação dos profissionais do CIAPREVI e do Programa Renda Extra a partir das diversas reclamações destes sobre a articulação com o setor da saúde, que surgiu a inquietação para compreender como acontece esta articulação. Uma vez que o contato com esta área em ambos os programas ocorre constantemente, devido à necessidade de obter mais informações sobre o usuário. Vale ressaltar que este contato constante se dá, devido o setor da saúde ser um espaço privilegiado de aproximação das famílias, através da equipe da Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde, como já elucidado na seção anterior.

Para melhor compreensão da necessidade deste contato prioritário com a saúde será realizado uma breve explicação sobre os procedimentos no atendimento ao idoso tanto no CIAPREVI quanto no Programa Renda Extra.

No Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI) e no Programa Renda Extra<sup>18</sup> existem dois tipos de acolhimento: o presencial, quando o requisitante comparece na sede, e o telefônico, que acontece ou pelo Disque Idoso ou pelas outras linhas telefônicas disponíveis. Após encerrar o acolhimento em ambas as situações, o profissional ou o estagiário, responsável pelo atendimento<sup>19</sup> entra em contato com o setor da saúde, geralmente em específico

---

<sup>17</sup> Destaca-se que o segmento populacional idoso é uma questão não trabalhada na formação dos acadêmicos do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>18</sup> Como já elucidado, o CIAPREVI e o Programa Renda Extra dividem o mesmo espaço físico, sendo assim as salas de atendimento aos usuários são as mesmas, assim como as linhas telefônicas.

<sup>19</sup> Dependendo logicamente da especificidade da demanda.

com os Centros de Saúde, com o intuito de obter mais informações sobre o usuário, como confirmação de endereço, situação de saúde, entre outras.

No que concerne o Programa Renda Extra existe algumas especificidades na efetuação da articulação com a saúde, pois um dos critérios de inserção dos usuários neste Programa é a avaliação médica sobre a situação de saúde<sup>20</sup> atual do idoso. Outro ponto que merece destaque é o acompanhamento dos idosos inseridos no Programa, realizado através da entrega de atestados médicos a cada 2 meses.

Sendo assim os contatos com o setor da saúde nestas situações ocorrem quando o usuário que está para ser inserido no Programa apresenta um atestado médico apenas informando o Código Internacional de Doenças (CID), como não temos conhecimento sobre estes termos técnicos da área da saúde, é necessário realizar contato com este médico para ressaltar a importância de um atestado médico mais descritivo, relatando as dificuldades que este idoso apresenta em sua vida diária. Ou quando o usuário não entrega o atestado médico de acompanhamento devido dificuldades para a marcação de consulta, é realizado contato com o Centro de Saúde, em que o idoso é atendido, ressaltando a necessidade desta consulta para que o idoso tenha acesso ao atestado médico solicitado pelo Programa Renda Extra. Destaca-se que estes contatos realizados do Programa para o setor da saúde são sempre por telefone.

Cabe ressaltar outras situações pertinentes a esta articulação entre a saúde e a assistência social, muitas vezes quando os profissionais saem para realizar visitas domiciliares e não localizam a residência do usuário, devido a mudanças e até mesmo endereços incompletos, se dirigem para o Centro de Saúde da região para confirmarem o local de moradia atual deste. Pelo fato do setor da saúde possuir um sistema padronizado que engloba a grande maioria de suas unidades, torna-se um facilitador para localização dos usuários.

O Programa Renda Extra constantemente realiza este contato de confirmação de endereço de seus usuários na área da saúde, uma vez que a maior parte da demanda reprimida deste Programa obteve seus cadastros entre os anos de 2002 e 2006, geralmente os números de telefone para contato não são os mesmos e os endereços foram modificados.

---

<sup>20</sup> Como consta na Lei 5330/98, que preconiza o Programa Renda Extra, um dos critérios de inserção do idoso é este está acometido por alguma doença que o incapacite para o trabalho, por isso a necessidade da avaliação médica.

Solicitações de ambulância para levar idosos em consulta médica, também, são constantes tanto no CIAPREVI quanto no Programa Renda Extra.

Por fim este item propôs a partir de uma sucinta explanação dos procedimentos do atendimento aos usuários municipais de Florianópolis, uma aproximação das necessidades que levam os profissionais e estagiários da assistência social, especificamente do Programa Renda Extra e do CIAPREVI, atuarem de forma articulada com o setor da saúde.

Neste contexto, o próximo item proporcionará uma análise desta articulação supracitada a partir dos apontamentos apresentados pelas profissionais e estagiárias que atuam na área social.

#### 4.2. O TRABALHO ARTICULADO COM O SETOR DA SAÚDE NA VOZ DAS PROFISSIONAIS E ESTAGIÁRIAS QUE ATUAM NO CIAPREVI E NO PROGRAMA RENDA EXTRA.

De acordo com o exposto no item anterior percebemos que a articulação com o setor da saúde ocorre freqüentemente, mesmo em diferentes situações, tanto no CIAPREVI quanto no Programa Renda Extra. Neste sentido daremos continuidade na reflexão proposta por este estudo apresentando as informações obtidas no estudo exploratório, evidenciadas no questionário aplicado as profissionais e estagiárias do CIAPREVI e Programa Renda Extra.

