

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Mara Lúcia Hippler

**OS DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA AMPLIAÇÃO E
EFETIVAÇÃO DOS SEUS DIREITOS SOCIAIS EM SAÚDE: uma proposta coletiva
de ação em saúde**

Porto Alegre

2016

Mara Lúcia Hippler

**OS DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA AMPLIAÇÃO E
EFETIVAÇÃO DOS SEUS DIREITOS SOCIAIS EM SAÚDE: uma proposta coletiva
de ação em saúde**

Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social
apresentado ao curso de Serviço Social do Instituto
de Psicologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador Prof. Dr. Sergio Antonio Carlos.

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Hippler, Mara Lúcia

OS DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA
AMPLIAÇÃO E EFETIVAÇÃO DOS SEUS DIREITOS SOCIAIS EM
SAÚDE: uma proposta coletiva de ação em saúde / Mara
Lúcia Hippler. -- 2016.

58 f.

Orientador: Sergio Antonio Carlos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Envelhecimento. 2. Participação. 3. Direito à
Saúde. I. Carlos, Sergio Antonio, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os mestres e companheiros de vida, que me conduziam até aqui, na jornada da vida.

Primeiramente agradeço a conclusão do Curso de Serviço Social com a realização deste Trabalho aos meus amados pais, Ambros Pedro Hippler (*in memoriam*) e Estácia Hippler, por terem me proporcionado o direito à vida, à dignidade e ao amor.

Ao meu amado esposo Alejandro, meu companheiro de vida, pela nossa história de amor que perdurou ao tempo e as distâncias geográficas.

Aos meus amados irmãos, Beto, Márcia, Vera, Rosa, pela sua sempre amizade, companheirismo, apoio e ensinamentos. E aos sobrinhos queridos, Gisele e Diego.

À minha querida sogra, Blanca Rita e a toda a minha família peruana com um carinho especial aos netos, Catalina e Bruno.

Ao meu cunhado Paulo, pelo seu apoio e amizade e a todos os meus amigos e companheiros de caminhada.

Agradeço com muito carinho o meu orientador Prof. Dr. Sergio Antonio Carlos, por acreditar e me apoiar na construção deste trabalho.

À minha querida supervisora de campo, Margarete Alessandrini, pelo seu comprometimento, profissionalismo e carinho.

À minha querida supervisora acadêmica, Profa. Dra. Mailiz Garibotti Lusa, por me acompanhar e me guiar durante o estágio, e também por me honrar como arguidora do presente trabalho.

A todos os professores pelo conhecimento, formação e carinho. E a todos os meus colegas.

A todos os trabalhadores do Centro de Saúde Modelo, com um carinho especial ao Dr. Francisco Mazzuca e a Dra. Júlia Rostirolla.

E com muito carinho o grupo de idosos Com Viver, que motivaram a realização deste trabalho, e que representaram a força do cidadão idoso, descrita nestas palavras.

Gratidão a todos os atores envolvidos neste processo!!!

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social discorre sobre os desafios da participação do grupo de idosos Com Viver do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), executora da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na perspectiva da garantia e ampliação de seus direitos. Trata da experiência do Estágio Curricular Obrigatório de Serviço Social, como campo analítico, contextualizando este espaço sócio ocupacional do assistente social e o projeto de trabalho de Serviço Social desenvolvido com o grupo de idosos Com viver. Nele são discutidas questões sobre o idoso e o envelhecimento populacional, o direito à saúde, participação social, controle social e os mecanismos de controle social da sociedade, dentre os quais, conselhos e conferências. Comenta as principais legislações que reconhecem o idoso como cidadão de direitos. Analisa as reflexões da participação dos idosos do grupo frente aos seus direitos sociais e a operacionalização da política de saúde. Assim como, as estratégias de intervenção do assistente social com o grupo objetivando os processos de trabalho deste profissional com este segmento populacional. O trabalho é finalizado apresentando os limites e os desafios da participação dos idosos nos espaços de participação social, na atenção básica, e das ações socioeducativas e pedagógicas do Serviço Social com o grupo de idosos na perspectiva de transformação social.

Palavras-chave: Envelhecimento. Participação. Direito à Saúde.

ABSTRACT

This senior thesis for the School of Social Work addresses the challenges faced by the older adult members of the group “Com Viver do Centro de Saúde Modelo” in maintaining and expanding their civil rights. It describes the work developed by the author with the group during her internship and provides a critical analysis of the social worker’s role working with an older adult population in the context of a Primary Care Health Unit (UBS - “Unidade Básica de Saúde”) instituted by the National Primary Care Policy (PNAB - Política Nacional de Atenção Básica). The paper discusses the challenges faced by Brazil due to the rapidly aging population as well as issues confronted by the group’s members due to their age, including the right to primary care, social participation, and how mechanisms of social control are used through health councils and health conferences. The thesis briefly presents the legislation that grants older adults their civil rights and describes the interventional strategies used by the social worker to counter the barriers faced by this population. It additionally describes the socio-educational and pedagogic methods the social worker utilized to engage these older adults within the framework of social transformation.

Keywords: Aging. Social Participation. Health Rights.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	O IDOSO E O DIREITO À SAÚDE	10
2.1	O IDOSO BRASILEIRO	10
2.2	SAÚDE COMO UM DIREITO	11
2.3	PARTICIPAÇÃO SOCIAL	15
3	DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS DO CENTRO DE SAÚDE MODELO – UBS MODELO, NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.	20
3.1	DESCRIÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE MODELO	20
3.2	O ESTÁGIO DE SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE SAÚDE MODELO ...	27
3.2.1	O grupo de idosos: contextualização do Projeto de Trabalho no Estágio	34
3.3	REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO IDOSO NA GARANTIA DE SEUS DIREITOS	42
3.3.1	A partir do grupo de idosos Com Viver	42
3.3.2	A partir da intervenção do Serviço Social	45
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) tem como objetivo conhecer e refletir sobre os desafios da participação dos idosos para a ampliação e efetivação dos seus direitos sociais em saúde, e sobre as estratégias de intervenção do Assistente Social junto à esta população em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), executora da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB, 2012), situada no município de Porto Alegre.

No presente Trabalho são discutidas questões sobre a participação dos idosos, como cidadãos de direitos, na atenção básica em saúde, através do conhecimento e da compreensão do processo de participação social dos idosos no exercício do controle social da política de saúde na atenção básica em saúde. Da mesma forma que reflete sobre os mecanismos de controle social, conselhos e conferências, e contribui para a compreensão das atribuições e as estratégias do (a) Assistente Social na atenção básica, junto à população idosa.

Para este fim colabora para pensar de que forma ocorre esta participação no cotidiano deste segmento populacional, e quais os desafios encontrados pelos idosos frente à sua participação, enquanto cidadãos de direitos, com base nas legislações vigentes no acesso à ampliação e efetivação dos seus direitos sociais em saúde. Como entender o trabalho, o papel e a importância do (a) Assistente Social, junto aos idosos, na contribuição à ampliação e efetivação dos seus direitos sociais em saúde, na política de atenção básica, na perspectiva da construção de um processo que colabore para o conhecimento e a conscientização deste segmento populacional.

A metodologia utilizada neste Trabalho tem como base a teoria social de Marx por esta ser a linha metodológica que norteia as reflexões, aqui discutidas. Compreende pesquisa bibliográfica baseada nas produções científicas, como artigos, livros, monografias, dissertações e teses do Serviço Social e de outras áreas de estudo e pesquisa que contribuíram nas reflexões para a compreensão desta temática, em primazia pelo trabalho interdisciplinar que envolve os desafios da participação dos idosos na luta pelos seus direitos sociais em saúde. Foram utilizadas as legislações, leis vigentes que embasam o acesso à ampliação e efetivação dos direitos sociais dos idosos, como sendo a saúde um direito universal e o seu direito de participação junto à efetivação dos mesmos na política de saúde. Dentre estas, são tratadas a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/1994, a Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). E também as leis que legitimam o

trabalho do (a) Assistente Social, a Lei nº 8662/93 que regulamenta a profissão do Serviço Social, como também os princípios e diretrizes do Código de Ética do/a assistente social, que fundamentam e norteiam o exercício profissional (CFESS, 2011).

Outros materiais abrangeram as publicações do Ministério da Saúde referentes à atenção básica em saúde e o idoso e o Sistema Único de Saúde (SUS); as produções do conjunto CFESS/CRESS, as produções e os materiais elaborados durante a graduação em Serviço Social, cursos, seminários e aulas. Como as experiências vivenciadas e os materiais elaborados durante o processo de Estágio Curricular Obrigatório I, II e III do curso de Serviço Social, diários de campo e relatórios, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Saúde Modelo - UBS Modelo. Este serviço de saúde atua na atenção básica, com a finalidade da prevenção e da promoção da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), no período de setembro de 2014 a dezembro de 2015. O processo de estágio teve enfoque na população idosa frequentadora da instituição e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), que motivou a elaboração do presente Trabalho.

Para tanto, são trabalhadas questões relativas ao idoso e ao seu direito à saúde, com um breve panorama do idoso brasileiro e do envelhecimento populacional, como do processo de descentralização e municipalização da saúde no município de Porto Alegre, a participação social em relação ao controle social e as instâncias que o legitimam, conselhos e conferências de saúde. São discutidos os desafios da participação dos idosos do grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, nos espaços de controle social. As estratégias de intervenção do assistente social na experiência do Estágio Curricular Obrigatório servem como campo analítico para pensar sobre o processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos e as estratégias de intervenção do Assistente Social na construção deste processo.

2 O IDOSO E O DIREITO À SAÚDE

Neste capítulo são discutidas questões referentes ao idoso e ao seu direito à saúde abrangendo o idoso brasileiro em relação ao envelhecimento populacional, e a consequente necessidade de políticas públicas para atender esta população que cresce. Ao abordar a saúde como um direito será enfatizado o processo de descentralização e municipalização da saúde, a participação social dos idosos, como exercício de cidadania, refletindo sobre o controle social e as instâncias que o legitimam, dentre estas, conselhos e conferências de saúde. A compreensão dos desafios da participação dos idosos será analisada a partir do grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, nos espaços de controle social e as estratégias de intervenção do assistente social junto ao grupo.

2.1 O IDOSO BRASILEIRO

“O envelhecimento populacional, como uma “revolução silenciosa”, mudou a face das populações de todo o mundo. Em praticamente todos os países, desenvolvidos, emergentes ou em desenvolvimento, a população está ficando mais velha. Em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial sem precedentes” (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012, p. 9).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1950, a população com mais de 60 anos correspondia a 8,1% da população mundial. Em 2010, passa a representar 11% de toda a população, e em 2050, este segmento deverá corresponder a 21,9% de toda a população. A população idosa está aumentando, não apenas em sua totalidade, mas também em seus segmentos mais avançados. De acordo com esta projeção e com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), a população mundial com mais de 100 anos deverá aumentar 15 vezes entre os anos de 1999 e 2050, passando de 145 mil pessoas para 2,2 milhões.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Este limite de idade é válido para os países em desenvolvimento, porém passa para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos. No Brasil, a Lei nº. 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, em seu artigo primeiro define que é idoso toda a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2016).

Em relação ao Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), as alterações demográficas na estrutura social brasileira indicam que 11,1% da população total do Brasil tem mais de 60 anos. Cerca de 4,9% tem 70 anos ou mais, seguindo

a tendência dos países ditos desenvolvidos. As projeções para 2050 apontam para 22,71% da população brasileira com mais de 65 anos, enquanto a população infanto-juvenil, de 0 a 14 anos, representará 13,15%. Em 2008, estes grupos correspondiam, respectivamente, a 6,53% e 26,47% da população total (IBGE, 2008). Isto mostra que a pirâmide de base larga que representava a população brasileira está mudando seu contorno e se assemelhará, nas próximas décadas, à estrutura populacional de países desenvolvidos.

A população brasileira, concentrada principalmente nas grandes cidades, em poucas décadas, mudou seu perfil. Deixou de ser jovem e rural, mudou as características da família, do consumo, das atividades econômicas, da divisão social do trabalho. O perfil demográfico que se apresenta é mais envelhecido. Em 2008, para cada 100 crianças/adolescentes de 0 a 14 anos havia 24,7 pessoas idosas. Em 2050, a projeção se alterará consideravelmente, sendo que para cada 100 crianças/adolescentes de 0 a 14 anos teremos 172,7 pessoas idosas (IBGE, 2008).

Segundo o IBGE (2008), a expectativa de vida ao nascer aumenta a cada ano e, desde 1940, já cresceu 27,28 anos: de apenas 45,5 anos em 1940, ampliou-se para 72,78 anos em 2008, 73,1 em 2010, e projeta-se para 81,29 anos em 2050. A idade mediana da população brasileira de 20,2 anos em 1980 projeta-se para 39,9 em 2035 e para 46,2 anos em 2050.

No Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, conforme dados do IBGE (2010), a população idosa tem aumentado de forma constante e representando um percentual do total da população cada vez maior nos últimos 30 anos. Em 2010, a população idosa em Porto Alegre representava 15,04% da população total, 212.0000, percentual superior ao registrado no Rio Grande do Sul, cujo percentual era de 13,66%, 1.460.626 e no Brasil, onde o percentual era de 10,78%, totalizando 20.566.215

Diante deste cenário, torna-se relevante e imprescindível definir políticas públicas que atendam as prementes demandas desta população.

