



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Classes sociais, geração e Serviço Social

Sub-eixo: Envelhecimento

SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE GERIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO.

ROBERTO SANTOS DA CUNHA ¹

SORAIA DA SILVA RONDÃO DO NASCIMENTO ¹

Resumo: O objetivo deste trabalho é apresentar a sistematização da fazer profissional, de assistentes sociais inseridos no Programa de Geriatria, localizado em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. O Serviço Social atua no campo do envelhecimento pautado na perspectiva da gerontologia social crítica. Reverbera como um esforço no cotidiano da prática do assistente social, visto a escassez das produções teóricas e frente as expressões da questão social. A prática reflexiva no âmbito da saúde faz parte do escopo da atenção integral em face ao processo do envelhecimento humano e orientações sobre o exercício dos direitos da pessoa idosa.

Palavras-chave: geriatria; serviço social; saúde; hospital universitário.

Abstract: The objective of this work is to present the systematization of the professional practice of social workers inserted in the Geriatrics Program, located in a university hospital in the city of Rio de Janeiro. Social Work works in the field of aging based on the perspective of critical social gerontology. It reverberates as an effort in the daily practice of the social worker, given the scarcity of theoretical productions and expressions of the social issue. Reflective practice in the field of health is part of the scope of comprehensive care in the face of the human aging process and guidelines on the exercise of the rights of the elderly.

Keywords: geriatrics; social service; health; university hospital.

¹ Profissional de Serviço Social. Univerisdade Federal Do Rio De Janeiro

INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento humano (Teixeira, 2008) tem se configurado como um fenômeno mundial sem precedentes, ocorrendo no mundo de forma gradual e célere, consolidando importantes impactos políticos, sociais e econômicos, evidenciando, também, os avanços na ciência e tecnologia que contribuem com o aumento da longevidade humana. Em contraponto, o privilégio da longevidade ainda é restrito a algumas parcelas da população, pois nem todas as pessoas atingem a faixa etária acima dos 60 anos, devido às condições de vida e de acesso aos bens e serviços produzidos pela classe trabalhadora em sociedades fundamentalmente neoliberais.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2014) demonstra que, na Nigéria, país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a faixa etária da população com mais de 65 anos não ultrapassava 0,5%, enquanto na Alemanha, essa população idosa contemplava 17,5% do contingente populacional do país. O relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), intitulado World Population Prospects 2019 (Prospecções da População Mundial 2015), destaca que o Brasil ocupa atualmente a sexta posição no ranking mundial, em um total de 235 países avaliados, onde é possível perceber que há uma tendência de envelhecimento da população brasileira de

forma mais intensa do que no restante do mundo.

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, no quarto trimestre de 2019, número que correspondia a 16,2% da população do país (DIEESE, 2020), enquanto em 2010 (IBGE), a ordem era de 18 milhões de idosos, representando 12% da população total. No Brasil, o fenômeno do envelhecimento tem se constituído frente a um cenário ultraconservador, em um contexto de redução do Estado e de direitos sociais com o aumento do desemprego, da violência e da desproteção das famílias.

De acordo com Minayo et al. (FIOCRUZ, 2021), estima-se que no Brasil existam cerca de 5,2 milhões de idosos que necessitam de ajuda para as suas atividades da vida diária. Em, pelo menos, 80% dos casos, o cuidado é prestado por algum familiar, em 20% este cuidado é prestado por um (a) cuidador (a) remunerado (a), o que inclui os arranjos em que a prestação de cuidados se dá de forma compartilhada entre pessoas contratadas e familiares. Dessa forma, os autores estimam que exista cerca de 4,2 milhões de familiares que cuidam de idosos dependentes e 1 milhão de cuidadores de idosos contratados e/ou remunerados.