Através da primeira pergunta do questionário procurou-se conhecer a importância da articulação com o setor da saúde na voz dos profissionais da área social. É válido ressaltar que a fala de algumas profissionais e estagiárias revela que a área social consegue ter o discernimento da importância da área da saúde no atendimento ao idoso e seus familiares:

*“A articulação entre a saúde e assistência social é de suma importância para o êxito no atendimento ao idoso e sua família, pois é através dessa articulação que por muitas vezes conseguimos compreender melhor a dinâmica familiar e assim conhecer a rotina de convivência e conflitos existentes entre os mesmos.” (estagiária A)*

*“A articulação da área da assistência social com o setor da saúde é muito importante, pois ocorre uma troca de informações com a relação ao idoso e sua família. Os profissionais de saúde normalmente são a porta de entrada para várias situações inclusive as de violência. É de extrema importância essa articulação entre os profissionais de saúde e de assistência social para que o idoso e sua família possam ser trabalhados em sua totalidade”. (profissional B)*

*“Considero de suma importância esta articulação, tendo em vista que qualquer profissional que trabalhe com seres humanos, precisa entendê-lo em sua totalidade, buscando sempre atuar interdisciplinarmente. Ter conhecimento do seu quadro clínico, bem como de suas dificuldades cotidianas são alguns exemplos que facilitam o trabalho dos profissionais. [...] Tendo o conjunto de todas as variáveis que compõe o fenômeno “idoso” pode-se prever e prever futuros acontecimentos e facilitando os encaminhamentos.” (profissional A)*

Reportando-se a última fala sobre interdisciplinaridade, pode-se considerar que as exigências postas aos profissionais atualmente requerem inúmeras competências e habilidades, por isso não há como atuar no atendimento ao usuário em sua totalidade de modo linear, pois na defesa e garantia de direitos a ação profissional não pode ser fragmentada.

Desta forma, a interdisciplinaridade, segundo Etges (1993), permite ter uma visão de conjunto entre as diferentes disciplinas e uma pode levar à compreensão de outra. Ainda de acordo com Etges (1993) a atuação articulada com outros profissionais e com a sociedade possibilita atender o usuário com mais eficiência e eficácia. Enfim, para atuar na área social é necessário reunir informações de diferentes setores para realizar uma ação que não se reduza aos seus próprios conhecimentos. Sobre isto, Rodrigues (1998) diz:

a interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do conhecimento, pode significar uma instigante disposição para os horizontes do saber. (...) Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer. (Rodrigues, 1998, p. 156)

A segunda questão propõe uma reflexão sobre as dificuldades encontradas na articulação com a saúde. Este questionamento merece destaque devido as várias situações vivenciadas pela estagiária de descontentamento dos profissionais que atuam no CIAPREVI e no Programa Renda Extra, como podemos observar a partir dos relatos abaixo:

*“Observo bastante dificuldade em os profissionais entenderem até que ponto é função do setor da assistência social e até que ponto é do setor da saúde. [...]”* (estagiária A)

*“Existem profissionais que [...] infelizmente acreditam que o usuário é dotado apenas de seu corpo físico, ou seja, tratando os problemas físicos está tudo resolvido, sem levar em consideração a totalidades do ser, o ambiente em que vive suas relações enfim o mundo que o cerca.”* (profissional C)

De acordo com estes relatos é válido elucidar que por vezes, médicos, enfermeiros, no geral profissionais que atuam na área da saúde, desconhecem que as determinações sociais, políticas, econômicas e culturais rebatem na situação de saúde da população idosa, ou seja, apresentam uma visão reducionista da realidade social. Isso implica, em intervenções destes profissionais de caráter preconceituoso, propondo recomendações de ações aos profissionais da área social a partir, da avaliação pessoal de cada profissional acerca da realidade social, em que a pessoa idosa e sua família estão envolvidas. Muitos consideram que a situação de pobreza, a falta de higienização de suas residências e a falta de interesse de resolver a situação vivenciada trata-se de uma escolha destes.

Ainda sobre a segunda questão, as profissionais relatam como pontos que dificultam a articulação com a saúde o número reduzido de profissionais existentes na Secretaria Municipal de Saúde e a falta de conhecimento sobre a temática do envelhecimento, por muitos profissionais deste setor, como nota-se logo a seguir:

*“As dificuldades são muitas...a que merece mais destaque trata-se na morosidade de ações frente aos casos, porque alguns profissionais da saúde não são capacitados, nem treinados a*

*trabalhar com o assunto violência e com medo de comprometer-se não emitem informações consistentes. [...] A falta de recursos humanos e materiais também é um dificultador [...].” (profissional A).*

*“Infelizmente muitas vezes encontramos profissionais pouco comprometidos com as necessidades e direitos das pessoas idosas e quando entramos em contato com os Centros de Saúde, não se esforçam para dar muitas informações ou localizar as famílias, quando solicitados.” (profissional B)*

De acordo com o relato da profissional A. é fundamental analisar o aspecto da falta de recursos humanos, uma vez que o setor da saúde é considerado como grande empregador nos últimos anos. Entretanto é válido ressaltar a existência de uma diversidade de formas de contratação de pessoal, que geralmente são trabalhadores temporários e subcontratados.

Atualmente esta condição é agravada pela implantação de diferentes modalidades de contratações, não apenas no setor da saúde, porém nos serviços públicos em geral. Destaca-se na saúde uma gama de trabalhadores com diferentes vínculos como: o estatutário, o celetista, os contratos temporários, os cargos comissionados e a terceirização entre outros.

Em Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde conta com a força de trabalho de 2.297 pessoas, de acordo com o Plano de Saúde Municipal de Florianópolis 2007 – 2010 (2006), distribuídas conforme o Quadro 7. A análise desse quadro é de extrema relevância, no que diz respeito os diferentes tipos de contratações, principalmente ao se observar o elevado número de estagiários e funcionários com contrato temporário, o que dimensiona bem a necessidade de criação de novos cargos e concurso público.