2.2 SAÚDE COMO UM DIREITO

O direito tem importância fundamental para as políticas públicas, da mesma forma que compreender como as palavras, direito e saúde se articulam na história da saúde brasileira. Assim, ao refletir sobre o direito à saúde, constata-se que o mesmo faz parte do conjunto de direitos, denominados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito foi reconhecido na Constituição Federal de 1988 que, durante seu processo de consolidação, foi direcionado grande importância à saúde, e incluindo-a entre

os direitos sociais, havendo uma seção exclusiva para este tema (Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigos 196 ao 200). O artigo 196 da Constituição Federal preconiza que

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 a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A conquista do direito à saúde no Brasil foi marcada por um histórico de luta de diferentes atores que impulsionaram a conquista de uma política de saúde que garantisse e assegurasse a saúde dos cidadãos brasileiros. Esta Política Nacional de Saúde (PNS) está expressa na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19/09/1990, e o Sistema Único de Saúde (SUS) operacionaliza o atendimento em saúde.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências surge como uma conquista popular através do movimento da Reforma Sanitária. A reforma sanitária foi um marco deste processo por conseguir incorporar as premissas do SUS e os princípios de um novo sistema de saúde na Constituição Federal de 1988. A reforma do setor de saúde brasileiro foi liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil e ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco pois conceituou que saúde é um direito do cidadão, além de delimitar os fundamentos do SUS, tendo base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais, assim estabelecendo os alicerces para a construção do SUS.

Os princípios constitucionais do SUS, de acordo com o Art.7º, da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19/09/1990, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal de 1988, incluem a universalização da assistência, garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema. Dentre estes destaca-se:

- a) Descentralização: descentralização das ações de saúde, com os municípios no comando único na gestão do sistema. Compete aos governos do Estado e da União garantir as condições técnicas, operacionais, financeiras e administrativas para o município poder responder pelo sistema;
- b) Regionalização: é distribuição de serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender a população;
- c) Municipalização: é a transferência de gestão financeira, política, administrativa, incluindo pessoal, equipamentos, prédios, ações e serviços dos níveis federal e estadual de governo para a esfera dos municípios;
- d) Participação da Comunidade: possibilita o controle social da população, que através de seus representantes, define e acompanha a execução e fiscalização da política de saúde.

O SUS está inserido no subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo nisto os serviços de saúde dos militares. Tendo a saúde como único setor que implementou uma radicalização na descentralização, com um importante financiamento e ações regulatórias do governo federal.

O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, assim assegurando a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. O seu sistema de financiamento tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são de origem privadas. Mas o financiamento não tem sido suficiente para assegurar os recursos financeiros apropriados ou estáveis para o sistema público, assim o SUS vem sendo subfinanciado. O SUS vem dispondo de menor volume de recursos públicos, para o atendimento às necessidades de saúde da população do que aquele que foi proposto quando o sistema foi criado, tendo como objetivo se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com os recursos públicos.

A luta pela criação do SUS teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que vinha promovendo a ideologia neoliberal, essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistema de saúde nacional e universal ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-los.

Com este programa se teve um amplo aumento ao acesso dos cuidados da saúde para grande parte da população brasileira, assim atingindo a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal, aumento da conscientização da população em relação ao direito a saúde vinculado à cidadania, investimento na expansão de recursos humanos e tecnológicos em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país.

O SUS ainda está em desenvolvimento e continua na luta pela garantia da cobertura universal e equitativa, sendo preciso garantir sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica, tendo como maior desafio o enfrentamento no âmbito político.

Após esta introdução sobre o direito à saúde no Brasil e a conquista do SUS é relevante citar que os direitos de proteção dos idosos foram conquistados, construídos e legitimados através da história. Aqui serão tratados de forma sucinta na perspectiva de elucidar o tema proposto.

Nesta trajetória para ilustrar o debate é importante ressaltar que, segundo Rodrigues (2001), a implantação no Brasil de uma política nacional para as pessoas idosas, é recente, pois data de 1994. O que houve antes, em termos de proteção a esse segmento populacional, consta em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) e de inúmeros decretos, leis, portarias, mas que não são aqui citados.

No âmbito mundial, em relação aos direitos dos idosos, a Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 10 de dezembro de 1948, promulgou a Declaração Universal do Direitos Humanos, onde além de afirmar em seu art. 1º, “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, define, em seu art. 25º, que

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do controle (ONU, 1948).

A Carta Magna, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu em alguns dos seus artigos, nos artigos 14, 193, 203, 229 e 230, os direitos dos idosos e, considerando que a legislação seja apenas uma das inúmeras iniciativas a serem assumidas pelo poder público, verifica-se a necessidade de uma codificação mínima sobre o assunto a partir da esfera federal. Assim, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96 e, o Estatuto do Idoso aprovado em 2003. Portanto, pode-se primeiramente considerar, que no campo legislativo, o idoso está assegurado já que sua proteção tem assento constitucional (BRAGA; MAESTRO FILHO; SILVEIRA; GUIMARÃES, 2008).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 1º declara que são princípios fundamentais da República Federal do Brasil, a cidadania e a dignidade humana. Diante desta constatação, o idoso é reconhecido como cidadão, tendo os seus direitos assegurados, como os de todos os cidadãos brasileiros, sem distinção. Outro fator constitucional, que garantiria a cidadania aos

idosos é um dos objetivos fundamentais da República que é promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da origem, raça, sexo, cor, credo, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/1994, tem por finalidade regulamentar os direitos sociais do idoso garantidos nos artigos 203, e 204 da Constituição Federal e dessa forma legitima “os direitos sociais dos idosos e os reconhece em legislação como direito reclamável judicialmente” (BOSCHETTI, 2009, p. 11), como consta nesta Lei.

O Estatuto do idoso, Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 reuniu em uma única Lei o conteúdo das diversas legislações sobre os direitos dos idosos. No processo de elaboração do Estatuto do Idoso, na justificativa apresentada no projeto nº 3561, em 1997, pelo Deputado Federal Paulo Paim, constava, “A proposta de criação do Estatuto do Idoso vem sendo trabalhada há algum tempo, visando a consolidação de leis e decretos já existentes, tanto em âmbito federal; como estadual e municipal, que por serem isolados ou ignorados nem sempre são cumpridos. [...] (Deputado Paulo Paim, "28/08/97 (a caneta)”)”. Deve ser dado destaque ao capítulo II – dos Crimes que trata das punições pelo descumprimento do Estatuto, o que não estava previsto na PNI. Em seus princípios destacam-se os artigos 8º e 9º onde o envelhecimento é reconhecido como personalíssimo e a sua proteção um direito social; a garantia à pessoa idosa de proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Sendo estas medidas de proteção e controle social que representam um avanço importante, na luta pela afirmação da dignidade da pessoa idosa.

2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Torna-se relevante direcionar um olhar crítico para a participação dos idosos na perspectiva do seu protagonismo e exercício da sua cidadania em relação à sua participação social democrática nos mecanismos de controle social que a sociedade dispõe como os conselhos e conferências. Nesta perspectiva de legitimidade de direitos é necessário pensar como ocorre a efetivação e a ampliação dos mesmos no cotidiano das relações institucionais, aqui relacionadas à saúde, principalmente na atenção básica.

Para Gohn (2004) existem alguns pressupostos gerais que sustentam suas afirmações sobre participação social:

- a. Uma sociedade democrática só é possível via o caminho da participação dos indivíduos e grupos sociais organizados.
- b. Não se muda a sociedade apenas com a participação no plano local, micro, mas é a partir do plano micro que se dá o processo de mudança e transformação na sociedade.
- c. É no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social.
- d. É no território local que se localizam instituições importantes no cotidiano de vida da população, como as escolas, os postos de saúde etc. Mas o poder local de uma comunidade não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sócio cultural e política. (GOHN, 2004, p. 24)

Dessa forma a importância dos instrumentos democráticos construídos no Brasil, a partir dos anos 1980, como conquistas dos movimentos sociais organizados e dos sujeitos políticos coletivos da sociedade civil, em seus segmentos críticos são marcos significativos de avanços, que estabelece uma nova concepção de Seguridade Social como política pública, não contributiva, como direito de cidadania e dever do Estado. Olhar este que institui um novo paradigma, no qual a noção de direitos sociais ocupa lugar central como elemento fundante da relação pública entre os cidadãos e o Estado (MARTINELLI, 2011).

Da mesma forma que se torna importante pautar sobre o contexto em que se iniciaram as discussões sobre o controle social no Brasil, que de acordo como Bravo e Correia (2012) foram no período da redemocratização dos anos 1980, sendo que a utilização da expressão com este sentido foi propiciada pela conjuntura de lutas políticas pela democratização do país frente ao Estado autoritário, implantado a partir da ditadura militar. Para as autoras, nesse contexto, a expressão controle social passa a ser compreendida como o controle da sociedade sobre o Estado.

Nesse campo de lutas políticas surgiram os movimentos sociais contrários aos governos autoritários e a efervescência política provocada pelo processo de redemocratização do país, propiciou a criação de um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil que buscava mudanças. O movimento social que foi considerado o marco de resistência, e que fez este contraponto, foi o Movimento da Reforma Sanitária que apresentou à sociedade a necessidade da participação social, pautando fortemente as lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro (BRAVO; CORREIA, 2012). As lutas da saúde articuladas à redemocratização do país foram transformadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema, “Democracia é Saúde” e foi aberta à

participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde. A participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986, p. 299, apud BRAVO; CORREIA, 2012, p. 128).

Após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, capitaneado pelo Movimento de Reforma Sanitária, a participação da comunidade e a descentralização tornam-se diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988. Esta participação foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos.

Para enfatizar esta discussão, Bravo e Correia (2012) fazem alusão às contribuições da análise de Coutinho (2006), que elucida também a conjuntura em que a expressão controle social é designada como controle da sociedade civil sobre o Estado, no contexto das lutas sociais contra a ditadura e em torno da redemocratização do país. Neste sentido, Coutinho (2006) afirma “que sociedade civil tornou-se sinônimo de tudo aquilo que se contrapunha ao Estado ditatorial” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 130).

Nesta perspectiva, para as autoras, a partir desta suposta oposição entre Estado e sociedade civil, é cunhada a expressão controle social. E diante desta dicotomia ressalta-se a importância de desvendar de que sociedade civil se está falando para qualificar esse controle social, principalmente a partir das novas formulações de sociedade civil, no final dos anos 1980, postas pelo ideário neoliberal, que conduzem a um esvaziamento e à despolitização no trato da mesma (COUTINHO, 2006, apud BRAVO; CORREIA, 2012).

Na análise de Bravo e Correia (2012) torna-se importante considerar a diferença de cenário político em que a participação social surge no contexto histórico no nosso país, passando do status de proibição, no período da ditadura, a um status de obrigatoriedade, impulsionado, legitimado e assegurado pela Constituição de 1988, triunfo de conquista de lutas sociais. O contexto de mobilização e efervescência política crescente nos anos 1980, onde a sociedade civil era hegemonizada por forças progressistas, as décadas seguintes são marcadas por um progressivo refluxo dos movimentos sociais, de regressão dos direitos sociais, de mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista.

Dessa forma essa distinção do cenário político da história do Brasil das décadas de 1980 e 1990, segundo Bravo e Correia (2012), que passa da efervescência política da década de 1980

para um cenário de regressão dos direitos sociais marcando e retratando uma substituição das lutas coletivas por lutas corporativas em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores na a década de 90.

Neste contexto, de acordo com Bravo e Correia (2012), nos mecanismos de controle social – conselhos e conferências - destacam-se algumas posições: a que considera que esses espaços devem ser abandonados pelos movimentos sociais, por estarem totalmente capturados pelo Estado; e a que defende os conselhos como únicos espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado; e a posição que julga que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer os seus limites em uma conjuntura de refluxo e cooptação de muitos desses.

Dentre estas, no presente trabalho, o tensionamento destes espaços e sua ocupação pelos idosos, torna-se relevante a perspectiva da sua participação para contribuir para a ampliação e garantia dos seus direitos em saúde.

Ao pautar esses mecanismos de participação torna-se importante citar que em 2005, todos os municípios do Brasil tinham criado seus conselhos municipais de saúde totalizando um contingente de aproximadamente 70 mil conselheiros, sendo que 35 mil participam como representantes dos usuários do SUS, tornando o conselho a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (SCOREL E MOREIRA, 2008, apud BRAVO; CORREIA, 2012). Como também ressalta-se que os mecanismos de controle social na saúde têm aspectos históricos particulares, que os diferenciam dos demais, pela luta de vários atores sociais na luta da conquista do Sistema Único de Saúde (SUS). Da mesma forma que nos conselhos e nas conferências se expressa a correlação de forças existentes no conjunto da sociedade. Os mesmos não são mecanismos acima da sociedade, nem são instâncias isoladas imunes aos conflitos de interesses, cooptação, disputas da direção da política social articuladas a projetos societários, mesmo que isto não seja explicitado (BRAVO; CORREIA, 2012). Estas instâncias são regulamentadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal e devem funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento e são constituídos por representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e por prestadores

de serviços, legitimados pela Lei nº 8.142/90 e Resolução nº 453/2012 do CNS onde o segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do Conselho de Saúde têm que ser usuários, sendo 25% de profissionais de saúde e os outros 25% ser gestores e prestadores de serviço.

A Conferência de Saúde é o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo. É convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde, quando ‘50% + 1’ dos integrantes desse fórum conclamam a conferência. Acontece de 4 em 4 anos. É realizada pelas esferas municipal, estadual e federal. É o espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde.

Os Conselhos de Direitos são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Por meio desses conselhos, a comunidade (com seus representantes) participa da gestão pública (BRASIL, 2013).

Estas instâncias são aqui tratadas pela sua relevância tanto no exercício democrático quanto no seu potencial participativo como pontos de discussão para viabilizar formas de reflexão no cotidiano desta população pela luta e pelo reconhecimento destes como sujeitos coletivos.

3 DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS DO CENTRO DE SAÚDE MODELO – UBS MODELO, NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

O processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos se dá a partir da reflexão sobre a relação existente entre os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social e as dimensões profissionais: teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa. Assim, esta relação representa o elo articulador e gerador de vínculo para pensar o processo de construção de um trabalho coletivo com a população idosa, usuária da saúde, na atenção básica em saúde. Este reconhecimento ocorreu através da leitura e do entendimento desta relação nas atividades desenvolvidas no período de Estágio Curricular Obrigatório e na construção de um trabalho coletivo com os idosos participantes do Grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo.