Para a Organização Mundial Saúde (OMS, 2015) a saúde pública deve apresentar como resposta a população idosa, políticas estruturadas de forma que permitam que um maior número de pessoas alcance trajetórias positivas do envelhecimento. Já em 2006, a Política Nacional de Saúde Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) previa serviços especializados em geriatria em nível secundário, destacando o idoso em condição de fragilidade com recomendações de reabilitação, tratamento e cuidados paliativos, intermediadas pelas unidades de saúde e sustentadas pela intersetorialidade. Enfatiza a atenção domiciliar como uma das intervenções em saúde preferenciais e prioritárias ao idoso em tais condições.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) destacam-se como importante desafio da saúde pública, principalmente pela alta morbidade entre os idosos, exigindo dos serviços uma escuta especializada como forma de atender às múltiplas necessidades de saúde desse segmento, trabalho interdisciplinar correspondente à integralidade da atenção e a intersetorialidade como facilitador para o acesso aos direitos previstos para a população idosa.

Segundo a OMS (2015) as DCNT podem ser definidas como patologias de origem não contagiosa, que precisam de cuidados constantes, controle e o monitoramento da doença. No entanto, os determinantes sociais que se configuram nas desigualdades sociais,

nas diferentes formas de acesso aos bens e serviços, na baixa escolaridade, na falta de acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada potencializam o acometimento da população idosa por essas doenças (BRASIL, 2011).

O outro fator importante para o acometimento do agravo no estado de saúde da pessoa idosa é o processo causado pelas doenças neurodegenerativas, identificadas como demências. Segundo a OMS (2015), em 2012, mais de 35 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum grau de demência, sendo que este número poderá triplicar até 2050, atingindo mais de 115 milhões de pessoas, sendo que a maior prevalência de demência recairá sobre países de baixa e média renda, com cerca de 60% dos casos de demência. De acordo com a OMS, o tempo vivido com demência corresponde por 11,9% dos anos de convívio com incapacidades decorrentes de doenças não transmissíveis,

Para Burlá et al. (2013), um exemplo típico são as síndromes demenciais, cuja prevalência cresce com a idade, embora não seja um componente normal do envelhecimento. As demências consistem numa síndrome cujo efeito é acometer o funcionamento cerebral. Têm natureza crônica e progressiva, comprometendo várias funções cerebrais, incluindo memória, raciocínio, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Os déficits da função cognitiva são geralmente acompanhados e ocasionalmente precedidos de uma deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação.

Entre as demências, a doença de Alzheimer (DA) é considerada a mais comum, seguindo-se demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência frontotemporal, entre outras. São doenças que comprometem a integridade física, mental e social do idoso de maneira gradativa nas diferentes fases: inicial, moderada e avançada. Na fase avançada, normalmente o indivíduo idoso apresenta perda total de funcionalidade causando a dependência integral e exigência de cuidados cada vez mais complexos (LUZZARDO; GORINI; SILVA, 2006), requerendo a presença constante de um cuidador.

Neste cenário, o envelhecimento populacional associado às questões apresentadas, trouxeram consequências para a família, instituição primariamente responsável pelo cuidado, a qual também vem passando por alterações em relação ao formato dos seus arranjos, à divisão social do trabalho entre seus membros e a sua reprodução, o que influi sobre a forma como os membros dependentes passam a ser cuidados (PEREIRA, 2004).

A família é chamada a assumir a responsabilidade da proteção social, como se as dificuldades enfrentadas pelos seus membros se revelassem apenas no âmbito particular do

seu cotidiano. É importante compreender que fatores econômicos, sociais e culturais estão intrinsecamente associados às expressões da questão social, na perspectiva do estado neoliberal, o acesso às políticas públicas é insuficiente para garantir proteção das famílias principalmente das classes subalternas, que passam a desempenhar papéis importantes na provisão das necessidades básicas dos seus membros, assumindo atividade do cuidado informal dos idosos dependentes. A falta de rede suporte e assistência, de amparo e políticas de proteção a este cuidador, implicará no processo de adoecimento deste indivíduo, visto a sobrecarga atribuída a ele no cuidado integral ao idoso, de modo a negligenciar o próprio cuidado com sua saúde.