**Quadro 7: Distribuição dos funcionários da SMS, por função e vínculo.**

| Categorias                                 | Total      | Em função adm. | PMF-Efetivo | SES-Efetivo | MS-Efetivo | PMF-CTD    |
|--------------------------------------------|------------|----------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Médico                                     | 220        | 17             | 170         | 01          | 16         | 33         |
| Odontólogo                                 | 97         | 9              | 70          | 03          | 05         | 19         |
| Enfermeiro                                 | 142        | 26             | 72          | 12          | -          | 58         |
| Farmacêuticos                              | 17         | 9              | 06          | -           | -          | 11         |
| Psicólogos                                 | 27         | 3              | 14          | 02          | -          | 11         |
| Assistente Social                          | 09         |                | 05          | 01          | -          | 03         |
| Bioquímico                                 | 09         |                | 04          | 05          | -          | -          |
| Técnico de Enfermagem                      | 226        | 13             | 119         | 02          | -          | 105        |
| Técnico de Laboratório                     | 8          |                | 03          | -           | 5          | -          |
| Auxiliar de Enfermagem.                    | 90         |                | 79          | 6           | 5          | -          |
| Atendente consultório dentário             | 29         | 1              | 25          | -           | -          | 04         |
| <i>Estagiário</i>                          | <i>200</i> |                |             |             |            |            |
| <i>Agente Comunitário de saúde</i>         | <i>583</i> |                | -           | -           | -          | <i>583</i> |
| Agentes da Dengue                          | 91         | -              | -           | -           | 05         | 86         |
| Aux de serviços gerais                     | 80         |                | 76          | 01          | 03         | -          |
| Motoristas                                 | 21         |                | 21          | -           | -          | -          |
| Outros                                     | 354        |                | 227         | 42          | 20         | 65         |
| <i>Terceirizado (Limpeza e Vigilância)</i> | <i>94</i>  |                |             |             |            |            |
| Médico                                     | 220        | 17             | 170         | 01          | 16         | 33         |
| Odontólogo                                 | 97         | 9              | 70          | 03          | 05         | 19         |

Fonte: Plano de Saúde Municipal de Florianópolis 2007-2010 (2006)

Entendemos que esta é uma situação que admite uma forte expressão e expansão da precarização do trabalho<sup>21</sup> no setor da saúde. É a situação concreta da desregulamentação do trabalho quando estabelece fragilidade nas modalidades de contratação, alta rotatividade da força de trabalho, descontentamento profissional e condições de trabalho degradantes. Neste sentido, pode-se relatar que inúmeras vezes situações positivas de articulação intersetorial entre a saúde e a assistência social foram interrompidas por fins de contratos de profissionais e estagiários do setor da saúde, o que prejudicou o acompanhamento de idosos e/ou familiares que vinha acontecendo entre profissionais da saúde e da assistência social.

A falta de conhecimento sobre a temática idoso entre os profissionais da saúde é outro aspecto dificultador para desenvolver a articulação dos profissionais que atuam no Programa Renda Extra e CIAPREVI junto com o setor da saúde e pode ser observado em ambos os relatos antecedentes. Segundo o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº10.741), em seu artigo 18, afirma que "*as instituições de saúde*

<sup>21</sup> De acordo com Nogueira (2004), trabalho precário é resultado da criação de um vínculo trabalhista irregular, que passa pela ausência de concurso público.

*devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais [...]*. Entretanto na prática estas capacitações não ocorrem.

Em uma conversa informal sobre o Programa Capital Idoso, com a enfermeira que faz parte da equipe de execução deste, ela informou que a última capacitação com o tema idoso aconteceu no ano de 2006, apenas para os coordenadores dos Centros de Saúde. Desta forma, com a grande rotatividade de profissionais no setor da saúde, segundo a enfermeira, a grande maioria que participou desta capacitação já está alocada em outra instituição. É válido ressaltar que a Política Estadual do Idoso prevê como competência da área da saúde em seu artigo 7º a capacitação dos *“agentes comunitários de saúde com conteúdo sobre envelhecimento”*, entretanto em nível municipal ainda não ocorreu.

A partir dos apontamentos de dificuldades, na terceira questão destacam-se situações vivenciadas por estas profissionais e estagiárias na tentativa frustrada de articulação com o setor da saúde:

*“Obtive dificuldade na articulação com o Centro de Saúde Ingleses, pois enviei um ofício solicitando uma avaliação física e mental de um idoso alcoolista, para poder continuar realizando os procedimentos necessários. Porém, mesmo colocando que é uma situação de urgência, os profissionais do Centro não realizaram o que foi solicitado. Através de contato telefônico, conversei algumas vezes com a enfermeira do Centro, esta enumerou vários problemas que os impedem de realizar a visita, como poucos horários da médica psiquiatra e problemas com o carro. Informei à enfermeira que conseguiria um carro, porém ela relatou está sobrecarregada, dessa maneira só poderá realizar a avaliação depois do período de vacina.”*  
(estagiária A)

Podemos observar a partir da fala da estagiária A que a falta de recursos humanos e materiais é uma constante no setor da saúde. Sabemos que em outras instituições públicas a situação não é diferente, pois sob a ótica do neoliberalismo o Estado passa a diminuir seus investimentos no campo social, reduzindo sua intervenção nas políticas sociais, o que significa que o Estado é mínimo para as ações sociais. Considera-se então que *“para a política social, a grande orientação é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência”*. (BEHRING, 1998, p.187). Diante do exposto, a política de saúde tem sido colocada em segundo

plano, recebendo um percentual mínimo de recursos públicos, o que tem dificultado sua implementação.