Evidencia-se a importância da contextualização do espaço sócio ocupacional do Assistente Social, no campo de estágio, para viabilizar o conhecer e o problematizar do território, da organização e do Serviço Social. Nesta perspectiva proporcionou a identificação das possibilidades de intervenção no espaço sócio institucional e também o elaborar do registro reflexivo das principais descobertas, desafios, limite e questionamentos vividos neste processo.

3.1 DESCRIÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE MODELO

Trata-se de uma organização pública que atua na área de Saúde, na atenção básica em saúde, na prevenção e na promoção da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Atenção Básica 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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 19).

O Centro de Saúde Modelo - UBS Modelo, localizada à Rua Jerônimo de Ornelas, nº 55, Bairro Santana, na cidade de Porto Alegre, foi inaugurada em 29/12/1941. Os aspectos históricos que impulsionaram sua fundação, de acordo com Castro (2008), foram desencadeados pela organização de um anteprojeto para a construção de um Centro de Saúde Modelo a ser construído em Porto Alegre. O nome “Modelo” representava um marco, no Estado, quanto à proposta de atendimento global à população.

Nesse contexto o projeto arquitetônico da construção era constituído por áreas com risco de transmissibilidade – à esquerda, unidade de controle de doenças transmissíveis e à direita, unidade materno-infantil. O acesso aos espaços apresentava como objetivo a separação, em função desse risco, e alguns dos serviços oferecidos caracterizavam-se como: Higiene da alimentação, Higiene do trabalho, Higiene da criança – infante (até 2 anos), pré-escolar (2 a 6 anos) e escolar, Higiene pré-natal, Higiene dentária, polícia sanitária e saneamento, endemias rurais, Dispensário de Lepra, Dispensário de Tuberculose, Dispensário de doenças venéreas, Dispensário de doenças transmissíveis agudas, educação e propaganda sanitária, enfermeiras de Saúde Pública e serviços de cardiologia (CASTRO, 2008).

As décadas de 80 e 90, segundo Castro (2008) citando Oliveira, com o retorno das epidemias evitáveis retrataram a realidade dos problemas referentes à saúde pública brasileira, como os surtos de cólera e dengue. Deficiências no nível terciário de atenção (rede hospitalar), e a descontinuidade de programas federais com o enfraquecimento da ditadura que, ao longo de seu período no poder no Brasil, retirava subsídios de setores importantes como o da saúde em detrimento da militarização do Estado, entre outros fatores, contribuem para que a população (jovens, adultos, intelectuais, centrais sindicais) passasse a reivindicar ações voltadas à assistência à saúde pública (saneamento básico, postos de saúde, etc.).

O Centro de Saúde Modelo esteve sob a responsabilidade da esfera administrativa do Estado do RS até sua municipalização, ocorrida na década de 90, quando o município de Porto Alegre passou a responder pela administração de diversos serviços de saúde.

O processo de municipalização da saúde ocorreu em decorrência do novo modelo de gestão da saúde e de organização do sistema, a partir da Constituição Federal de 1988, e foi o tema principal da III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, em 1996. A partir da mesma, a existência das Gerências Distritais de Saúde, onde a cidade foi dividida visando à organização do sistema de saúde em distritos sanitários compatíveis com as regiões do Orçamento Participativo (OP) tornou-se parte constituinte da operacionalização da política de saúde no município, que pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, asseguraram os

princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. Assim, o Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo está vinculado à Gerência Distrital de Saúde Centro.

A Gerência Distrital Centro é constituída pelos seguintes equipamentos de Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS Santa Marta, UBS Modelo, UBS Santa Cecília e as Unidades de Saúde da Família (USF Santa Marta, USF Modelo e USF Santa Cecília (KLEY; GREGORY, 2013).

As Unidades Básicas de Saúde, conforme Kley e Gregory (2013) têm o seu Conselho Local de Saúde, que possui papel fundamental para estreitar a relação com a comunidade e na construção das Políticas Públicas. A Gerência Distrital Centro participa do Conselho Distrital e Municipal de Saúde.

Segundo esta configuração o Centro de Saúde Modelo é constituído pela Unidade Básica de Saúde (UBS Modelo), pela Equipe de Saúde da Família (ESF Modelo) e pelos serviços especializados, que serão elencados no decorrer da contextualização da instituição.

Em relação à sua abrangência, o Centro de Saúde Modelo abrange bairros da região central de Porto Alegre, sendo composto por 18 bairros: Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa (parte), Farroupilha, Floresta (parte), Independência (parte), Jardim Botânico, Menino Deus (parte), Moinhos de Vento, Mont´Serrat, Petrópolis (parte), Praia de Belas (parte), Rio Branco, Santa Cecília (parte) e Santana.

A população frequentadora da instituição é composta por moradores da Região Centro, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes são regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dentre estes usuários atendidos pelo serviço estão os usuários do Programa Bolsa Família na Saúde, em torno de 262 usuários, crianças, adolescentes, adultos, gestantes, moradores de rua, pessoas com necessidades especiais e idosos que buscam os diferentes serviços e programas oferecidos pela instituição, por demanda espontânea ou por atendimento continuado em Saúde.

No que concerne à população usuária da instituição, desde o início da construção da análise institucional, em setembro de 2014 até dezembro de 2014 com a sua finalização, no processo de aproximação da realidade do espaço sócio institucional foi relevante a constatação do grande contingente de idosos, tornando-se fator de reflexão da sua influência nos atendimentos e nas ações realizadas no Centro de Saúde Modelo – Unidade Básica de Saúde (UBS) Modelo e naquelas em articulação com a rede de atendimento. Da mesma forma que a gradual compreensão do papel e do trabalho realizado pelo assistente social na política de saúde atendida pela instituição e com população idosa frequentadora da mesma.

Neste contexto, esta constatação está relacionada ao fato de que o distrito Centro, onde está localizado o Centro de Saúde Modelo - UBS Modelo, concentra o maior percentual de idosos de toda a cidade, 21,75% acima de 60 anos, totalizando 60.129, sendo que 12.920 estão acima de 80 anos, de acordo com Kley e Gregory (2013), com base em dados do IBGE (2010).

Como também no fato da cidade de Porto Alegre possuir uma população de 1.409.939 habitantes, dos quais 212.000 têm 60 anos ou mais o que representa 15,04% da população total. Comparando os Censos do IBGE de 2000 e 2010, nota-se que o total de idosos aumentou cerca de 30%. Um dos maiores desafios na atualidade, portanto, é o crescimento acelerado da população com 60 anos e mais, já que este crescimento não é acompanhado pela implantação efetiva de políticas públicas que contemplem sua saúde e peculiaridades.

A população atendida pela instituição conta com uma equipe multidisciplinar que presta atendimento em diversas áreas, desde o primeiro contato com o serviço de Agendamento de Consultas até o efetivo atendimento em atenção básica, para os usuários cadastrados no serviço de saúde. As áreas atendidas são Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Clínica Geral, Medicina de Família e Comunidade, Odontologia, Serviço Social e Nutrição. A Vacinação é considerada área aberta, sem a condição de pertencer ao Centro de Saúde Modelo. Como também a possibilidade de atendimentos em diversas especialidades, tais como, Acupuntura, Homeopatia, Nutrição, Tisiologia, Psicologia e Psiquiatria. O suporte para a sequência e o sucesso dos atendimentos é complementado por setores e serviços que são constituídos pela Equipe de Enfermagem, Farmácia (distrital) de Medicamentos Básicos e Controlados, Farmácia Homeopática, Autorização de Exames, Sala de Curativos, Visitas Domiciliares, Centro de Material Esterilizado, Central de Agendamento de Consultas Especializadas e Setor de Apoio Técnico e Administrativo. O Centro de Saúde Modelo é referência estadual para Homeopatia e Acupuntura.

No Centro de Saúde Modelo também são oferecidas atividades que complementam os tratamentos dos usuários do serviço: Ambulatório Especializado em Saúde Mental Adulto; Grupo de mulheres e homens: psicoterapia em grupo; Oficinas de artesanato para pacientes em saúde mental; AA (Alcoólicos Anônimos); Materno-infantil - Grupo de gestantes; Programa Pra-nenê: pós-parto – orientação de amamentação, alimentação, - Programa Nascer, - Programa Crescer; Programa Bolsa Família na Saúde, Grupo de Tabagismo, Grupo de Idosos, Grupo de Hipertensos, Grupo da Coluna, Reuniões do Programa de Planejamento Familiar.

Além dessas atividades ocorre a Reunião do Conselho Local de Saúde, Reunião Geral da Rede de Atendimento – CEDEL (Centro Diaconal Evangélico Luterano), Reunião da Rede de Atendimento (Micro rede) – CRAS (Centro de Referência de Assistência Social),

Matriciamento de Adultos, Matriciamento da/do Criança/Adolescente, Sala de espera, Atendimento do Serviço Social, Vista domiciliar, Reunião de Planejamento do grupo de idosos.

Para o acesso aos serviços e às atividades complementares da instituição é necessário que os usuários realizem seu cadastro pessoalmente no Centro de Saúde Modelo, no setor de Agendamento de Consultas. Para tanto é necessário estarem munidos de comprovante de endereço, Identidade, CPF e Cartão do SUS. O recadastramento é realizado todas as 5. as feiras, das 8h às 12h e das 14h às 17h com a apresentação de comprovante de endereço, Identidade, CPF e Cartão do SUS.

Dessa forma os serviços que funcionam na instituição desde o primeiro contato com o serviço de Agendamento de Consultas até o efetivo atendimento em atenção básica são a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os serviços especializados.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) atende os pacientes cadastrados nas áreas de Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Clínica Geral, Medicina de Família e Comunidade, Odontologia, Serviço Social e Nutrição. Vacinação como área aberta.

O agendamento é feito até preencher as vagas de consulta para a semana seguinte. E o agendamento do idoso e da Pessoa com Necessidades Especiais (PNE) é feito diariamente, das 14h às 17h, de acordo com a Lei nº 10819 /10 de 13 de janeiro de 2010, que estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastradas nas unidades de saúde do município de Porto Alegre e dá outras providências.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o atendimento é realizado para pacientes cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem, Odontologia. O acesso ao serviço é via acolhimento diário na ESF Modelo ou por demanda espontânea para orientação e posterior atendimento e agendamento. A marcação das consultas é sempre de um dia para o outro. O agendamento do idoso é diário e por via telefônica, como também o serviço disponibiliza um dia específico para o agendamento dos exames de rotina.

Nessa mesma linha de pensamento a instituição comporta em seu território e espaço serviços especializados que atendem os usuários da região distrital Centro e da área aberta. Os serviços que pertencem à região distrital Centro são:

- a) Centro de Referência de Tuberculose (CRTB), cujo atendimento é realizado a pacientes com suspeita de tuberculose ou com doença já instalada através de encaminhamento médico ou hospitalar e por livre demanda. Se o paciente não

for da Região distrital Centro é feito o acolhimento e posterior encaminhamento para o seu serviço de referência;

- b) Ambulatório Especializado em Saúde Mental Adulto, também compõe o espaço dos serviços da instituição cuja abrangência é a Região distrital Centro: UBS/ESF Modelo, UBS/ESF Santa Marta e UBS/ESF Santa Cecília. São realizadas consultas individuais em psicologia e psiquiatria como Psicoterapia em grupo e Oficina de Convivência.

Os serviços para a área aberta de atendimentos são:

- a) Farmácia Distrital Farroupilha cujo acesso à medicação básica e controlada é feito mediante apresentação do cartão do SUS, receita médica e identidade do paciente;
- b) Farmácia Homeopática cujo atendimento é realizado com a apresentação do cartão SUS, receita médica e identidade do paciente e o serviço de práticas integrativas em saúde, orientado pela Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) do SUS:
 - Ambulatório da dor e Acupuntura, cujo atendimento é realizado de segunda à quinta-feira no turno da manhã e nas sextas-feiras no turno da tarde. E o acesso ao serviço é por Referência Municipal da Atenção Básica via encaminhamento, e
 - Homeopatia e a Fitoterapia que realiza o seu atendimento através de agendamento com a Referência da Atenção Básica.

A gestão da Instituição compreende a Coordenação Geral, Coordenação da UBS e Coordenação da ESF, que compõe a estrutura de atenção básica. Os serviços ambulatoriais, como a Saúde Mental, Acupuntura e CRTB (Tuberculose) e mais as farmácias (Homeopática e Distrital) possuem pessoas de referência que acabam assumindo a condição de coordenadores de cada área destas, mas de maneira informal.

O Centro de Saúde Modelo está subordinado à Secretaria Municipal de Porto Alegre (SMS/POA) cuja missão é promover o bem-estar em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com controle social e respeitando as pactuações interfederativas.

A finalidade e os objetivos do trabalho do Assistente Social são a inserção do Serviço Social nas atividades desenvolvidas no serviço por iniciativa do profissional ou demanda da equipe no que tange a informação, orientação e encaminhamento relativos à solicitação do

usuário. Tem por objetivo a inclusão do mesmo na rede de atendimento a partir da defesa dos seus direitos, realizando as mediações, articulações e negociações com toda a equipe de saúde da instituição e da rede de atendimento.

A equipe de trabalho é constituída por uma assistente social e por duas estagiárias de Serviço Social, realizando as mediações, articulações e negociações com toda a equipe de saúde da instituição e da rede de atendimento. A atuação da assistente social no Centro de Saúde Modelo é datada de 2012 e tem uma carga horária semanal de 40 horas. Anteriormente, o cargo de assistente social foi desempenhado por duas antecessoras.