Sendo assim, o presente artigo se constitui a partir da inserção dos assistentes sociais inseridos no campo de prática de um programa de geriatria em um hospital universitário localizado na cidade do RJ, onde o atendimento e o acompanhamento realizado junto às famílias dos idosos revelaram-se como ponto central para a intervenção do Serviço Social na busca da garantia de direitos da população idosa e acesso às políticas públicas de proteção às famílias assistidas. Adiante, apresentaremos a sistematização do trabalho do assistente social no referido programa.

1. PROGRAMA DE GERIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO / PGHUCFF

O PGHUCFF foi criado no ano de 1997, com objetivo de ofertar à população idosa atendimento integral e multidisciplinar neste nosocômio, como também, ser uma unidade de formação, aperfeiçoamento e investigação nas diversas áreas ligadas à geriatria e gerontologia. *A priori*, a equipe que constituiu o início dos trabalhos contava com a participação de uma equipe mínima, composta por médico, enfermeiro e assistente social, tendo, no decorrer dos anos, uma inserção de profissionais de diferentes áreas. O processo de trabalho na Geriatria do HUCFF segue uma ótica multiprofissional e interdisciplinar, com a participação de todos os profissionais das equipes pertencentes às áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Fisiatria.

Atualmente, a equipe é composta por quatro médicos, duas enfermeiras, dois assistentes sociais e uma neuropsicóloga. Os atendimentos são realizados no ambulatório do primeiro andar, às terças-feiras e quartas-feiras, pela manhã, e às quintas-feiras, manhã

e tarde. É importante destacar a impossibilidade de a realização dos atendimentos multidisciplinares acontecerem em todos os ambulatórios, visto o número reduzido de profissionais de serviço social e enfermagem na equipe.

2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PGHUCFF

Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - **IVCF-20**: Os idosos são avaliados por meio do instrumento denominado “Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional” (IVCF 20), que é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, sendo este o critério para a inserção no Programa.

O referido instrumento é aplicado pela equipe de enfermagem e discutido com a equipe médica quanto a sua elegibilidade no referido Programa. Todavia, o idoso que não for absolvido será contra referenciado à unidade básica de saúde ou a sua especialidade de origem. Ele pode vir encaminhado por demanda interna (através de um parecer de uma clínica médica do próprio HUCFF) ou por demanda externa (via SISREG).

Após avaliação e atendendo os critérios do programa, os idosos avaliados que forem inseridos no serviço são agendados para a Avaliação Multiprofissional no Ambulatório de Cognição ou Ambulatório Geral de Geriatria ou, onde será realizada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) que engloba a avaliação do Serviço Social, da Enfermagem e da Medicina, ou a Avaliação Cognitiva pela equipe multiprofissional.

2.1 Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estimula ações com ênfase em uma

abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que interferem na saúde do idoso. Assim, o atendimento destinado ao idoso requer uma abordagem multidisciplinar e a intervenção deve ser sempre precedida de uma avaliação abrangente, levando em consideração que, na maioria das vezes, somente uma equipe multidisciplinar integrada é capaz de reabilitar a capacidade funcional de uma pessoa idosa.

Segundo o documento oficial do Ministério da Saúde, a Resolução – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, existem diferentes necessidades e graus de dependência da população idosa, e dividem-se da seguinte forma: **a) Grau de Dependência I** – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; **b) Grau de Dependência II** – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; **c) Grau de Dependência III** – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Um método para avaliar o grau de dependência desse perfil de pacientes e que tem sido usado na área de geriatria é chamado de avaliação funcional e também:

da gerontologia área de conhecimento que propiciou um olhar ampliado sobre o envelhecimento, emergindo uma nova perspectiva na atenção à saúde do idoso, visto em sua totalidade e por isso a necessidade do trabalho multiprofissional e multidisciplinar para tentar dar conta de suas múltiplas dimensões e especificidades do próprio envelhecer. (ALVES, 2013, p. 30)