A seguir outro relato em que o aspecto dificultador é novamente a falta de conhecimento sobre a temática do envelhecimento:

*“Segundo denunciante o idoso é vítima de negligência psicológica e abuso financeiro por parte de duas filhas. Em visita domiciliar o idoso se mostrou extremamente abalado emocionalmente. Solicitamos os filhos que pudessem conversar a sós com o idoso. Entretanto, estas se colocaram atrás das cortinas que dividiam a sala. Diante disso marcamos uma entrevista com o idoso no CIAPREVI, a fim de conseguir conversar com o mesmo a sós. Nesta o idoso apenas chorava e não falou uma única palavra. Tendo em vista a dificuldade de conversar com o idoso, devido seu estado emocional, entramos em contato com a Policlínica do Estreito a fim de solicitar uma visita domiciliar para verificar as condições de saúde do idoso. A agente comunitária de saúde que nos atendeu informou que não faziam visita para a verificação de denúncia de violência, esclarecemos que a solicitação se referia ao estado de saúde do idoso que estava sendo prejudicado devido aos maus tratos. A agente comunitária de saúde informou [...] que deveríamos entrar em contato diretamente com a coordenadora da Policlínica, ou com a Regional de saúde para solicitar a visita domiciliar [...]”. (estagiária B)*

De acordo com o relato da estagiária B considera-se, conforme o exposto na segunda seção deste trabalho, que uma das responsabilidades da equipe Saúde da Família é a atenção à saúde do idoso, para tanto cabe a esses profissionais da rede básica voltarem suas atenções a essa população a fim de promover a saúde e prevenir agravos. Entretanto percebe-se que esta responsabilidade em algumas unidades de saúde não acontece, assim como os direitos da população idosa garantidos em diversas legislações não são respeitados, como pode ser observado no relato abaixo:

*“Em atendimento a um idoso que é morador de rua houve uma série de situações desarticuladas. Senhor X foi encaminhado para a Casa de Apoio lá este iniciou um problema de saúde. Em princípio levamos o mesmo ao Centro de Saúde do Jardim Atlântico, lá fomos informados que não poderia ser atendido, pois o mesmo não reside no bairro, após muita conversa e percebendo que o Senhor X não seria atendido levamos ao Hospital Celso Ramos, onde fomos informados que era caso de Centro de Saúde, sem necessidade de ir à emergência médica, no entanto o idoso foi atendido e encaminhado para fazer acompanhamento na Policlínica do Centro. Na Policlínica*

*do Centro fomos informados que como este se encontrava residindo no continente deveríamos nos encaminhar para a Policlínica do Continente. Lá fomos informadas que deveríamos ser atendidos pelo Centro de Saúde do Jardim Atlântico, explicamos toda a situação, e depois de colocarem que deveríamos encaminhar um ofício solicitando o atendimento ao idoso retrucamos informando tudo o que estava sendo realizado e que o idoso não era nenhum “boneco” que pode ser levado de um lado para o outro, posterior resolveram atender. Sr. X, que estava com uma forte diarreia pelo menos há dez dias e desnutrido, foi finalmente atendido por uma médica homeopata, que por sua vez, receitou medicamentos homeopáticos que não são fornecidos pelo SUS. Por fim, Sr X tomou a medicação paga pela assistente social e estagiária de serviço social, melhorou de seu problema de saúde e resolveu voltar para as ruas de Florianópolis.” (profissional C)*

Notou-se através do relato que este idoso teve seus direitos violados em vários momentos. Primeiramente, o atendimento foi negado em várias instâncias públicas contrariando o que preconiza a Política Nacional do Idoso (PNI) em seu artigo 17: *“o idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviço á população”* e o Estatuto do Idoso no art. 3º, no parágrafo único, em que declara sobre a garantia de prioridade no atendimento ao idoso afirma que este deve ser *“preferencial, imediato e individualizado”*, sendo indiferente se o idoso reside aqui ou acolá, no caso deste em específico como morador de rua não tem endereço fixa de moradia.

Outro momento que merece destaque, nesta situação, é a prescrição de medicamentos homeopáticos, não fornecidos pelo SUS, o que impossibilitou este idoso em questão de realizar seu tratamento de saúde, e mais uma vez seus direitos foram violados. Segundo o Estatuto do Idoso em seu Art. 9º afirma que é responsabilidade do Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal) *“fornecer medicamentos, [...] necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso”* e a PNI que assegura ser competência do *“poder público fornecer aos idosos gratuitamente, medicamentos [...] e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”*.

De acordo com próximo relato, referente a terceira questão, nos deparamos com uma situação vivenciada em um hospital cujo atendimento aos familiares de uma usuária foi fortemente marcado pelo tratamento indelicado e pela falta de resolutividade da demanda específica:

*“Uma das situações mais difíceis vivenciadas envolvendo articulação do CIAPREVI com esta instituição de saúde (Hospital Universitário) foi à pressão sobre a família (filhos: um homem, duas mulheres, uma delas também idosa e esquizofrênica) de uma idosa, em relação a sua presença “obrigatória” como acompanhante no hospital, bem como participação em cuidados, acusando-os de negligência e abandono em relação à mãe. Pressão em relação à alta da paciente que, tendo em vista seu estado de dependência, requeria cuidados especiais e contínuos, para os quais a família precisava de algum tempo para se organizar, além de orientação específica. A pressão se dava diretamente aos filhos e também aos profissionais do CIAPREVI, parecendo delegar, a ambos, uma função que seria de sua competência. Na ocasião, foram realizados vários procedimentos, entre eles, visita hospitalar, visita domiciliar, contatos e entrevistas com filhos, reunião familiar, articulação com Centro de Saúde local, numa tentativa de mediar e discutir alternativas de intervenção. Finalmente, neste caso, a idosa foi incluída no Programa Renda Extra, o que garantiu algum suporte à família para prestar os cuidados necessários. A justificativa que tínhamos do serviço de assistência social do hospital, era a pressão que sofriam por parte do setor médico para liberação de leitos hospitalares, juntamente com o risco da idosa quanto a infecções, permanecendo hospitalizada. Cabe ressaltar o estado emocional em que se encontravam os filhos da idosa quando procuraram orientação no CIAPREVI, assustados com a situação e despreparados em relação ao novo cenário que se apresentava (mãe dependente, acamada, inconsciente, fazendo uso de fraldas geriátricas, alimentando-se através de sonda, etc).” (profissional D)*

Nesta situação cabe ressaltar o visível despreparo das famílias, assim com a falta de estrutura física, social, emocional e psicológica para acolher o idoso dependente, desta forma cabe elucidar a Política Nacional de Humanização (PNH), em que todos os problemas elencados acima são dificuldades que a esta Política vem tentar modificar com os dispositivos que vem disponibilizando. O que acontece é que a operacionalização depende de vontade política e de um mínimo de recursos necessários para desenvolver projetos que tenham como objetivo a melhoria da atenção à saúde e ao atendimento aos seus usuários. Sem assim conforme Mota (2006):

O movimento de humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, mas também para intervenções estruturais que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável para o paciente. (Mota, 2006, p. 325)

Diante do exposto concordamos que apesar dos avanços legais relativos à saúde garantida pela Constituição Brasileira e intuída em seu artigo 196 que dispõe a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), da implantação do SUS nos anos de 1990 e pelas leis 8.080 e 8.142, e principalmente das leis voltadas em específico aos idosos não se tem a consolidação dos diversos serviços que deveriam ser prestados pelo setor da saúde.

Em conformidade, no próximo item desta referida seção, serão proporcionadas algumas sugestões com o intuito de facilitar esta articulação entre os profissionais atuantes na área social junto com o setor da saúde.

#### 4.3 (RE) PENSANDO NOVAS POSSIBILIDADES PARA ARTICULAÇÃO ENTRE O CIAPREVI E PROGRAMA RENDA EXTRA JUNTO COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Em face do que foi exposto anteriormente, as dificuldades de articulação intersetorial entre a saúde e assistência social, nos impulsionou a levantar algumas sugestões em se (re) pensar novas possibilidades para articulação entre área da assistência social, em específico com o Programa Renda Extra e CIAPREVI, junto com o setor da saúde, o que faremos no presente item.

Essas dificuldades já elencadas foram diagnosticadas, também, pelo próprio Ministério da Saúde que reconhece os problemas em seu setor como: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais que trabalham nesta área, a burocratização e verticalização das ações, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e os direitos dos usuários distantes do que prevê as legislações.

Neste sentido, nossas propostas para o fortalecimento da articulação entre a área da assistência social e o setor da saúde estão relacionadas a duas vertentes, a primeira está pautada na socialização do conhecimento do que concerne o processo de envelhecimento e suas repercussões biopsicossociais, ou seja, com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais e demográficas deste segmento populacional. Pretende-se sugerir uma aproximação dos profissionais da área da saúde de Florianópolis com os idosos do município, visto que a velhice deixa de ser raridade no cotidiano da cidade e implica um olhar diferenciado frente essa nova realidade.

Ressalta-se, no que diz respeito a segunda vertente, a importância da inserção do Serviço Social em espaços como os Centros de Saúde e as equipes de Saúde da Família, pois amplia-se o olhar para um trabalho interdisciplinar com um profissional qualificado para contribuir com a saúde e a situação social, uma vez que identifica-se na sociedade questões de injustiças, desigualdades, fome, violência, da falta de conscientização, etc.

Cabe ressaltar que desde criação e implantação do SUS a formação dos profissionais do setor da saúde foi negligenciada, apesar de ser constantemente apontada como uma necessidade para adequar o atendimento e a qualidade dos serviços prestados. Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou o processo de consolidar a formação dos trabalhadores da saúde, a partir da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, atualmente revogada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Tal Política tem como objetivo orientar a construção e o acompanhamento das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), relativas à Educação na Saúde.

Consideramos que esta Política Nacional é um progresso significativo para o setor da saúde no país, entretanto percebe-se que, como para qualquer outra legislação no Brasil, os passos são lentos para sua implantação. Em Florianópolis, como vimos no item anterior, esta realidade não é diferente, por isso não podemos perder de vista, a importância de se trabalhar o hoje.

Neste sentido, propomos um ciclo de capacitações para os profissionais que integram a equipe da Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde, realizado pelo próprio Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI), lembrando que os serviços deste Centro ocorrem a partir de 3 eixos: proteção, prevenção e capacitação.

Em conformidade com esta proposta, sugerimos que sejam realizadas pelo CIAPREVI, pois os profissionais que atuam neste Centro têm experiência em atuar como palestrante, o que solucionaria a dificuldade de recursos financeiros destinados para esta área. Outro ponto positivo é que, também, os profissionais do CIAPREVI têm um conhecimento amplo sobre a temática do idoso o que facilita ainda mais a organização para esta capacitação.