Os recursos materiais da equipe de Serviço Social são uma sala específica para atendimento que dispõe de microcomputador e telefone. Para a realização de grupos há disponível uma sala ampla (auditório). Estes recursos estão em concordância com a Resolução CFESS nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

Dentre os trabalhos articulados de forma interdisciplinar está o trabalho com grupos no Centro de Saúde Modelo. Como no caso do grupo de idosos, cuja coordenação ocorre de forma conjunta entre a assistente social dois médicos de família e comunidade. Os encontros do grupo são organizados pelos profissionais coordenadores através do planejamento da equipe e, também é utilizada a metodologia de convidar palestrantes para discutirem determinados assuntos referentes à prevenção e promoção da saúde – alguns trabalhadores do Modelo e outros vinculados a entidades externas. Outro grupo é o de Tabagismo, que está vinculado ao Programa de Controle ao Tabagismo com o Serviço Social, representado pela assistente social, o médico de família e comunidade, e trabalhadores convidados de acordo com a demanda do grupo. Da mesma forma que o Programa de Planejamento Familiar está vinculado a projetos do governo, onde a participação do Serviço Social ocorre pelo atendimento individual, na participação da reunião do Planejamento Familiar, juntamente com a enfermeira da ESF Modelo, na apresentação e orientação dos métodos contraceptivos. Nesse contexto, o papel da assistente social é orientar sobre a legislação, que legitima o direito e o acesso a esses procedimentos na rede pública de atendimento na atenção básica, como das suas condicionalidades e viabilização de seus direitos em relação a essa demanda.

O processo de conhecimento e de compreensão do campo de estágio e do trabalho do assistente social neste espaço sócio ocupacional contribuiu para mostrar a complexidade da instituição, distribuída em serviços e setores, e em vários desafios frente às expressões da questão identificadas no campo. Como também pelo fato do Centro de Saúde abranger um significativo contingente de bairros da região central de Porto Alegre.

Dessa forma o cenário da realidade encontrada possibilitou reconhecer e se aproximar destes desafios e intervir nesta realidade através do projeto de trabalho de Serviço Social, realizado na instituição que será melhor detalhado e explicitado nos próximos itens deste capítulo.

3.2 O ESTÁGIO DE SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE SAÚDE MODELO

“O Estágio do Curso de Serviço Social é um dos componentes curriculares na formação dos futuros assistentes sociais e se constitui por atividades prático-aplicativas do aluno, através de sua inserção no espaço sócio institucional sob supervisão direta de profissionais Assistentes Sociais, realizada diretamente nos diferentes espaços de inserção e pelos professores do curso (Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social, 2008, p. 20)”.

Na Política de Estágio Supervisionado para o curso de Serviço Social da UFRGS, no que se refere à realização do estágio supervisionado curricular-obrigatório, destaca-se que somente tendo cumprido 80 créditos referente às disciplinas obrigatórias do curso é que o estudante poderá iniciar a atividade de estágio. A carga horária do estágio curricular obrigatório é de 480 horas, distribuídas em estágios I, II e III a serem realizados em semestres subsequentes a partir da 5ª etapa do Curso. A carga horária das atividades de campo deve ser de no máximo, 30h semanais (conforme Lei nº 11.788, de 25/09/ 2008), e não menos que 08 horas semanais. Ressalta-se, ainda, que para garantir a processualidade e a qualidade do aprendizado, os três estágios devem ser realizados preferencialmente no mesmo Campo de estágio.

O estágio I tem por finalidade o conhecimento e a compreensão do território e do campo de estágio através da realização de processo de análise sócio institucional: caracterização da população usuária e das expressões da questão social, objeto de trabalho do assistente social; análise da política social específica que orienta os serviços na organização; identificação dos demais elementos constitutivos do processo de trabalho que se insere o assistente social; propostas de intervenção.

O estágio II, o desenvolvimento da atitude investigativa, propositiva e interventiva reconhecendo a dimensão técnico-operativa, ancorada nas dimensões teórico-metodológica e ético-política. Elaboração e execução do projeto de trabalho que contemple as demandas dos usuários e das ações propostas pelo Serviço Social no campo de estágio.

O estágio III, a sistematização da avaliação de contexto, do processo e do produto vivenciados nos estágios, articulados com os fundamentos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo com a elaboração da análise crítica do processo de aprendizagem.

Para fins deste Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social serão tratadas as reflexões da experiência do estágio curricular obrigatório, I, II e III, como campo analítico, desenvolvido no período de setembro de 2014 a dezembro de 2015, com carga horária mínima de doze (12) horas semanais e não remunerado.

O processo de aprendizagem proporcionado pelo Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social foi desenvolvido através da vivência da estudante no campo de estágio e da supervisão de campo e acadêmica. Segundo Lewgoy (2010), a supervisão proporciona uma visão abrangente do contexto que envolve a relação ensino-aprendizagem.

Este processo ensino-aprendizagem foi desenvolvido por meio da supervisão sistemática com a estagiária, pela supervisora acadêmica e pela supervisora de campo (assistente social responsável pela supervisão local), através de atividades conjuntas: a) Supervisão coletiva – Encontros com todos os estagiários e professores-supervisores para apresentação das diretrizes do estágio supervisionado, estudos de temas teórico-práticos e avaliação do processo; b) supervisão grupal e / ou individual – encontros semanais entre grupos pequenos de estagiários e os professores supervisionados acadêmicos. As atividades de discussão teórico-práticas foram efetivadas por seminários, oficinas e discussão de casos; c) Supervisão em Tríade – Encontros entre supervisor acadêmico e de campo e estagiários para interlocução e conjugação dos planos de estágio da Universidade e dos Campos de Estágio; bem como para avaliação do processo de intervenção do estagiário; d) Visita aos campos de estágio – Encontros semanais entre o assistente social, supervisor de campo, e os estagiários na Organização/Campo de estágio, para discussão, acompanhamento e reflexão do processo do estagiário.

Durante o período de estágio curricular foram realizadas várias atividades que contribuíram para a discussão dos direitos sociais dos usuários do SUS, na atenção básica em saúde e com ênfase na população idosa atendida pelo serviço.

Em relação às experiências vividas no campo de estágio e no reconhecimento das expressões da questão social, refletidas nas atividades realizadas no período de estágio curricular, destaca-se:

- a) O acompanhamento e realização de atendimentos individuais e familiares, para orientação e encaminhamentos relativos à solicitação dos usuários em suas demandas com objetivo da inclusão dos mesmos na rede de atendimento embasado na defesa e na viabilização da garantia de seus direitos. Nestes atendimentos evidenciou-se uma grande demanda de usuários em sofrimento psíquico, como a depressão, com uso de medicamentos e/ou em busca de atendimento psiquiátrico

- e/ou psicológico, utilização de álcool e de álcool e outras drogas, tabagismo, com diagnóstico de doença mental em atendimento ou sem atendimento em saúde, solidão/abandono, violência e negligência contra o idoso, gravidez na adolescência, pessoas com necessidades individuais (PNE) – autismo infantil, cadeirantes, rompimento de vínculos familiares, privação de liberdade, falta de acesso à moradia/situação de rua, desemprego, renda insuficiente, adoecimento pelo trabalho, devido às condições precárias de trabalho, sofrimento dos familiares e/ou dos cuidadores dos usuários como também a existência de demandas reprimidas, pela precarização do trabalho dos trabalhadores da instituição, onde o direito ao atendimento em saúde não foi totalmente atendido por falta de recursos materiais e humanos, como insuficiência, negação e escolha para qual usuário seria disponibilizado o transporte social ou não. O transporte social é um direito dos usuários com dificuldade de locomoção para a realização de consultas, exames, fisioterapia e outros. Estas expressões refratadas da questão social foram evidenciadas no sofrimento dos familiares e/ou dos cuidadores dos usuários. Nesta perspectiva esta evidência tornou-se ponto de reflexão em relação à finalidade de garantir o direito do transporte social dos usuários, o trabalho intersetorial e em rede;
- b) Participação na oficina do Programa do Planejamento Familiar do Ministério da Saúde para orientação sobre o programa, métodos contraceptivos e da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;
 - c) A visita domiciliar para exercer um dos princípios da Política de Atenção Básica em Saúde (PNAB), da longitudinalidade, da continuidade do cuidado e ter o serviço de saúde, a UBS como referência para o tratamento;
 - d) A realização da sala de espera na perspectiva de divulgar os serviços e atender a população usuária dos mesmos em relação às suas demandas para viabilizar o acesso aos seus direitos no seu serviço de referência em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do sistema único de Saúde (SUS), na garantia do acesso universal à saúde. Além da garantia e da legitimidade deste direito nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Atenção Integral ao usuário idoso, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, que em relação às atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, este é um princípio orientador das atribuições comuns a todos os profissionais, como se encontra no item 4.3, V –

Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio de realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e de garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012, p. 44).

Na perspectiva de cada vez mais se aproximar do processo de trabalho da assistente social, em uma UBS, executora da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB);

- e) As reuniões de equipe de trabalho da UBS Modelo, que ocorreram no período de setembro a dezembro de 2014 para discussão dos processos de trabalho da equipe e da instituição. Estas reuniões ocorreram com a presença da Gerência Distrital Centro, com realização quinzenal, para discussão das demandas da equipe e para contribuir para a integração da mesma, enquanto equipe de saúde e reorganização enquanto uma só equipe de trabalho, e também na introdução do processo de acolhimento em saúde na equipe e em relação aos usuários atendidos pela mesma. Estas reuniões além de fazerem parte dos processos de trabalho da equipe de saúde, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), também ocorreram como uma estratégia de intervenção da Gerência Distrital. Estas reuniões acontecerem separadas e fragmentadas por setores, não como uma única equipe, dentro da unidade de saúde. O que gerou e revelou tensionamento e contradição nas relações de trabalho na equipe, evidenciadas entre a não comunicação dos serviços na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), que dividida em setores, porém também parte da mesma.
- f) As reuniões com os grupos de trabalhadores, chamados de subgrupos, para pensar ações e articulações em equipe referentes ao processo de introdução da política de acolhimento, como uma demanda do Ministério da Saúde e pautada em reunião de equipe da UBS Modelo. Este procedimento faz parte da na Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS, do Ministério da Saúde (2012), como um desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua concepção de acesso universal e de atenção integral ao usuário do sistema. Para a garantia desses princípios e também como diretriz e postura ética e profissional do atendimento por ser parte integrante do cotidiano dos processos de trabalho da equipe de Saúde por meio das interações que acontecem entre os usuários e os profissionais. Na perspectiva de entender e discutir o fluxo de trabalho na política de acolhimento na UBS Modelo. Os instrumentos utilizados para este fim foram o Fluxograma da prefeitura de Porto

Alegre para a Organização do Processo de Trabalho das UBS da Atenção Básica, referente mais aos fluxos de trabalho na prefeitura e o Fluxograma elaborado pelo Ministério da Saúde. Além da participação nas reuniões de equipe da UBS para discutir os fluxos de trabalho na instituição;

- g) As reuniões com a rede geral de atendimento (gerência Centro) para a discussão do trabalho em rede e encaminhamentos dos fluxos de trabalho e no âmbito intersetorial;
- h) As reuniões da micro rede (Centro de Saúde Modelo – UBS e ESF e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS Centro) com os trabalhadores que atendem o território do Modelo para discussão de casos e encaminhamentos na rede de atendimento;
- i) As reuniões de planejamento das oficinas do Programa Bolsa Família na Saúde, juntamente com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região Centro, para discutir ações que viabilizem a conscientização da equipe de trabalho de saúde na operacionalização e na compreensão do Programa em questão;
- j) A participação das oficinas do Programa Bolsa Família na Saúde, no Centro de Saúde Modelo, como parte dos processos de trabalho em equipe, na atenção básica em saúde;
- k) A participação em seminários, grupos de discussão da política de saúde e dos direitos dos idosos, como também nas instâncias legais de participação popular: a Pré-Conferência de Saúde e reunião do Conselho Local de Saúde:
 - Seminário de Atualização da Política do Idoso para aprofundar-se e apropriar-se do objeto de trabalho, para conhecer novos parceiros de trabalho, articular com a rede e vincular as ações decorrentes dessa participação em uma atividade de articulação política, de negociação e visão das relações de poder entre os sujeitos do processo, do posicionamento frente às políticas sociais e do papel da população como cidadãos de direito em relação à sua atuação no tensionamento que as envolve.
 - Seminário sobre o Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica, 9.º EGAS – Encontro Gaúcho dos Assistentes Sociais, programado pelo grupo de trabalho (GT) Saúde do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).
 - Grupo de trabalho (GT) da Saúde com a discussão do planejamento do seminário do assistente social na atenção básica para discussão e participação da importância do profissional na Política de Atenção Básica em Saúde.

- Pré-Conferência de saúde na Câmara dos Vereadores de Porto Alegre com as participantes do grupo de idosos do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, inscritos com a finalidade de levar as propostas trabalhadas no grupo e lutar por elas, como exercício do controle social e da cidadania e maior aproximação com o Grupo de Idosos.

- Capacitação presencial sobre controle social – atividade proposta pela coordenação do Conselho Local do Modelo para conhecimento desse espaço de participação social e da operacionalização do mesmo como ferramenta de exercício do protagonismo e da cidadania na clareza e no controle dos gastos da união e da cobrança da utilização do dinheiro na política da saúde, especificamente na Atenção Básica em Saúde. O objetivo final é capacitar-se para poder realmente se tornar um multiplicador do controle social.

- Participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde como espaço de participação e controle social – articulação e negociação com os sujeitos envolvidos no processo – usuários, trabalhadores, estagiários e coordenação do Modelo;

1) O Grupo de Idosos: prevenção e promoção da saúde, participação social e controle social, desenvolvimento do protagonismo, reflexão e da conscientização dos membros do grupo referente à sua participação no seu atendimento e na sua saúde, a partir dos processos de trabalho em equipe, de forma interdisciplinar e de articulação em rede. A participação e acompanhamento das atividades semanais, ocorridas nas quartas-feiras, das 8h às 10h, no auditório da instituição. Nestes encontros semanas ocorreram desdobramentos individuais, das demandas dos usuários do grupo, como o agendamento de consultas reservadas para os usuários do grupo, num total de duas, nas segundas-feiras, com a finalidade de disponibilizar e garantir o acesso do direito a estas consultas, adquirido por negociação com a coordenação do Modelo pelos dois médicos de família e comunidade e pela assistente social, na qualidade de coordenadores deste grupo, em defesa dos direitos da pessoa idosa, de acordo com o Estatuto do Idoso, na garantia do atendimento em saúde; continuidade do processo de preenchimento da ficha cadastral dos participantes do grupo com o perfil sócio econômico destes usuários, elaborada pela primeira estagiária de Serviço Social da instituição anterior ao início do meu período de estágio curricular obrigatório, para atualização dos dados cadastrais dos participantes do grupo, no espectro do atendimento da pessoa idosa, em relação às

suas necessidades e demandas individuais. Estas atividades com e no grupo contribuíram como construção de vínculo e maior aproximação com o grupo, na perspectiva da elaboração do projeto de trabalho de Serviço Social, como ação interventiva do Serviço Social com a pessoa idosa;

Na perspectiva da análise do processo de intervenção vivenciado nestas atividades e ações desenvolvidas durante o período de estágio curricular obrigatório, evidencia-se o quanto estas proporcionaram e contribuíram imensamente para entender que a teoria e a prática não podem estar separadas e sim articuladas. Fato este que se manifesta nas dimensões da competência profissional exercida no trabalho do assistente social. Estas dimensões são a ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, que de acordo com Lewgoy (2010), estão vinculadas e intrinsecamente articuladas entre si, destacando que a dimensão ético-política é fator mediador dessas ações.

Dentre estas atividades realizadas no campo de estágio destaco o trabalho com o grupo de idosos, como fonte inspiradora e reveladora da intervenção profissional e da relevância deste segmento populacional nos processos de trabalho do assistente social, na atenção básica em saúde e nos desafios propostos neste trabalho com o grupo frente à participação dos idosos, na garantia e ampliação dos seus direitos sociais em saúde, em uma unidade executora da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A participação e intervenção no Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo contribuíram para refletir sobre os desafios dos idosos do Grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, nas formas de viabilizar o acesso desta população à política de saúde, aos seus direitos sociais em saúde legitimado pela Constituição Federal de 1988. Como também sobre os instrumentos, as instâncias legais, os espaços de participação e de controle social na luta em defesa destes direitos e nas estratégias de intervenção do assistente social na contribuição da garantia dos mesmos, através da experiência do estágio curricular obrigatório como campo analítico.

Para entender o trabalho com o grupo de idosos é de suma importância contextualizar o grupo que é constituído por usuários cadastrados na UBS Modelo, bem como seus processos e suas dinâmicas de funcionamento e atuação, e o projeto de trabalho de Serviço Social desenvolvido com o mesmo no processo de estágio.

3.2.1 O grupo de idosos: contextualização do Projeto de Trabalho no Estágio

Em decorrência da identificação das demandas institucionais evidenciadas pela observação, participação nas atividades e nas ações desenvolvidas pelo Centro de Saúde Modelo, o trabalho com o grupo de idosos despertou grande interesse e fonte de aprendizado. Por este ser um trabalho articulado de forma interdisciplinar e trabalhar o aspecto pedagógico do Serviço Social, o grupo de idosos desempenha um papel importante na atenção básica em saúde para a população idosa frequentadora do Modelo.

O início das atividades foi no ano de 2012, com a participação de uma única usuária idosa, que permanece até os dias de hoje no grupo.

A finalidade das atividades com o grupo abrangiam a promoção e a prevenção em saúde, que continuaram a ser pauta dos encontros e das atividades do grupo de idosos. Neste processo o grupo foi crescendo tanto na perspectiva do aumento de números de participantes, quanto em relação ao vínculo entre os participantes do mesmo e com os profissionais coordenadores do grupo.

No processo de inserção e de participação nas atividades desenvolvidas, a partir de setembro de 2014, na qualidade de estagiária de Serviço Social, o grupo era constituído por 45 participantes, número que variou no decorrer do período de estágio, mas o seu núcleo, como carinhosamente denominado pelos coordenadores do grupo, de 15 participantes, permaneceram até o final do período de estágio curricular obrigatório, dando continuidade ao grupo e às suas ações.

No período do estágio II, de março a julho de 2015 e do estágio III, de agosto a dezembro de 2015, que abrangeu o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação do projeto de trabalho, o número de participantes do grupo variou entre vinte e três (23) e quinze (15) usuários.

O grupo era composto por homens e mulheres, na sua maioria, e dentre estes a presença de um casal. A maioria dos participantes era de aposentados e com distintas profissões. Alguns casados, mas a maioria viúvas, morando sozinhas, apesar de terem filhos, com exceção de uma usuária que não tinha filhos. Como também possuía as suas singularidades em relação à personalidade de cada componente do grupo, às suas particularidades por pertencerem ao mesmo segmento populacional, por pertencerem ao mesmo território de abrangência do serviço de saúde e por serem usuários do SUS e da mesma política atendida pelo Centro de Saúde Modelo. O grupo caracterizava-se por ser bastante participativo e com disposição de aprender e fazer. Dentre seus participantes evidenciaram-se outras formas de participação além do grupo

de idosos, como o papel desempenhado por uma das usuárias de síndica do seu edifício de moradia, participação nas reuniões de condomínio, grupos de estudo religiosos, participação em eventos culturais de arte em geral e de lazer, algumas das usuárias faziam parte de associações que desenvolviam ações com idosos, entre outras. Cada um expressava a sua história de vida manifestada nas refrações da questão social, como doenças, solidão, depressão, episódios depressivos, responsabilidade do cuidado com os netos, com o filho esquizofrênico, sustento do filho, nora e neto entre outras.

Neste processo de reconhecimento do grupo de idosos é que se iniciou o ato de tecer os fios que uniam os participantes do grupo e que os vinculavam a este grupo. Sendo o vínculo relacional no grupo e com a instituição de saúde um fator relevante nesta relação, para além do Centro de Saúde Modelo ser o seu serviço de referência em atendimento em saúde, mas permeado pela história individual de cada usuário, que ao participar do grupo, além do convívio social ampliava seu espectro de conhecimento e de conscientização dos seus desafios no que se referia ao seu atendimento em saúde e como referência de saúde. Nesta perspectiva, desde o início da elaboração do projeto de trabalho desenvolvido com o grupo de idosos Com Viver, até a sua finalização, o mesmo foi permeado pelo processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos no ato de construir juntos através da reflexão e da discussão dos direitos sociais em saúde.

Para tanto, durante a explanação da proposta do projeto de trabalho para o grupo de idosos, o mesmo foi tratado como “nosso” projeto, e também pelo fato de o mesmo ser elaborado juntamente com as supervisoras de campo e acadêmica.

A proposta apresentada para o grupo foi a de trabalhar os direitos sociais dos usuários idosos na Saúde, no SUS, pensar, refletir, debater e viabilizar ações que promovam o protagonismo dos sujeitos envolvidos nesse processo. Para trazer para o grupo a reflexão de como esses direitos se materializam na prática, no cotidiano do Centro de Saúde Modelo, através das experiências do grupo, e como esses direitos são percebidos, se acontecem ou não, se são violados e como acessá-los.

Nesta perspectiva as atividades desenvolvidas no grupo de idosos permearam desde o início do estágio curricular obrigatório as reflexões e a atenção para o processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos no próprio grupo e partícipes do seu atendimento em saúde. Atividades realizadas na própria instituição e em espaços externos à mesma. Dentre as atividades que realizei junto ao grupo, destacam-se:

- a) O planejamento da agenda semanal do grupo de idosos realizado nas reuniões de planejamento com a equipe coordenadora do mesmo, a assistente social e dois

médicos de família e comunidade. Além da participação dos estagiários de Serviço Social, Medicina e Nutrição, e de outros profissionais, de acordo com as necessidades e demandas do grupo, com o objetivo de integração e melhor articulação das mediações entre a equipe do Modelo e do crescimento do grupo na dimensão da participação do idoso, na contribuição do entendimento e da sua atuação no seu atendimento em saúde, no Modelo, e na própria Política de Atenção Básica (PNAB), e da relevância desta participação, como reconhecimento do idoso como cidadão usuário do SUS;

- b) Elaboração de proposta das atividades para a agenda 2016 do grupo de idosos;
- c) Organização da planilha de atividades realizadas com o grupo de setembro de 2014 a dezembro de 2015;
- d) Atualização da lista de participantes do grupo para a avaliação da diminuição do número de participantes com a finalidade de ampliação do mesmo, de compreensão e análise deste dado na dinâmica do grupo e como proposta a ser trabalhada no processo de estágio. Evidenciou-se que a diminuição de participantes no grupo foi motivada por mudança de endereço, adoecimento, sofrimento psíquico do próprio usuário e/ou de seus familiares, ocasionando a perda do vínculo, tanto do relacional quanto da referência em serviço de saúde;
- e) Coordenação conjunta do grupo de idosos em suas atividades semanais;
- f) Acompanhamento das atividades planejadas e realizadas pelo grupo em alusão ao mês do idoso:
 - 2.a caminhada da pessoa idosa,
 - fila de agendamento de consulta com a participação do grupo e da equipe coordenadora do grupo,
 - participação da oficina de teatro realizada pelos participantes do grupo,
 - confeção de “mimos” para os usuários e trabalhadores do Modelo,
 - confeção de cartazes do grupo de idosos Com Viver em alusão ao mês do idoso, à 2.a caminhada da pessoa idosa, em horário extra da atividade semanal do grupo;
- g) Acompanhamento do grupo na oficina de nutrição no laboratório de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);
- h) Acompanhamento em uma visita com o grupo em uma associação que desenvolve ações com idosos, sendo alguns participantes deste grupo;
- i) Atualização dos dados das Instituições de Longa Permanência (ILPS);

- j) Participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS) e o
- k) Projeto de Trabalho de Serviço Social, *Direitos sociais em Saúde no Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo: uma proposta coletiva de ação em Saúde*, cuja metodologia consistiu principalmente na realização de oficinas que contribuíram para o protagonismo, autonomia, exercício da cidadania e no conhecimento de alguns dos seus direitos sociais e da utilização deste conhecimento no cotidiano dos seus atendimentos como usuários da saúde e do SUS.

Estas atividades abrangeram a prevenção e promoção da saúde, como finalidade primeira desde a criação do grupo de idosos na instituição, no ano de 2012, e que continuaram a serem desenvolvidas no grupo até a data presente e no decorrer do período de estágio.

O projeto de trabalho de Serviço Social, Direitos sociais em Saúde no Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo: uma proposta coletiva de ação em Saúde teve como público alvo os usuários idosos do Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo e foi desenvolvido nas dependências do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, abrangendo os usuários idosos frequentadores do Grupo Com Viver. A data de elaboração do mesmo foi de março à maio de 2015 e o seu período de execução iniciou em julho deste ano até novembro do mesmo ano.

O objetivo geral do projeto de trabalho foi contribuir para o protagonismo e a autonomia dos idosos do Grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo, através da discussão dos direitos sociais em Saúde para fortalecer o vínculo dos idosos com o grupo. Para esta finalidade foram realizadas ações embasadas nos seguintes objetivos específicos: contribuir para o fortalecimento do vínculo dos idosos com o Grupo de Idosos Com Viver; Trabalhar a dimensão pedagógica e socioeducativa do Serviço Social no seu âmbito de transformação social e viabilizar ações que levassem ao protagonismo dos sujeitos participantes do grupo na busca da operacionalização dos seus direitos sociais.

Dentro desta perspectiva as metas projetadas nesse projeto de trabalho: ampliar a participação dos idosos no grupo e a permanência dos sujeitos envolvidos no processo; Maior compreensão dos idosos em relação aos seus direitos sociais em Saúde e produzir uma cartilha informativa com os participantes do Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo sobre seus direitos, através de suas contribuições no decorrer do Projeto de Trabalho a partir das suas demandas foram alcançadas com alteração do produto final.

A metodologia utilizada neste projeto de trabalho teve como principal estratégia de ação a realização de oficinas com o Grupo de Idosos que trabalharam o pensar, o sentir e o agir dos sujeitos, fortalecendo o vínculo dos idosos no grupo de idosos do Centro de Saúde Modelo, de acordo com Moreira (2013, p. 111),

O trabalho com grupos aparece como uma alternativa de se executar nas instituições ações que insiram seus atores em processos que enfatizem ações coletivas e que sejam pautados por vieses afastados dos tradicionais. Podemos afirmar que nesta perspectiva, o trabalho com grupos se coloca como um meio de possibilitar a experiência de outras práticas pedagógicas mais flexíveis e dialogadas nestes espaços (MOREIRA, 2013, p. 111).

Nesta perspectiva de ação ocorreram 3 (três) oficinas mensais, no período de 2 (duas) horas, no espaço de julho a setembro onde foram trabalhadas as temáticas sobre vínculo, direitos dos usuários da saúde, juntamente com as contribuições dos participantes para o processo de intervenção, a participação social dos idosos, na perspectiva de contribuir protagonismo e autonomia dos mesmos, pela reflexão e a conscientização dos membros do grupo referente às suas demandas e participação no seu atendimento e na sua saúde. E como produto final, a confecção de uma cartilha informativa dos participantes do Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo com as suas reflexões sobre os seus direitos como usuário da saúde, através de suas contribuições no decorrer do projeto de trabalho resultou em um documento que foi entregue à coordenação do Conselho Local de Saúde. Este documento contém as propostas do grupo geradas a partir das oficinas executadas no projeto, que através de uma dinâmica de participação gerou a confecção de dois desenhos (em formato de cartaz) do Centro de Saúde Modelo “desejável” como exercício da cidadania e democracia na sua participação nos mecanismos representativos da participação social democrática e do controle social, como o Conselho Local de Saúde (CLS), na reivindicação dos direitos desse segmento populacional e também na participação da tomada de decisões. Na perspectiva de que o Conselho Local de Saúde (CLS) é a instância máxima deliberativa e de participação da comunidade na área de abrangência de cada unidade de saúde, que atua no planejamento, na cogestão e na fiscalização, exercendo atuação descentralizada e regionalizada dos Conselhos Distritais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde - CMS/POA, para atuar na formulação e controle de execução de política de saúde, no âmbito local do serviço de saúde, sendo esta uma de suas competências.