Esse método vem sendo bastante divulgado e conhecido pelos profissionais da área, além de ter se apresentado como fator sensível e relevante para avaliar necessidades e determinar a utilização dos recursos necessários. Esta avaliação funcional, integra a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou Avaliação Global da Pessoa Idosa, apresentado no documento do Ministério da Saúde, *Cadernos de Atenção Básica nº 19* (BRASIL, 2006), que compreende a avaliação multiprofissional. Nesse caso, as múltiplas dimensões do idoso são consideradas com o objetivo de rastrear os problemas de saúde, sociais, psicológicos e funcionais do idoso de forma que possa ser estabelecido um planejamento de cuidados.

A AGA forma um conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais onde se associa às intervenções habituais de várias disciplinas de saúde a uma avaliação funcional abrangente. Os componentes básicos e dimensões mensuráveis da AGA incluem a avaliação dos problemas médicos e comorbidades relevantes, do estado funcional, estado

psicológico, rede de suporte familiar e social, e atividades sociais, necessidades econômicas e moradia e de fatores de risco. Idealmente, em um grupo interdisciplinar, cada profissional da equipe que, em seguida, levará os dados para a discussão na conferência do grupo objetivando a definição diagnóstica e a proposta terapêutica.

Em uma avaliação social são colhidas muitas informações que permitem ao profissional traçar o perfil do idoso em atendimento e conhecer um pouco da sua dinâmica familiar. Mesmo que o guia de entrevista abarque vários aspectos, consideramos importante destacar três dimensões que devem ser alvo constante na avaliação: rede de suporte familiar e social, situação socioeconômica e situação de risco social.

Sanches (2009) destaca que, para que uma avaliação dessa natureza forneça subsídios para um plano terapêutico adequado, faz-se necessário que as informações colhidas apresentem um retrato de todos os aspectos clínicos, além de uma avaliação das condições sociais do indivíduo. Neste sentido, a avaliação social é parte importante neste processo. Dentre as atribuições do assistente social, a avaliação social é realizada com o objetivo de conhecer a realidade do usuário e suas interações no contexto em que está inserido. É nesse momento que são identificadas condições sociais que, porventura, podem interferir no seu processo de adoecimento e no restabelecimento de sua saúde, para tanto, o profissional utiliza como instrumento a avaliação social. Ainda conforme Sanches:

A avaliação social é utilizada em todas as atividades que requeiram a intervenção do serviço social, seja na avaliação geriátrica ampla, seja na avaliação do cuidador de idosos dependentes, ou, ainda, na avaliação de idosos que ingressam nos grupos de promoção de saúde. Cada um desses momentos tem um modelo diferenciado e objetivos específicos. (2009, p. 30).

3 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PGHUCFF

No que se refere à atuação do assistente social, há quatro frentes de trabalho no programa, a saber, o ambulatório geral, o ambulatório de cognição, a reunião de grupo com os cuidadores familiares dos idosos acometidos por doenças neurodegenerativas, por fim, a competência privativa na formação de acadêmicos de Serviço Social e residentes da Residência Multiprofissional de Saúde em Serviço Social, que se fundamentam majoritariamente nos processos teórico-práticos em curso, neste espaço de atuação, intervenção, ensino e pesquisa frente a realidade apresentada.

3.1 Ambulatório geral

No ambulatório geral, o primeiro atendimento do assistente social é a avaliação social integrada à avaliação multidisciplinar de saúde do idoso (AGA), que possibilita a observação e o acolhimento, identificação de demandas e fatores sociais dos usuários admitidos. É possível ainda, identificar demandas sociais e fatores determinantes que envolvem o processo de adoecimento do idoso. A avaliação social visa permitir, a partir de uma ação integrada à dos demais profissionais, uma visão integral do sujeito que está em processo de adoecimento neurocognitivo e favorecer maior compreensão dos Determinantes Sociais em Saúde

Essa avaliação é importante para subsidiar a tomada de decisões na implementação do Plano de Cuidados, pois as observações realizadas na entrevista são essenciais para um planejamento adequado que respeite os limites e não fuja das possibilidades do usuário e de sua rede de suporte. A avaliação do Serviço Social, da Enfermagem, antecede a avaliação da Medicina, que ocorre na última quinta-feira do mês, possibilitando aos integrantes da equipe um conhecimento da real situação do idoso. Estabelecido o plano de cuidados o idoso poderá ser encaminhado para outros profissionais da equipe multiprofissional do HUCFF ou serviços da rede de saúde, da assistência, do sociojurídico, previdência, entre outros.