Vale elucidar que no segundo semestre do ano 2008 o CIAPREVI realizou um ciclo de palestras dentre deles destacamos: seminários de reflexão e sensibilização

sobre a pessoa idosa, seminário de capacitação para profissionais e gestores da rede de atenção e proteção à pessoa idosa e uma série de apresentações nos grupos de convivência de idosos de Florianópolis sobre o envelhecimento e as relações familiares, os direitos da pessoa idosa e a questão da violência. Apesar de todas essas palestras nenhuma foi em específico voltada para os profissionais do setor da saúde, no que concerne a equipe de Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde.

Em uma das apresentações do seminário de reflexão e sensibilização sobre a pessoa idosa o público alvo eram os médicos geriatras<sup>22</sup> do município. O resultado deste seminário foi extremamente positivo, principalmente no que diz respeito ao Programa Renda Extra, os relatórios situacionais de saúde passaram a ter uma linguagem com menos termos técnicos o que facilita muito a compreensão destes. Sendo assim temos uma amostra positiva da importância destas capacitações no setor da saúde.

Sobre o Programa Renda Extra é necessário que se faça junto com as capacitações uma apresentação deste, não apenas para fortalecer os vínculos com a área da saúde, mas principalmente para divulgação do Programa. Lembrando que existe uma demanda reprimida, entretanto são de idosos entre os anos de 2002 e 2006 o que dificulta a localização, por isso uma divulgação deste Programa renovaria esta demanda o que de certa forma pressionaria o setor público para que realmente, como está previsto na lei 5330/98, este Programa atenda todos os idosos munícipes de Florianópolis que dele necessitar e não apenas as 95 vagas que são disponibilizadas.

Temos o discernimento que esta proposta de capacitação dos profissionais que atuam na equipe de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde seja apenas um pequeno e importante passo para o fortalecimento da articulação entre a área social e o setor da saúde no atendimento a população idosa no município de Florianópolis. Neste sentido acreditamos na importância de que os profissionais e gestores não apenas no setor da saúde, mas em termos gerais, têm de se conscientizar que velhice não significa doença e nem pobreza, ou seja, o envelhecimento não é um problema social, como muitos consideram. É necessário discutir junto com todos os setores envolvidos o envelhecimento humano, pois as

---

<sup>22</sup> Florianópolis tem no total quatro geriatras que atendem na rede pública do município, todos estes estavam presentes neste seminário.

causas podem estar no próprio processo de organização destes setores.

No que concerne a segunda proposta, enfatizamos a necessidade da inserção do assistente social nos Centros de Saúde e na equipe da Saúde da Família. Uma vez que, como vimos anteriormente, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007-2010 (2006), existem apenas 9 assistentes sociais num contingente de 47 Centros de Saúde.

Com a inserção do Serviço Social no processo de trabalho de saúde como agente de interação entre os níveis do SUS com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo da sua atuação no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações, fariam que desenvolvessem também atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a preservação, recuperação e controle do processo saúde/doença.

O Serviço Social domina procedimentos metodológicos e instrumentos técnicos adequados, como a abordagem da educação em saúde, que engloba as dimensões psicológicas, cultural socioeconômica, fundamentando em uma ótica reflexiva, e usa como referência as técnicas participativas, em oposição às práticas que medicalizam as questões sociais, Omo modelo biomédico faz. (SINGER apud Araújo, 2007, p. 22)

Reconhecendo a necessidade de profissionais que viabilizem um trabalho de educação em saúde, com o intuito de transformar as demandas imediatas, individuais, na consciência de demandas coletivas. A identificação das necessidades coletivas supõe desvendar as causas econômicas e sociais dos problemas de saúde, e isto ajuda a população a ver além das demandas pontuais e cotidianas, possibilitando construir uma capacidade intelectual de avaliar suas próprias necessidades (PELLIZZARO, 1998) o que vai ao encontro da pedagogia emancipatória prevista na atuação do assistente social.

O campo da Saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a

política e com a ética. Assim, a educação em saúde envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças que os usuários já portam, mas da cobrança e controle social das ações que, extrapolando a Saúde, determinam as suas possibilidades, como a infra-estrutura – água, esgoto, iluminação, habitação etc. (VASCONCELOS, 2002, p. 430)

O Serviço Social deve ser inserido justamente, conforme relata Pacheco (2007) nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam, a prática mediada pela ideologia da ajuda e não pela perspectiva da garantia de direitos sociais, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, exclusão no acesso e a ênfase na assistência médica curativa e individual.

Dessa maneira, acreditamos na importância e na necessidade de inserção de profissionais do Serviço Social em espaços como a equipe da Família e os Centros de Saúde, por estes estarem capacitados para atuar na dimensão social do processo saúde/doença, destacando a relevância da promoção do desenvolvimento humano enquanto fator a ser trabalhado por estes locais. É dentro da relação de dever/direito à saúde que a ação dos assistentes sociais deve se desenvolver e, cada dia, deve se tornar uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde.

Sobretudo, as propostas apresentadas neste item, como ciclo de capacitações para os profissionais do setor da saúde, em específico equipe Saúde da Família e agentes comunitários de saúde e a necessidade da inserção do Serviço Social nos Centros de Saúde e, também, nas equipes de Saúde da Família, foram elucidadas com o intuito de fortalecer a articulação entre o campo da saúde e os profissionais que atuam no CIAPREVI e no Programa Renda Extra para estabelecer um atendimento de qualidade a população idosa de Florianópolis.

Por fim, concordamos com Vasconcelos (2002, p.429) em que afirma ser “essencial não só o investimento na capacitação dos profissionais, mas também o resgate na reconstrução da relação entre poder público e sociedade civil”. Neste sentido nossas propostas têm o objetivo de melhorar as condições de atendimento ao segmento populacional envelhecido do nosso município, bem como, propiciar a participação da população em seu destino.