A metodologia explicitada para a execução deste projeto foi composta por sete fases. Para efeitos deste TCC as mesmas foram organizadas em três grupos: a) Planejamento do projeto de trabalho e apresentação do projeto para a instituição sancionadora; b) Implementação do projeto, execução e monitoramento das oficinas e c) Avaliação e relatório final. Que são descritas a seguir:

a) Planejamento do projeto de trabalho e apresentação do projeto para a instituição sancionadora

A elaboração do projeto de trabalho ocorreu dentro do prazo previsto, de março a maio de 2015. O projeto foi apresentado tanto para o grupo de idosos, a equipe coordenadora do grupo quanto para a coordenadora da UBS Modelo na segunda quinzena de junho de 2015. Estava prevista também uma apresentação para a equipe da UBS Modelo que não ocorreu por não estar havendo reuniões de equipe e sem previsão de data para a realização das mesmas, por ter havido demissão voluntária do coordenador geral do Centro de Saúde Modelo e não ter ocorrido substituição da mesma até o momento das apresentações.

b) Implementação do projeto, execução e monitoramento das oficinas

A implementação do projeto ocorreu de junho a novembro de 2015. Foram realizadas atividades de divulgação na sala de espera, nos atendimentos individuais, no grupo de idosos e pelos próprios participantes do mesmo. Negociação com a coordenação do Centro de Saúde Modelo sobre a disponibilidade de recursos necessários para a realização das oficinas, negociação com a equipe coordenadora do grupo de idosos para agendamento das oficinas nas reuniões de planejamento do grupo, e com a coordenadora do Conselho Local de Saúde para divulgação das oficinas e do projeto de trabalho de Serviço Social.

A execução das oficinas que foi projetada para ser realizada de agosto a novembro de 2015, ocorreu com um mês de antecipação, sendo seu início no dia 08/07/2015.

A primeira oficina abordou a operacionalização da Carta dos direitos dos usuários da Saúde. Foi realizada com a projeção de slides sobre os 6 (seis) princípios contidos na mesma, acompanhada de explicação, reflexão e dinâmica de grupo com a sistematização das discussões, que resultou em dois cartazes.

A segunda oficina foi realizada no dia 09/09/2015 com a retomada do projeto de trabalho, com a sistematização das discussões, que resultaram nos cartazes. Após a explicação sobre o que havia sido feito na primeira oficina houve nova discussão sobre os 6 (seis) princípios, porém não com a profundidade e o efeito que a primeira oficina causou no grupo.

A terceira oficina ocorreu no dia 16/09/2015 com a realização de uma dinâmica com o grupo de construção do “Modelo desejável” – Dinâmica da participação para contribuir para o protagonismo e autonomia do grupo e dos membros do grupo com o objetivo de levar o que está sendo trabalhado, os princípios da Carta dos direitos dos usuários da Saúde para a

reunião do Conselho Local de Saúde. Na perspectiva de materializar as discussões e as reflexões do grupo em relação aos seus direitos, como usuários da saúde, para além das atividades referentes ao projeto de trabalho, mas também nas demais atividades desenvolvidas pelo grupo.

A fase de monitoramento das oficinas foi realizada de julho à novembro de 2015. Este processo ocorreu durante o processo de execução das oficinas, após a realização das mesmas com a estagiária e a assistente social supervisora como também com a equipe interdisciplinar coordenadora do grupo.

Nesta fase foi realizado o monitoramento do instrumento utilizado, a Carta dos direitos dos usuários da Saúde para a realização das mesmas, o monitoramento do tempo de realização das atividades propostas em cada uma das oficinas, como o planejamento das atividades para cada oficina, concomitante com a agenda cotidiana do grupo de idosos, que ocorreu na reunião de planejamento do grupo com a equipe coordenadora do mesmo.

O instrumento utilizado, a Carta dos direitos dos usuários da Saúde, na perspectiva de conhecer alguns dos direitos de usuário na hora de procurar atendimento de saúde contribui para o fortalecimento do vínculo dos idosos com o Grupo de Idosos Com Viver no grupo e a permanência dos sujeitos envolvidos no processo pelo envolvimento do grupo nas discussões, reflexões e na própria divulgação deste instrumento, levando a ampliar a participação dos idosos no grupo. Trabalhou a dimensão pedagógica e socioeducativa do Serviço Social no seu âmbito de transformação social proporcionando maior compreensão dos idosos em relação aos seus direitos em saúde; viabilizou ações que levaram ao protagonismo dos sujeitos do grupo na busca da operacionalização dos seus direitos sociais tendo como produto final um documento contendo as propostas do grupo, geradas a partir das oficinas executadas no projeto. Exercício da cidadania e democracia a participar nos mecanismos representativos da participação social democrática e do controle social, como o Conselho Local de Saúde, na reivindicação dos direitos desse segmento populacional e também na participação da tomada de decisões. A confecção de cartazes, utilizando recursos de desenho, escrita, criatividade, com atividades lúdicas de produção coletiva também estiveram de acordo com os objetivos específicos do projeto de trabalho.

c) Avaliação e relatório final

A fase da avaliação final foi planejada para ser realizada em novembro de 2015 e dividida em três momentos para abranger todos os atores envolvidos neste processo: com o

grupo de idosos; com a equipe interdisciplinar coordenadora do grupo e com demais atores: usuários, trabalhadores, estagiários e coordenação da instituição.

A avaliação final com o grupo de idosos aconteceu com a aplicação do questionário de avaliação do projeto de trabalho do Serviço Social, elaborado pela estagiária e com a orientação da supervisora de campo e acadêmica. O questionário foi respondido com respeito à liberdade de resposta dos participantes e sendo cada pergunta trabalhada com o grupo. Quando apresentaram alguma dúvida com relação ao preenchimento, esta foi esclarecida pela equipe de Serviço Social. O questionário de avaliação foi respondido por quinze (15) participantes. E abrangeu as seguintes questões:

- a) Conhecimento e utilização do instrumento avaliou-se que a maioria dos participantes não conhecia o instrumento, porém após obter conhecimento do mesmo, a maioria utilizou pelo menos duas vezes os direitos contidos no instrumento no seu cotidiano;
- b) Participação nas discussões e nas oficinas como estratégia para o fortalecimento do grupo, a maioria avaliou que sim;
- c) Alcance deste instrumento referente às mudanças no cotidiano destes usuários, à escuta sensível das suas opiniões e de como se sentiram na qualidade de partícipes na garantia e ampliação dos seus direitos e usuários do SUS, todos os participantes avaliaram que houve mudança na maneira de reivindicar seus direitos ao participar do projeto;
- d) Metodologia utilizada, de discussão em oficinas, todos avaliaram que foi adequada;
- e) Sentimento ao participar deste projeto, a maioria avaliou que se sentiu feliz ao participar do mesmo.

A avaliação com a equipe interdisciplinar coordenadora do grupo ocorreu separadamente com a assistente social e a estagiária, o médico de família, a assistente social e estagiária, com a outra médica coordenadora do grupo de idosos juntamente com os estagiários. A equipe avaliou que foi bem visível o crescimento da estagiária no processo de estágio e que este refletiu o perfil da mesma na condução e execução do mesmo. Em relação ao projeto de trabalho houve percepção do grupo de idosos da vontade, da motivação, da atenção e da habilidade de escuta da estagiária frente às necessidades e as propostas do mesmo. Evidenciou-se crescimento e responsabilidade da estagiária no decorrer deste processo em relação às habilidades de organização, planejamento e no exercício de objetivar as ações planejadas e na operacionalização das mesmas. O instrumento de avaliação utilizado com o grupo, o questionário de avaliação foi adequado com perguntas bem elaboradas, e a ideia de colocar as

carinhas com emoções foi bastante criativa. A equipe de Serviço Social avaliou que o projeto de trabalho atingiu os seus objetivos propostos e que pelo grau de envolvimento pela estagiária frente ao grupo, evidenciou-se uma postura profissional frente ao mesmo. Da mesma forma que o projeto de trabalho tocou em um ponto considerado nevrálgico da atual conjuntura política brasileira, a participação popular, a participação social democrática da população, aqui enfatizada no segmento idoso da mesma.

A avaliação final com os demais atores envolvidos nesse processo não ocorreu devido ao fato de não estar havendo reunião geral da equipe. Porém, a coordenadora do Modelo estava ciente do projeto e da sua execução como das atividades realizadas nas fases de execução do projeto na instituição.

A elaboração do relatório final do projeto de trabalho ocorreu em novembro/dezembro, de acordo com o período planejado, de 2015 abrangendo as contribuições das avaliações, o alcance do projeto em relação aos seus objetivos e às suas metas com as suas considerações finais.

3.3. REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO IDOSO NA GARANTIA DE SEUS DIREITOS

As reflexões sobre a participação do idoso na garantia de seus direitos será apresentada sob dois pontos de vista: a partir do grupo de idosos e a partir da intervenção do Serviço Social.

3.3.1 A partir do grupo de idosos Com Viver

A partir da experiência com o grupo de idosos Com Viver do Centro de Saúde Modelo evidencia-se a importância das atividades elencadas e realizadas com o mesmo, na perspectiva de trabalhar os direitos sociais dos usuários idosos no SUS. Assim como pensar, refletir, debater e viabilizar ações que promovam o protagonismo dos sujeitos envolvidos neste processo. Pensar o que é o direito, o que é um direito social e como se acessa, trouxe alusão ao Art. 6.º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), “toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a Lei”, e também na perspectiva deste documento “de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, [...], através do ensino e da educação, [...] promova o respeito a esses direitos e liberdades” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Da mesma forma que refletir sobre os direitos fundamentais, “do direito à Vida, do direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, dos Alimentos, do Direito a Saúde, da Educação, Cultura e Lazer, da Profissionalização e do trabalho, da Previdência Social, da Assistência Social, da Habitação, do Transporte”, previstos na Constituição Federal de 1988, mas que já constavam na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e que estão agora compilados no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, e legitimados por lei, proporcionaram através da aproximação gradual no grupo, reconhecer estes direitos, representados na história de vida de cada um dos seus participantes.

Como também, a existência da Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, ainda que embora o tema da participação social esteja presente no texto desta lei, em seu Art. 1.º, “A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, na reflexão sobre a participação do idoso na garantia de seus direitos, no que compete aos marcos legais, pela experiência do estágio, há ainda um grande caminho a ser trilhado.

Entretanto, ao trilhar este longo caminho evidencia-se no processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos, que as ações e as atividades desenvolvidas no grupo, em relação à temática da participação social dos idosos, na perspectiva do desenvolvimento do protagonismo, reflexão e da conscientização dos seus membros referente ao seu atendimento em saúde, a partir do processo de trabalho em equipe, interdisciplinar e de articulação em rede, motivou e despertou no grupo o seu potencial político e participativo.

Embora o grupo não tenha a finalidade de ser um grupo de controle social, na perspectiva do acompanhamento, da fiscalização, da avaliação e do monitoramento da Política de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo exerce ações e atividades que desempenham este papel na sociedade.

Para Gohn (2004, p. 24), “uma sociedade democrática só é possível via o caminho da participação dos indivíduos e grupos sociais organizados”, e “é no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região”.

Nesta perspectiva, o grupo de idosos exerce uma importante função dentro da instituição, manifestada na convergência de forças sociais que o trabalho interdisciplinar exerce com o grupo, com a instituição e com a política atendida pelo Centro de Saúde Modelo, como executora da atenção básica em saúde.

Nos mecanismos de controle social da sociedade – conselhos e conferências, a participação dos membros do grupo no Conselho Local de Saúde e também como representação do segmento idoso no Conselho Distrital de Saúde, contribui nesta perspectiva e na garantia dos seus direitos como cidadãos, usuários do SUS.

Da mesma forma que o projeto de trabalho de Serviço Social, *Direitos sociais em Saúde no Grupo de Idosos do Centro de Saúde Modelo: uma proposta coletiva de ação em Saúde* contribuiu para o protagonismo e a autonomia dos idosos do Grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo, através da discussão dos direitos sociais em Saúde para fortalecer o vínculo dos idosos com o grupo, e colaborou para o reconhecimento destas forças sociais e dos sujeitos coletivos.

O projeto de trabalho, através das suas oficinas, também contribui nas discussões realizadas com o grupo, como um espaço de exercício de participação e controle social, que culminou na participação de representantes do grupo de idosos para apresentação do produto final do Projeto de trabalho do Serviço Social, que se transformou em documento entregue à coordenação do Conselho Local de Saúde, como instância deliberativa, de acompanhamento, fiscalização avaliação e monitoramento da Política de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas ações refletiram o processo de articulação e negociação com os sujeitos envolvidos no mesmo – usuários, trabalhadores, estagiários e coordenação do Centro de Saúde Modelo.

Em contrapartida, de acordo com a minha experiência de Estágio, após este processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos em relação à participação e controle social democrático do idoso nestes mecanismos de participação e controle social, nas conferências e conselhos, pode-se observar a pouca representação deste segmento populacional nestes espaços, mesmo havendo participação na Pré-Conferência de Saúde do distrito Centro, realizada em maio de 2015, na Câmara Municipal de Porto Alegre, e sua subsequente participação na VII Conferência Municipal de Saúde, no segmento usuário idoso.

Em relação ao Conselho Distrital de Saúde existe a participação de uma usuária do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo, integrante do grupo de idosos como representante do segmento usuário deste serviço.