Cabe explicitar que o acompanhamento pela medicina é obrigatório para a permanência no programa, tendo em vista a necessidade do acompanhamento do quadro clínico. Já o Serviço Social e a Enfermagem, avalia a necessidade de acompanhamento, ou não, ao idosos. No entanto estes profissionais ficam à disposição para atendimento, *a posteriori*, de acordo com as demandas que possam surgir ao longo de seu acompanhamento no ambulatório. As condutas estabelecidas após construção dos planos de cuidados e discussão de casos com a equipe serão esclarecidas e apresentadas ao idoso e a família, buscando estratégias para sua efetivação.

Por ser a avaliação geriátrica ampla uma avaliação multidimensional, compreende em sua estrutura uma avaliação do contexto social do idoso obtida através de uma entrevista que, em um ambiente multidisciplinar, fica sob a responsabilidade do assistente social. Este analisa amplamente as circunstâncias sociais e sugere que intervenções ou alternativas são necessárias para a resolução do problema apresentado pelo usuário. (SANCHEZ, 2009, p. 25).

O importante aqui é ter a clareza de que a prática do assistente social na geriatria

não deve ser uma atividade rotineira de coleta de informações. Silva (1995) destaca a importância de um momento de reflexão após a entrevista que possa embasar a sua ação, ou ainda concretizar a sistematização da prática, uma vez que isto possibilita o aprimoramento do profissional no espaço institucional.

É na entrevista o momento em que o profissional lança mão dos aspectos educativo, pedagógico e reflexivo para esclarecimento da população usuária dos serviços, com relação aos seus direitos e deveres como cidadãos. Os idosos que seguirão em acompanhamento com o serviço social serão agendados atendimentos individuais e/ou com familiares/colaterais para a realização do acompanhamento social. Nesse sentido o instrumento de avaliação social será utilizado para identificar as condições gerais de vida que influenciam na saúde e bem-estar dos idosos. Os aspectos sociais abordados são: família, habitação, recursos econômicos (trabalho e previdência), sociabilidade e situações de risco social. O acompanhamento em conjunto com a equipe, possibilitará um olhar sobre a inserção do idoso e as possíveis implicações dessas áreas no quadro de saúde apresentado. De acordo com as necessidades ou problemáticas identificadas, o Serviço Social definirá possíveis intervenções nas áreas comprometidas.

A entrevista é um instrumento técnico operativo que não deve ser visto como um fim em si mesmo, mas um meio que favorecerá, num processo mais amplo, a avaliação social. Com este instrumento é possível avaliar as demandas do usuário do serviço e da situação relatada por ele para que futuramente seja realizada uma avaliação mais abrangente com todos os dados coletados para uma possível elaboração de um plano de intervenção para o problema apresentado. (SANCHEZ, 2009, p. 25).

Os desdobramentos desta avaliação se darão através da realização de encaminhamentos às políticas sociais públicas de proteção à pessoa idosa, com vistas ao acesso aos direitos sociais. Todavia, as questões apresentadas são discutidas com equipe multiprofissional e acompanhadas à curto, médio e longo prazo pelos assistentes sociais.