Enfim acreditamos que estas propostas podem gerar impactos positivos não apenas na qualidade no atendimento, porém principalmente vai favorecer na

construção do exercício de cidadania da pessoa idosa e de seus familiares, por isso ressaltamos a importância que em breve ocorra a efetivação destas propostas, pois conforme Yamamoto (2005, p. 28) “é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado”.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo procurou-se demonstrar a importância da articulação dos profissionais que atuam no Programa Renda Extra Idosos e no Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI) junto com o setor da saúde, baseado nas experiências vivenciadas enquanto estagiária e na análise dos relatos descritos pelas próprias profissionais e estagiárias que atuam na defesa e garantia dos direitos do idoso no município de Florianópolis.

Os dados demográficos utilizados neste estudo mostram que há projeções que indicam que, 2050, o segmento populacional idoso representará quase um quarto da população mundial. Já no Brasil, os idosos representarão, de acordo com o IBGE (2000), à sexta população mais velha do mundo.

No que concerne a políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, notou-se que a Constituição Federal de 1988, desempenhou um avanço na questão do envelhecimento populacional, pois é nela que o idoso aparece pela primeira vez, de forma legal, como cidadão e sujeito de direito. Sobretudo, destaca-se o Estatuto do Idoso como uma grande conquista nesta área, que entrou em vigor em 2004. Entretanto, sabemos que ainda há a necessidade de que estas leis destinadas a esta parcela da população sejam realmente efetivadas para que assim estejam mais presentes no cotidiano dos idosos.

Em Florianópolis, ressaltamos duas políticas setoriais voltadas para a população idosa do município que ocorrem por meio da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através de Programas, Projetos e Serviços. Dentre eles enfatizamos o CIAPREVI e o Programa Renda Extra Idosos, localizados na área social, e no setor da saúde, o Programa Capital idoso, a equipe de Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde, com o intuito de revelar a importância da articulação entre os profissionais que atuam nestes locais.

Desta forma, através da experiência enquanto estagiária e dos depoimentos das profissionais e estagiárias que atuam no CIAPREVI e no Programa Renda Extra Idosos, constatamos que a articulação destes profissionais com o setor da saúde é de extrema importância. Entretanto, confirmaram-se várias situações de dificuldades, nas quais destacamos a falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre a

temática idoso, no que diz respeito principalmente aos seus direitos, e a ausência do Serviço Social em unidades de saúde.

Neste sentido sugerimos a realização de um ciclo de palestras, direcionado especificamente, para a equipe de Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde que atuam no município de Florianópolis e também a inserção do Serviço Social nos Centro de Saúde e nas equipes de Saúde da Família.

Em conformidade com a proposta deste estudo concordamos que envelhecer é uma conquista, um elemento do caminho de vida de todos os indivíduos. Sobretudo ressaltamos que envelhecer com qualidade é um privilégio, que envolve transformações em vários setores da sociedade, causando impacto em diversos campos, como: saúde, educação, justiça e direitos sociais.

Contudo compreendemos que somente a presença de normas e leis não garante essas transformações, ou seja, para conseguirmos conquistar o trabalho articulado entre todas essas instituições envolvidas necessita-se, logicamente, de determinações políticas e de uma melhor discussão das competências dos diversos profissionais que atuam em diferentes locais no atendimento a pessoa idosa.

Ressalta-se a necessidade da inclusão da questão do processo de envelhecimento no currículo do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pois se torna fundamental que os profissionais de Serviço Social comecem a se aproximar dessa realidade e buscar cada vez mais atualizar-se para que possamos melhor reconhecer esta nova demanda intervindo da melhor maneira possível.

Por fim, destacamos a mensagem do Secretário Geral das Nações Unidas, durante seu discurso na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento:

As pessoas idosas não são uma categoria à parte. Todos envelheceremos algum dia [...] Portanto, não consideramos os idosos com um grupo à parte, mas, sim como a nós mesmos seremos no futuro. E reconheçamos que todos os idosos são pessoas individuais, com necessidades e capacidades particulares, e não um grupo em que são todos iguais por que são velhos. (PAME, 2003, p.15)

## REFERÊNCIAS

Araújo, L.R. de. **PSF: sem o assistente social, um passo atrás**. 2007. Disponível em <http://www.paraibapnline.com.br>. Acesso em: 08 mai. 2009.

BEAUVOIR, S. De. **A Velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 1948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretaria de Assistência social, 1994.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**. Lei Federal nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Brasília. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: MS, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993. Brasília: MDS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde do Idoso**. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Brasília: MDS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Política de Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Política Estadual do Idoso**. Lei Estadual nº 11.436 de junho de 2000: Governo do Estado de Santa Catarina, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério de Desenvolvimento Social. **Caderno de Atenção Básica: suporte familiar e social**. Brasília: MDS. 41-48, 2007

\_\_\_\_\_; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria nacional de assistência social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília, julho de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003. Aprovação da **Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: MS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Brasília: MS, 2004.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. 604 p.

DEBERT, G. G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In.: BARROS, M. L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** 1. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998

ETGES, N.J. Produção do conhecimento e Interdisciplinaridade. In: **Educação e realidade.** Porto Alegre, jul/dez, UFRGS, 1993.

GIL, Antonio C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 1995

HADDAD, E. **O direito à velhice: os aposentados da previdência social.** São Paulo: Cortez, 1993.

HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso de vida. In: DEBERT, Guia Grin (Org.) **Cadernos PAGU.** Campinas: UNICAMP, n.13, p. 11-5. 1999.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 2007. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1230&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1230&id_pagina=1). Acesso em: 02 jan.2009.

\_\_\_\_\_. População residente por situação do domicílio, sexo e grupos de idade: Florianópolis/SC: censo demográfico 2000. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 31 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes por situação, sexo, grupos de idade e classes de rendimento nominal mensal. Florianópolis/SC: censo demográfico 2000. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 31 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Perfil dos idosos responsáveis por domicílio. 2000. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS. **Assistência social e segurança alimentar: políticas sociais: acompanhamento e análise.** 15 mar. 2009. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps\\_15/04\\_assistenciasoci al.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_15/04_assistenciasoci al.pdf). Acesso em: 25 mar. 2008.

KANSO, S.; LEITÃO, J.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro. In.: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. 604 p.

LEI MUNICIPAL N°. 5330/98 – Dispõe sobre o **Programa Renda Extra Idosos**, Prefeitura Municipal de Florianópolis. 1998

MINOIS, G. **História da velhice no Ocidente**. Lisboa: Teorema, 1999.

MOTA et all. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

MONTEIRO, P. P. **Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez. Ano XXIV, n. 75, p. 142-152, set. 2003.

NETTO, M.P.; PONTE, J. R. da. Envelhecimento: desafio na transição do Século. In: NETTO, M. Papaleu. **A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneus, p. 3-12, 2002.

NOGUEIRA, Roberto P.; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar de A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises**. Volume 2, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

PACHECO, V. **O assistente social como profissional de saúde**. Disponível em: [http:// www.educaçãofisica.org](http://www.educaçãofisica.org). Acesso em: 08 jun. 2009

PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In.: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. 604 p.

PEIXOTO, C. Entre o Estigma e a Compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, Myriam Lins de (Org.). **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

PELLIZZARO, I. Análise Crítica ao Texto “ Políticas de Saúde do Projeto Formal à Prática Concreta”. **Revista Katálisis**, Florianópolis, n. 3, p. 63-71

PEREIRA, P. A. P. **Formação em serviço social, política social e o fenômeno do envelhecimento**. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/dowloand/formacaosocialpotyara.pdf>. Acesso em: 19 out. 2006.

PERFIL de Florianópolis. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/portal/pmf/cidade/perfildeflorianopolis/demografia.php>. Acesso em 25 mar. 2009.

PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios. 2007. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1230&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1230&id_pagina=1). Acesso em: 02 mar. 2009.

PESSOA, I. L. **Políticas, programas e projetos de atendimento da pessoa idosa na perspectiva dos direitos**. 2008. Disponível em [www.nesprom.unb.br](http://www.nesprom.unb.br). Acesso em: 22 mar. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Assistência social. Gerência de atenção ao idoso. Ficha de Controle da Equipe Técnica – fevereiro a julho de 2008. Florianópolis, 2008.

\_\_\_\_\_. Plano Municipal de Assistência Social 2006- 2009 do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social, 2006.

\_\_\_\_\_. Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010 / Bastos Jr. Mário José e Kawase, Patrícia Rocha (org). Florianópolis. 100 p. 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. Programas e Projetos. Folder sobre a gerência de atenção ao idoso. Florianópolis, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Assistência social. Gerência de atenção ao idoso. Relatório de Execução (Período de outubro / 2007 a agosto/2008) do CIAPREVI. Setembro/2008. Florianópolis, 2008.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO, 2002/ Organização das Nações Unidas: tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003.

SOUZA, K.D. de. **Um olhar sobre o Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis como instrumento de representação e participação popular**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

SOUZA R.F.; SKUBS, T.; BRÉTAS, A.C.P. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem**. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 60, n.3, p. 263-267, maio/jun. 2007. Disponível em: [www.nesprom.unb.br](http://www.nesprom.unb.br). Acesso em: 15 mar. 2009.

RODRIGUES, Maria Lúcia. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In Martinelli, M. L. e outros (org). **O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez/ Educ, 1998.

TAXA de fecundidade é a mais baixa já registrada no país, segundo IBGE. Disponível em: <http://cienciaesaude.uol.com.br/ultnot/2007/09/14/ult4477u170.htm>. Acesso em 04 mar. 2008.

**VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002

VERAS, R. P. e CAMARGO Jr., K. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida. In. Veras, R. (org.) **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará - UnATI - UERJ 1995, p. 11-27.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A - Questionário utilizado com as profissionais e estagiárias do CIAPREVI e do Programa Renda Extra.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Tema do Estudo:**

A articulação entre os profissionais da área da assistência social junto com os profissionais da saúde na rede de atendimento ao idoso no município de Florianópolis/SC.

- 1 ) Qual a importância da articulação com os profissionais do setor da saúde?
- 2) Quais as dificuldades e facilidades encontradas nesta articulação?
- 3) Descreva uma situação de dificuldade vivenciada identificando o local especificamente, ex.: Policlínica, Unidade Local de Saúde, Hospital, entre outros.

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Tema do Estudo:**

A articulação entre os profissionais da área da assistência social junto com os profissionais da saúde na rede de atendimento ao idoso no município de Florianópolis/SC.

**Autora:** Milene Regina dos Santos

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão

**Termo de consentimento:**

Declaro que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes a realização do estudo que irá compor a monografia que será realizada, visando atender requisito parcial para a integralização do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informada de que posso me retirar do estudo a qualquer momento e que todos os dados ao meu respeito serão sigilosos.

---

Nome por extenso

---

Assinatura

Florianópolis, \_\_\_\_ de maio de 2009.