No que se refere ao Conselho Local de Saúde algumas das participantes do Grupo de idosos também representam o segmento usuário no Conselho Local de Saúde deste serviço. E também existe a participação de trabalhadores idosos deste serviço, embora não haja participação no Conselho Municipal de Saúde.

Na perspectiva de participação social do idoso e no exercício do controle social no que compete ao acompanhamento, fiscalização, avaliação e monitoramento da política de saúde,

enquanto usuário idoso do SUS, através das ações de cunho participativo, coletivo e político, pode-se evidenciar que mesmo o grupo tendo uma pequena representatividade no Conselho Local de Saúde, mas com a inserção do projeto de trabalho de Serviço Social e com o trabalho já desenvolvido com o grupo, dentro dos planos, programas e projetos da instituição, o quanto a dimensão pedagógica do Serviço Social é representativa neste aspecto.

Em relação ao Conselho Municipal do Idoso (COMUI) em participação de uma plenária evidenciou-se a não participação de idosos no segmento usuários, mas representantes de instituições para idosos conveniadas com a Fundação de Assistência e Cidadania (FASC). Sem dúvida, estas representações são importantes para garantir o direito destes idosos, a dignidade e a cidadania. Porém, até que ponto existe abertura para que outros grupos de idosos possam também participar e exercer sua cidadania, o controle social e participar das decisões em relação às políticas públicas.

3.3.2 A partir da intervenção do Serviço Social

Neste processo de estágio evidencia-se a relevância do estágio como parte formativa do assistente social e da realidade profissional encontrada nos espaços sócio ocupacionais do deste profissional. O Serviço, Social se caracteriza por ser uma profissão interventiva, cujas ações refletem-se nos seus processos de trabalho transformando esta realidade na perspectiva da garantia e da defesa intransigente dos direitos, princípio ético que norteia a prática profissional, de acordo com o Código de Ética profissional de 1993.

Nesta perspectiva, nas ações desenvolvidas referentes ao projeto de trabalho evidencia-se coerência com o trabalho com grupos na atenção básica, nas atribuições e competências do assistente social junto à equipe de trabalho e como proposta coletiva em relação ao processo de reconhecimento dos sujeitos coletivos.

Neste contexto, o projeto de trabalho executado na instituição despertou interesse e o início de um movimento reflexivo de valorização, participação nos sujeitos envolvidos no processo, desencadeando um processo de amplitude das relações sociais e institucionais, com o aprofundamento do objeto de trabalho pela apropriação do mesmo e pelo maior comprometimento com a própria profissão e formação. Este posicionamento refletiu-se como construtivo diante dos desafios encontrados neste processo

Para este fim, as ações e as articulações realizadas no planejamento, apresentação, implementação e execução, monitoramento e avaliação do projeto de trabalho foram teoricamente referenciadas e fundamentadas na teoria social de Marx, que traz a contradição

entre Capital e Trabalho na sociedade capitalista em que vivemos. Como também traz a luta de classes, que à luz do materialismo histórico dialético permite o movimento de ir e vir na análise crítica de uma realidade institucional. Nesta perspectiva o momento histórico pelo qual os sujeitos envolvidos nesse processo de trabalho e ação transpassa a realidade aparente e permite a reflexão do momento sócio histórico em que se vive e a crítica perante a totalidade dessa realidade. Nesse contexto o aspecto de transformação social do Serviço Social possibilita intervir nessa realidade e transformá-la.

Este aspecto transformador do Serviço Social está relacionado com as dimensões da competência profissional exercida no trabalho do assistente social. Estas dimensões são a ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Segundo Lewgoy (2010), estas dimensões estão vinculadas e intrinsecamente articuladas entre si. A dimensão ético-política é caracterizada por seu aspecto crítico e reflexivo da práxis profissional que fundamenta o trabalho profissional nas ações desenvolvidas pelo mesmo. A dimensão teórico-metodológica promove a ligação entre a teoria e o método, assim como a metodologia utilizada nas ações e nos desdobramentos das demandas dos usuários em articulação com a equipe de trabalho, a instituição e com os limites de atendimento dessas demandas. Para que esse processo ocorra a dimensão ético-política atua como fator mediador dessas ações. Levando dessa forma a reflexão e crítica das bases utilizadas no método, nos objetivos dessas ações e na relevância da especificidade do Serviço Social na viabilização dos direitos dos usuários conforme o Código de Ética do/a assistente social e da Lei nº 8662/93 que regulamenta a profissão do Serviço Social.

Neste contexto foi muito relevante a participação do Serviço Social no grupo de idosos na qualidade de estagiária e coordenadora conjunta do mesmo, tanto no planejamento da agenda das atividades do grupo quanto na intervenção do projeto de trabalho do Serviço Social. A metodologia de oficinas utilizada para execução do mesmo, cujas fases foram sendo trabalhadas a cada encontro e preparadas para a próxima, proporcionou um olhar mais preciso para a dimensão avaliativa do grupo, no que se refere à dinâmica e ao funcionamento do mesmo, ao papel de cada participante no grupo, e às suas características individuais e coletivas. Da mesma forma, que foi importante ter conhecimento e embasamento teórico das aulas sobre grupo, ministradas na universidade para a compreensão deste processo.

O exercício do instrumento do diálogo participativo com o grupo contribui no grupo e com o grupo para criar mais vínculos com o mesmo e com os seus participantes. Como também o exercício da escuta sensível, ao dar voz aos seus participantes demonstrou conhecimento e técnica de uma das habilidades extremamente importantes do assistente social nos seus processos de trabalho para aproximação com o objeto de trabalho. Estes instrumentos fazem

parte da dimensão técnico-operativa do trabalho do assistente social no processo de intervenção no grupo.

Neste processo, as aulas sobre o tema “grupo” ministradas na universidade e as experiências pessoais, proporcionaram o reconhecimento da dimensão teórico-metodológica e das categorias do método de Marx: totalidade, historicidade e mediação. Na totalidade, indo da realidade aparente para ir gradativamente se aproximando da realidade concreta através da mediação entre a singularidade, particularidade e universalidade. A singularidade devido aos usuários pertencerem a um grupo do segmento populacional idoso, por pertencerem ao mesmo território de abrangência do serviço, ao mesmo posto de saúde, mas cada um dos seus membros tem suas particularidades. Porém, todos são pertencentes de uma mesma sociedade com suas leis e determinações, de acordo com Moraes e Martinelli (2012) apud Pontes (2000): “as mediações permitem a apreensão do movimento do ser social na sua historicidade e legalidade imanentes, ocultas nos sujeitos: tanto a gênese histórica, quanto sua estrutura social se encontra submersas na facticidade (PONTES, 2000)”.

Dessa forma ao entender e identificar as categorias do método de Marx, que embasam a dimensão teórico-metodológica dessa ação com o grupo de Idosos é importante ressaltar que

É na dialética entre o universal e o singular que se encontra a chave para desvendar o conhecimento do modo de ser do ser social. Lukács chama essa dialética de particularidade - caracteriza-se como um campo de mediações. Ou seja, esse campo de mediações nos permite realizar aproximações sucessivas ao real e, assim, negar a facticidade/imediaticidade que permeia a singularidade do ser social, desvelando as forças e processos que determinam a gênese e o modo de ser (funcionamento) dos complexos e fenômenos que existem em uma determinada sociedade. “O particular é a expressão lógica das categorias de mediação entre os homens singulares e a sociedade” (LUKÁCS, 1978, 93). Ou seja, a particularidade opera no âmbito do ser social entre a vida singular de cada homem e sua vivência genérica (MORAES; MARTINELLI, 2012).

Dessa forma, as articulações e as mediações realizadas durante o processo de estágio e na execução do projeto de trabalho, entre estas, as negociações com a coordenação do Centro de Saúde Modelo no que se refere aos recursos materiais utilizados no projeto, como Datashow e auditório, com a equipe coordenadora do grupo de idosos para a realização das oficinas nas reuniões de planejamento do grupo, e também com a coordenadora do Conselho Local de Saúde. Assim como a divulgação do projeto na sala de espera, na fila para o agendamento de consultas, com a distribuição de folders informativos, pelas informações passadas aos usuários sobre o grupo e o projeto, como também nos atendimentos individuais. Da mesma forma que a divulgação do projeto e do grupo pelos participantes do mesmo, na fila de agendamento de consulta, na fila de espera, no Conselho Local de Saúde descrevem e evidenciam o aspecto

transformador do Serviço Social que está relacionado com as dimensões da competência profissional exercida no trabalho do assistente social: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa.

Para fundamentar e sustentar estas articulações e ações desenvolvidas no exercício profissional o Conselho Federal de Serviço Social produziu o documento, “Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde”, que “tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da Saúde (CFESS, 2010, p. 9)”.

Nestas ações destacam-se as socioeducativas, que “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática (CFESS, 2010, p. 52).” E também, o eixo que abarca a mobilização, participação e controle social, que envolve

Um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p. 55).

Dessa forma a relação do Estágio Curricular Obrigatório com o Projeto Ético-Político Profissional está nas mediações e articulações realizadas entre trabalhadores do Centro de Saúde Modelo, rede, usuários, entre supervisora e estagiária, maior responsabilidade no planejamento de atividades compartilhadas, exercício de interdisciplinaridade mais consciente e reflexivo, maior posicionamento perante as situações e demandas institucionais, dos usuários e dos processos de trabalho do assistente social através do projeto de trabalho. Como no planejamento, implementação, execução, monitoramento e avaliação do projeto de trabalho executado nesta instituição.

Neste contexto, a amplitude destas atividades objetivaram a prevenção e promoção da saúde, participação social e controle social, desenvolvimento do protagonismo, reflexão e da conscientização dos membros do grupo referente ao seu atendimento em saúde, a partir do processo de trabalho em equipe, interdisciplinar e de articulação em rede. Ao planejar a agenda do grupo de idosos e organizar as atividades do estágio e apropriar-se da habilidade de coordenar um grupo desenvolvendo competências necessárias para a mesma na formação profissional. Na contribuição para o protagonismo e a autonomia dos idosos do Grupo Com Viver do Centro de Saúde Modelo, através da discussão dos direitos sociais em saúde para fortalecer o vínculo dos idosos com o grupo. Colaborando para o desenvolvimento de um espaço de participação e controle social, de articulação e negociação com os sujeitos envolvidos

no processo – usuários, trabalhadores, estagiários e coordenação do Modelo. Na participação de representantes do grupo de idosos para apresentação do produto final do Projeto de trabalho do Serviço Social, que se transformou em um documento entregue à coordenação do Conselho Local de Saúde como instância deliberativa, de acompanhamento, fiscalização avaliação e monitoramento da Política de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). No acompanhamento do grupo na qualidade de coordenadora e participante da equipe de trabalho e nas mediações com o grupo, instituição, trabalhadores, com a rede de serviços, com a Política de Saúde. Na perspectiva do exercício da autonomia e da cidadania dos usuários, nas tensões entre os mesmos e os trabalhadores, na melhoria das relações pessoais, com o serviço, os trabalhadores, com a política e na contribuição do acesso aos seus direitos de cidadão idoso e participe desse processo.

Para tanto foi relevante a observação, o conhecimento e a compreensão do trabalho, do papel, das atribuições e estratégias de intervenção do (a) Assistente Social junto à população idosa usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). No processo de estágio evidenciou-se relevante pensar de que forma estes usuários do SUS participam e contribuem para a ampliação e efetivação dos seus direitos sociais em saúde. Como também quais mecanismos legais de participação existem para que estes direitos possam ser acessados e para que haja o controle e a fiscalização da própria política que os legitima. Da mesma forma que pensar como esses direitos se tornaram direitos e como os idosos passam a ser ou serem reconhecidos como cidadãos de direitos e participativos ou não da história da construção e legitimação dos mesmos. Para este fim conhecer as ações, leis, e as principais legislações que garantem os seus direitos como cidadãos e usuários da política de saúde também se tornou necessária.

Nestas ações observa-se a riqueza das mesmas no que se refere à participação mais ativa na própria política atendida pelo serviço, a Política de Saúde na Atenção Básica em Saúde, como o papel do assistente social junto à esta população e sua responsabilidade e comprometimento com seus princípios éticos e políticos preconizados no Código de Ética do/a Assistente Social de 1993, em seus princípios fundamentais, como também os deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as.

Estes princípios fundamentam os processos de trabalho do assistente social e revelam na práxis profissional o processo de reconhecimentos dos sujeitos coletivos, assim como do aprendizado sobre as dimensões da competência profissional, sobre as mediações e as articulações com outros profissionais que são extremamente importantes para o exercício profissional. Como também se evidencia a importância das mesmas no tratamento com a

população usuária, de forma ética e política, pautada em teoria e método e na materialização destas na instrumentalidade da profissão, [...] “na dimensão técnico-operativa, que, caracterizada pelo domínio dos conteúdos de sua área específica de conhecimento, é uma instância de passagem que permite a realização da trajetória da concepção da ação à sua operacionalização (LEWGOY, 2010, p. 149-150)”.

Evidencia-se como relevante o desenvolvimento e o reconhecimento do referencial dialético-crítico nas mediações e nas articulações entre os trabalhadores do Centro de Saúde Modelo, com a rede, e com os usuários, como também a responsabilidade no planejamento das atividades compartilhadas, no exercício da interdisciplinaridade mais consciente e reflexiva. Da mesma forma que o desenvolvimento de maior posicionamento perante as situações e demandas institucionais, dos usuários e dos processos de trabalho do assistente social através do projeto de trabalho.

Nesta perspectiva e no decorrer deste processo, através do aporte teórico e prático foi possível vivenciar os fundamentos trabalhados e discutidos neste trabalho. Além das dimensões da competência profissional exercida no trabalho do Assistente Social - a ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. E com um olhar especial para a dimensão pedagógica do Serviço Social, por vivenciar e refletir sobre as ações que trabalharam a mesma, assim como proporcionaram o despertar nos usuários a reflexão dessas ações na Saúde como um direito legitimado, assim como o direito da sua participação na realização do seu protagonismo como cidadão e usuário do Sistema Único de Saúde e também partícipe da qualificação do seu atendimento.