3.2 Ambulatório de cognição

O aumento do número de pacientes idosos acometidos por doenças neurodegenerativas atendidos no ambulatório geral de geriatria, apresentou-se relevante para a equipe que considerou a importância de realizar uma avaliação mais conclusiva com objetivo de fundamentar a etiologia dos diagnóstica dos referidos casos. Deste modo, surgiu

a priori, o projeto de cognição, atualmente denominado ambulatório de cognição, onde são realizados os atendimentos aos pacientes idosos que apresentam algum comprometimento cognitivo. A equipe composta por duas médicas, uma assistente social, uma enfermeira e uma neuropsicóloga, além dos estagiários e residentes de Serviço Social, residentes de geriatria e psiquiatria, como também os alunos de especialização em neuropsicologia.

O fluxo de atendimentos, segue a mesma rotina de acesso ao ambulatório geral de geriatria, via SISREG e/ou pedido de parecer de outras especialidades, porém há idosos encaminhados também, do próprio ambulatório geral para o ambulatório de cognição. As demandas apresentadas, normalmente são: perda da funcionalidade, quadro de esquecimento, lapsos de memória, alterações de comportamento, luto mal elaborado, humor entristecido, choro fácil e depressão.

A avaliação acontece por meio de instrumento multiprofissional específico utilizado pelos referidos profissionais, que registram através das entrevistas, dos testes, dos exames clínicos e de imagens, informações sobre o quadro biopsicossocial e fatores que possibilitam compreender as causas que impactam no envelhecimento. Como também, a aplicabilidade do teste neuropsicológico nos casos de difícil diagnóstico. As condutas interdisciplinares são definidas em reuniões de equipe que acontecem logo após aos atendimentos realizados.

O objetivo do trabalho da equipe multiprofissional neste ambulatório é avaliar a cognição e os comprometimentos apresentados, como também, a inserção do idoso na comunidade e as redes de suporte, apoio e assistência pré-estabelecidas com familiares e/ou colaterais. A definição de cognição é compreendida como o processo de aquisição de conhecimento que envolve fatores diversos, tais como: o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória e o raciocínio, que fazem parte do desenvolvimento intelectual. Cabe ressaltar a importância da participação de um informante na avaliação, objetivando a fidedignidade das informações, visto o prejuízo cognitivo apresentado pelo idoso.

Sobre a intervenção do assistente social neste ambulatório, são realizadas entrevistas com os idosos e seus familiares/colaterais, com vistas à avaliação social. O revelar das informações obtidas sobre a história de vida, arranjos familiares, condições de moradia, renda, inserção comunitária, situações de risco e vulnerabilidades sociais, entre outros, são de fundamental importância para a construção da história de vida e o olhar integral do estado de saúde do idoso e o seu processo de adoecimento. A partir das demandas identificadas, e da conduta interdisciplinar definida, o assistente social junto à equipe, ou em ações individuais, iniciará a intervenção aos idosos e seus familiares.

No fim de cada diagnóstico, conduta e proposta terapêutica, os idosos são contra referenciados aos seus ambulatórios de origem ou a unidade básica de saúde do seu território, de onde se deu o referido encaminhamento. Sinalizamos que os pacientes com diagnósticos de doenças neurodegenerativas, ou com comprometimentos cognitivos leves, em acompanhamento ou admitidos no HUCFF, seguirão em avaliações periódicas neste ambulatório a cada 6 meses. O objetivo é acompanhar possíveis avanços da doença e traçar novas propostas terapêuticas, com buscas a melhorar a qualidade de vida dos idosos e de seus familiares.

3.3 Grupo de cuidadores

A necessidade da participação ativa da família no processo de tratamento/acompanhamento dos idosos neste Programa, revelou a importância de criar estratégias de acompanhamento e cuidado em saúde, também para este segmento, que é visto pela equipe de saúde como ator principal no trato do idoso em domicílio e a segunda vítima das DCNT e doenças neurodegenerativas, em decorrência do exercício do cuidado a longo prazo e as implicações no seu estado de saúde causadas pela sobrecarga do cuidado. Sendo assim, a atuação dos assistentes sociais se dá também aos familiares dos idosos acompanhados nos ambulatórios, seja em atendimentos exclusivos com o Serviço Social, ou em interconsultas com os profissionais de enfermagem e medicina, a depender das situações apresentadas.

Ainda, a falar da atuação dos assistentes sociais aos familiares dos idosos atendidos no Programa, era realizada reunião de grupo uma vez ao mês, com duração de uma hora e meia, no ambulatório, sendo suspenso em função da pandemia causada pelo vírus SARS-Cov, causador da COVID-19. O Grupo é denominado como “Grupo de apoio aos cuidadores familiares dos idosos acometidos por doenças neurodegenerativas”. As reuniões são coordenadas pelo assistente social e tem como objetivo a busca através do coletivo, o enfrentamento das dificuldades apresentadas, desenvolvimento de soluções conjuntas, com vistas à conquista de um ambiente favorável para promoção de ações transformadoras da realidade, além de dividir experiências vivenciadas e construídas ao longo do exercício do cuidado.

3.4 Ensino e a pesquisa

No que diz respeito ao ensino e a pesquisa, por ser um serviço universitário, qualifica-se como contexto de formação nos âmbitos da graduação e, sobretudo, da pós-graduação e especializações através de residências multiprofissionais; o processo de trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no programa de Geriatria está fundamentalmente associado à formação de recursos humanos, tendo em vista a natureza acadêmica da instituição. O objetivo geral da atividade de ensino e pesquisa é possibilitar a capacitação profissional na atenção à saúde do idoso em uma unidade de alta complexidade, em consonância com as diretrizes do SUS, na organização das atividades a serem desenvolvidas pelos estagiários e residentes nos três cenários que constituem o Programa de Geriatria, descritos no curso do trabalho, assim como nortear as ações realizadas pelos mesmos sob supervisão e preceptoria.

No que se refere às atividades de pesquisa, o assistente social no Programa de Geriatria pretende através da dimensão investigativa aproximar o estagiário e o residente à realidade do perfil dos usuários atendidos, das organizações, dos equipamentos no território e do cotidiano da política pública de saúde e as suas relações intersetoriais, além de aproximar, de forma crítica, a formação de recursos humanos em Serviço Social às requisições do projeto ético-político da profissão e de uma política pública de saúde universal e com qualidade, vinculada ao Projeto da Reforma Sanitária e que atenda às necessidades sociais da população idosa; promovendo uma postura investigativa e propositiva a ação profissional do Serviço Social na saúde do idoso.

Em buscas de identificar e analisar as principais demandas sociais apresentadas pelos idosos e seus familiares, objetivando redefinir as ações e práticas profissionais, considerando que atividade de pesquisa contribuem para a formação, das competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas em Serviço Social. Nesse sentido, a produção de material socioeducativo, resultante das atividades de pesquisa, se materializam como importantes ferramentas na prática profissional dos assistentes sociais, através do mapeamento de recursos sociais institucionais e comunitários existentes no âmbito da Seguridade Social.

Consideramos que estudos dessa natureza proporcionam o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e as necessidades reveladas pela caracterização social desse segmento populacional e potencializam a qualificação da intervenção do serviço social. Entretanto, o desenvolvimento de pesquisas representa ainda um desafio para a equipe do

serviço social no interior do programa de geriatria. A dinâmica e rotina intensa de atendimentos diários são fatores que dificultam o processo de pesquisa, porém não podem ser empecilhos para o desenvolvimento de processos investigativos e reflexivos da prática.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto apresentado se baseia no trabalho realizado pelos assistentes sociais do Programa de Geriatria do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF), em conjunto com a equipe multiprofissional. Nesta experiência, a integralidade se apresenta através do exercício de uma lógica de abordagem que considere os sujeitos em sua totalidade, frente ao seu processo saúde-doença-cuidado. Significa reconhecer e considerar o contexto de vida dos idosos e seus familiares – suas relações sociais, representações sobre velhice, saúde e doença, potencialidades, recursos e o acesso às políticas públicas – como parte essencial do diálogo que estrutura o projeto assistencial.