Como também, a partir da Constituição Federal de 1988, a criação de espaços de luta pelos direitos sociais em saúde da população idosa e o potencial de participação destes cidadãos usuários do SUS nos grupos de idosos nas Unidades Básicas de Saúde, como nas instâncias representativas do exercício da democracia e da cidadania: nos Conselhos de Saúde, nos Conselhos de Direitos e nas Conferências de Saúde. Estas instâncias são regulamentadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Assim, na experiência do estágio, evidencia-se no trabalho com o grupo de idosos, na atenção básica em saúde, o potencial de participação destes cidadãos de direitos, para além de um espaço de prevenção e promoção de saúde. Neste sentido, as estratégias de intervenção do assistente social na ampliação desse campo de atuação profissional contribuíram para a construção desses sujeitos coletivos.

Neste processo de reconhecer e proporcionar formas de participação política destes sujeitos, nas instâncias tratadas neste trabalho evidencia-se a sua relevância tanto no exercício democrático quanto no seu potencial participativo como pontos de discussão para viabilizar formas de reflexão no cotidiano desta população pela luta e pelo reconhecimento destes como sujeitos coletivos.

No entanto, diante do atual panorama político em que o segmento idoso está inserido, as políticas públicas para o envelhecimento carecem da participação desse segmento populacional na tomada de decisões, no acompanhamento, na fiscalização, no monitoramento dessas políticas. Assim como da conscientização do papel social que cada cidadão tem no exercício de seus direitos em busca da democracia plena, de acordo com minha experiência, na qualidade de estagiária de Serviço Social.

Nesta perspectiva as discussões em relação às estratégias de intervenção profissional e a importância do trabalho do Assistente Social junto à população usuária idosa do SUS na ampliação das formas de sua participação na sociedade visam refletir e reconhecer o potencial dos atendimentos realizados pelo Assistente Social, como também na oferta dos serviços, que são muitas vezes negados. Dessa forma, na atenção básica em saúde, os limites encontrados na operacionalização dos atendimentos desta população, reafirma o papel interventivo do Serviço Social com estes usuários para a construção de um trabalho coletivo de participação nestes espaços de luta e de poder, mas representativos enquanto espaços de cidadãos de direitos e que lutam para mantê-los. Para tanto, para esta leitura de realidade existe o arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Assistente Social, que nos seus processos de trabalho na atenção básica em saúde faz de suas atribuições e de suas competências profissionais a essência desta participação.

Nesse contexto torna-se relevante pensar sobre qual direção a práxis dos assistentes sociais está hoje pautada diante de um quadro político em que se vive uma retomada do conservadorismo no campo das políticas públicas e uma perda significativa de direitos sociais conquistados pela luta de atores da sociedade civil está pautada nos conselhos populares com a participação da população na gestão pública, no acompanhamento, monitoramento, avaliação e fiscalização das instituições públicas e ONGS assegurando os interesses da sociedade no exercício do controle social.

Nessa perspectiva, estar inserido como profissional consciente da realidade sócio histórica, permeada de conteúdo político que reflete as transformações ocorridas na sociedade brasileira e no mundo remete o trabalho dos assistentes sociais junto à comunidade e aos conselhos em seus processos de trabalho a relevância, segundo Martinelli (2011), de lutar por

justiça e direitos e pela construção de uma efetiva presença da profissão. Assim como a exigência por parte destes profissionais por compromisso político como sujeitos coletivos que partilham vontades históricas determinadas. E dentre estas está:

- O fortalecimento do trabalho profissional nos espaços de construção de cidadania;
- O investimento na capacidade de fazer análises críticas, conjunturais, desvendando o jogo de forças sociais que impregnam o nosso cotidiano e as nossas ações profissionais;
- O investimento na construção de mediações capazes de refundar a política como espaço de direitos, de luta contra o grande capital e
- O investimento na construção de mediações que possibilitam refundar o social como espaço de construção de utopias e de invenção de futuros; [...]. (MARTINELLI, 2011, p. 130)

Para tanto, o trabalho desenvolvido no campo de estágio com o grupo de idosos propiciou um vasto leque de reflexões a respeito do papel deste profissional frente à política de saúde para conhecer e refletir sobre os desafios da participação dos idosos para a ampliação e efetivação dos seus direitos sociais em saúde, e sobre as estratégias de intervenção do Assistente Social junto à esta população em uma Unidade Básica de Saúde, executora da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB).

Neste processo, nas atividades desenvolvidas no campo e no reconhecimento do elo articulador e formador de vínculo, que é a relação entre a história, teoria, método e as competências profissionais, a participação dos idosos, como cidadãos de direitos, na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB), contribuíram para o reconhecimento e a compreensão do processo de participação social dos idosos no exercício do controle social da política de saúde na atenção básica em saúde (PNAB).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios encontrados frente à participação dos idosos, como cidadãos de direitos, na atenção básica em saúde, para a ampliação e efetivação dos seus direitos sociais em saúde foram marcados por vários fatores. Dentre estes, o momento político do Brasil na época do estágio, com uma política pautada na retração de direitos e avanços conquistados, como a conquista do SUS, com cortes nas políticas sociais, e com ameaça da privatização da saúde, que refletiu no cenário institucional do período de estágio.

Outro fator desafiador foi a realidade institucional encontrada pela complexidade da instituição, composta por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelos serviços especializados, que estão distribuídos em setores que compõem o conjunto de serviços ofertados pela instituição. O que evidenciou a fragmentação entre os profissionais e serviços, como também as condições precárias de trabalho, pela falta de recursos materiais e humanos, como a aposentadoria de profissionais e sem reposição do quadro funcional, além da precariedade da estrutura do prédio, e sem previsão de reforma. Outros fatores foram a diversidade das expressões da questão social identificadas no campo, concomitante ao grande volume de usuários atendidos pelo Centro de Saúde Modelo e pelo fator do mesmo abranger um significativo contingente de bairros da região central de Porto Alegre. E a relevância da constatação do grande contingente de usuários idosos atendidos pelo serviço. Em contrapartida, estes mesmos desafios levaram a reflexão sobre como ocorre a participação dos idosos nesta realidade complexa.

Estas evidências ficaram perceptíveis nos diferentes espaços, do cotidiano dos processos de trabalho do assistente social, como nas reuniões de equipe da UBS e no grupo de idosos, que refletindo no atendimento aos usuários do Centro de Saúde Modelo.

Assim, enquanto estagiária, de conhecer as leis que regulamentam os direitos dos idosos e do seu reconhecimento como cidadãos de direitos e dignos da garantia e do respeito aos mesmos, pelo ensino e pela educação tornou-se parte do enfrentamento destes desafios. É nesta linha de pensamento que evidencia-se que este reconhecimento requer luta e conquista de vários atores para que o mesmo se faça presente e legitimado no cotidianos dos processos de atendimento dos serviços de saúde e na garantia dos direitos dos idosos, na atenção básica em saúde.

Da mesma forma que a importância do conhecimento destas leis e da saúde como um direito universal está para além do marco legal.

Para tanto é necessário um trabalho coletivo que objetive ampliar o conhecimento e a conscientização dos idosos como cidadãos de direitos, pautado na sua participação como protagonistas e partícipes deste processo, aqui expressada no grupo de idosos Com Viver do Centro de Saúde Modelo – UBS Modelo.

Este processo de construção coletiva e de reconhecimento dos sujeitos coletivos, a partir das ações socioeducativas da intervenção profissional, dentre estas, a realização das oficinas, como metodologia utilizada no projeto de trabalho de Serviço Social, que contribuíram para ampliar o conhecimento, a conscientização e a reflexão dos idosos frente à garantia dos seus direitos, evidenciou a importância das atribuições e das competências profissionais para além do imediatismo da intensidade dos atendimentos e das demandas dos usuários idosos.

A relevância das ações realizadas neste trabalho coletivo apontou para a importância da participação dos idosos nas instâncias de controle social. Dentre estas, o Conselho Local de Saúde, o Conselho Distrital de Saúde e o Conselho Municipal do Idoso (COMUI), e as Conferências de Saúde, no exercício do controle social e participação da gestão pública na fiscalização, monitoramento e avaliação da política de saúde. Apesar da evidência da sua pouca participação nas mesmas. Também proporcionou reconhecer as dimensões da competência profissional, ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativa nos processos de trabalho do assistente social. E que estas não estão separadas e sim articuladas nestas ações, que materializam o trabalho do assistente social, que é norteado pelos Princípios do Código de Ética Profissional (1993),

Assim, a partir do trabalho interdisciplinar e da intervenção do Serviço Social com o grupo de idosos, é na própria instituição, no Centro de Saúde Modelo, entre seus trabalhadores e usuários que os parceiros de luta são reconhecidos. Apesar do quadro apresentado do cenário institucional, da conjuntura política do país e do grupo de idosos, repleto de vários limites e desafios, esta realidade contribui para identificar e compreender os desafios encontrados no campo de estágio e com o trabalho com o grupo de idosos em relação a sua participação na operacionalização da política atendida pela instituição, e ao direito à saúde para todos, como preconiza a Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de Políticas, Programas e Projetos sociais. In: CFESS; ABEPSS (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009, v.1, p. 575-592.

BRAGA, Sonia Faria Mendes; FILHO, Antônio del Maestro; SILVEIRA, Rogério Braga; GUIMARÃES, Ludmila de Vasconcelos Machado. **As Políticas Públicas para os Idosos no Brasil: a Cidadania no Envelhecimento**. Encontro de administração pública e governança - ENAPG. Salvador/BA – 12 a 14 de novembro de 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2008/2008_ENAPG500.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/compilado.htm>. Acesso em 02 de abril de 2014.

_____. **Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. Brasília: 1 de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 27 de setembro de 2015.

_____. **Política Nacional do Idoso (PNI) - Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

_____. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, a qual regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 1990. Brasília: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 01 de dezembro de 2014.

_____. **Lei nº 10819/10, de 13 de janeiro de 2010**. Estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastradas nas unidades de saúde do município de Porto Alegre e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília: 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em 30 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 27 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2.a ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 01 de dezembro de 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica Serviço. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Orientações Técnicas. Brasília, dezembro de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109. 2012. p. 126-150.

CASTRO. Ivaní Nadir Vieira de. **Afetividade nas relações de trabalho em um serviço de saúde da rede municipal de Porto Alegre**. 124 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação. Pós-Graduação em Educação, PUC-RS. Orientador: Profa. Dra. Betina Steren dos Santos. Porto Alegre, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei nº 8662/93** que regulamenta a profissão do Serviço Social. Código de Ética do/a Assistente Social. 9.a ed. São Paulo: CFESS, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf>. Acesso em 23 de novembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL/ABEPSS. **Serviço Social**. Direitos e Competências Profissionais. Editora CFESS/ABEPPS.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 493/2006**, de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO (COMUI) de Porto Alegre. **Envelhecimento Ativo e participativo**. Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria dos direitos Humanos. Secretaria Adjunta do Idoso. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/comui/default.php?p_secao=39>. Acesso em 10 de dezembro de 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>>. Acesso em 10 de dezembro de 2015.

GOHN, M. da G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p. 20-31, maio-ago, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsável pelo domicílio no Brasil 2000. _____. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 9, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/senso/sinopse>>. Acesso em 19 de junho de 2016.

_____. **Perfil dos municípios brasileiros: assistência social 2009 / IBGE**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. **Estudos e Pesquisas**. Informação Demográfica e Socioeconômica. N. 26. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/indic_sociais2009.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2016.

_____. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**. N. 24. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm>. Acesso em 19 de junho de 2016.

_____. **Perfil dos Idosos Responsáveis por Domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em 19 de junho de 2016.

KLEY, Cristina; GREGORY, Lori Maria. Uma nova experiência da gerência distrital Centro. In: FERLA, Alcindo Antonio, FOCHA, Cristianne Maria Famer, SANTOS, Liliane Maria dos (Organizadores). **Integração ensino-serviço: caminhos possíveis?** Porto Alegre: Rede Unida, 2013. Série Cadernos e Saúde Coletiva, v. 2. p. 27-28.

LEWGOY, Alzira M. Baptista. Competência profissional: dimensões do processo de supervisão de estágio. In: _____. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. 2ed. São Paulo: Editora Cortez, 2010. p. 149-184.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Revista Serviço Social e Saúde**. Campinas, v. 10, n. 12, p. 1-17, dez 2011.

MORAES, Josiane; MARTINELLI, Maria Lúcia. A importância da categoria mediação para o Serviço Social. Eixo temático nº III: Intelectualidade e política: desafios nas ciências sociais e no Serviço Social. **XX Seminário Latino-americano de Escuela de Trabajo Social**. 24 a 27 de setembro de 2012. Córdoba – Argentina.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com Grupos em Serviço Social**. São Paulo: Cortez: 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / *World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em <https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2016.

_____. **Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento**, 2002. Brasília, Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

PONTES, Reinaldo Nobre. A categoria Mediação em face do processo de intervenção do Serviço Social. In: **Metodologia e Técnicas do Serviço Social**. Editora Cadernos Técnicos 3 (ISBN: 36404-M593T).

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=897>. Acesso em 01 de dezembro de 2014.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Adjunta do Idoso. **Plano Municipal da Pessoa Idosa - 2016-2018**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2016.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política Nacional do Idoso - Retrospectiva Histórica. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – COMGRAD SERVIÇO SOCIAL – UFRGS. **Política de Estágio Supervisionado em Serviço Social**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicologia/graduacao/servico-social/comgrad/comissao-de-estagios/politica-de-estagios>>. Acesso em 22 de junho de 2016.

_____. INSTITUTO DE PSICOLOGIA. **Projeto Pedagógico do Serviço Social**. Porto Alegre, dezembro de 2008.