Pensar a saúde do idoso na visão da integralidade é perceber como as relações sociais influenciam no seu contexto de vida e nos problemas que afetam os idosos e suas famílias no Brasil requerem programas voltados às necessidades específicas dos mais velhos, como implantados aos poucos no circuito da política do idoso. A reflexão sobre envelhecimento e saúde do idoso é especialmente relevante na formação do profissional da saúde. Ela é necessária pela ótica da maior expressão da população idosa nas práticas de saúde, e também por conduzir ao repensar da própria existência do indivíduo, como a pessoa que envelhece, um familiar ou um amigo, igualmente confrontada com os desafios do envelhecimento.

O escopo da experiência profissional apresentada, alinham-se à preocupação e a necessidade de ampliar o debate sobre a atenção integral à saúde do idoso no cenário das práticas de saúde e de atenção às famílias, compreender a complexidade da construção de um plano de cuidados para a pessoa idosa, vai muito além do cabível nos protocolos de avaliação utilizados em Geriatria e Gerontologia. Espera-se, dessa forma oferecer uma visão panorâmica quanto a princípios que orientem aos profissionais da saúde a abordagens integrais, explorando diferentes dimensões do envelhecimento e situando, criticamente, o campo das políticas públicas que norteiam essa área

5 REFERÊNCIAS

BASTOS, G; COSTA, L A; RIBEIRO, APS. Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. *In*: Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. 2017, São Paulo. **Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI**. Holambra: Ed. Setembro, São Paulo, n. III, 2017, p. 70.

BERNARDO, M. H. J. **Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares**: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro. 2019. 300 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006.

_____. **Portaria n. 2.029**, de 24 de agosto de 2011. Revogada pela PRT GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33-38. 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 18 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS**: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 10. set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília (DF), v. 1, 2012.

BURLÁ, C.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D.; NUNES, R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CAMARANO, A. A. IPEA. Nota Técnica. **Cuidados para a População idosa e seus cuidadores**: demandas e alternativas. n. 64. Abril de 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9934/1/NT_64_Disoc_Cuidados%20para%20a%20populacao%20idosa%20e%20seus%20cuidadores.pdf Acesso em: 15 jan. 2021.

DIEESE. Boletim Especial. **Quem são os idosos brasileiros**. n. 01, abr. 2020, Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>. Acesso em: 07 jun. 2021.

DIAS, M. B. et al. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Brasil, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona, Ariel, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M., MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação das práticas. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3. p. 180-188, 2008.

FIOCRUZ. **Nota técnica do comitê de saúde da pessoa idosa-FIOCRUZ**: acesso prioritário à vacinação contra a covid-19 para as pessoas idosas com limitações funcionais e seus cuidadores(as). FIOCRUZ, 2021 Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_vacinacao_idoso_cuidador_fiocruz_01_02_21.pdf. Acesso em: 02 fev. 2021.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília: IBGE, 2009. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 07 jun. 2021.

LUZZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P.; SILVA, A. P. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 587-94, 2006.

NASCIMENTO, M. B. **Idosos assistidos no serviço de atenção domiciliar**: integralidade das ações em saúde. 2016. 81 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2016.

OMS. ONU. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem estar. *In*: MIONE, A. S; MATOS, M. C. ; LEAL, M. C. (orgs.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004, p. 25-42.

RAJÃO, F. L; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 1863-1876, 2020.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. New York, 2014.

RIO DE JANEIRO. SMS/RJ. **Diário Oficial do Rio de Janeiro**. Secretaria de Saúde. Despachos da secretaria. 2019
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9019443/4247845/HomologacaoPADI.pdf>.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

SANCHEZ, M. A. S.; MOTA, G. M. S. A entrevista social na avaliação geriátrica. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 25-33, 2009.

SILVA, J. A. P. O papel da entrevista social na prática do Serviço Social. **Rev. em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 12-123, 1995.

THUMÉ, E. **Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica**. 2010. 212 p. Tese (Doutorado em ciências) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2010.