



UFAM



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E  
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS**

LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM AS PESSOAS IDOSAS NA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 EM MANAUS**

Manaus – AM

2023

LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM AS PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 EM MANAUS**

Dissertação de mestrado apresentado à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para o título de Mestre em Serviço Social.

**Linha de Pesquisa:** Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Yoshiko Sasaki

Manaus – AM

2023

### Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V426t Veiga, Larissa Wendy Saraiva  
O trabalho do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na  
atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus /  
Larissa Wendy Saraiva Veiga . 2023  
113 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Yoshiko Sasaki  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na  
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Trabalho. 2. Serviço Social. 3. Saúde. 4. Pessoa Idosa. I.  
Sasaki, Yoshiko. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM AS PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 EM MANAUS**

Dissertação de mestrado apresentado à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para o título de Mestre em Serviço Social.

**Aprovado em:** 23/05/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> DRA. YOSHIKO SASSAKI – Presidente  
Universidade Federal do Amazonas – PPGSS – UFAM

---

Prof.<sup>a</sup> DRA. CRISTIANE BONFIM FERNANDEZ – Membro Interno  
Universidade Federal do Amazonas – PPGSS – UFAM

---

Prof.<sup>a</sup> DRA. ROBERTA JUSTINA COSTA – Membro Externo  
Universidade Federal do Amazonas – DSS/UFAM

---

Prof.<sup>a</sup> DRA. LUCILENE FERREIRA DE MELO – Suplente Interno  
Universidade Federal do Amazonas – PPGSS/UFAM

---

Prof.<sup>a</sup> DRA. SIMONE ENEIDA BAÇAL OLIVEIRA – Suplente Externo  
Assistente Social

*Dedico essa dissertação à minha eterna e querida avó M<sup>a</sup> Lourdite Saraiva e à minha mãe que é minha companheira de jornada Eludiê Saraiva e à Professora e amiga Yoshiko Sasaki, agradeço eternamente a essas três mulheres que são exemplos na minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão a Deus por me conceder a força necessária para concluir mais uma etapa em minha trajetória acadêmica.

À minha família, especialmente à minha mãe, por todo o apoio, por sonhar junto comigo e por todo o cuidado e carinho compartilhados ao longo deste caminho.

À minha orientadora e amiga, Yoshiko Sasaki, por sua paciência e compreensão durante todo o processo, bem como por todo o apoio e incentivo recebido desde o início da jornada.

Às amigas que fiz durante essa trajetória, que muito contribuíram direta e indiretamente, através de apoio e companheirismo, Thamyres, Izabelle e Samara.

Às professoras Cristiane Bonfim e Roberta Justina, membros titulares da banca, por sua contribuição desde o processo de qualificação deste estudo.

Aos funcionários técnico-administrativos do PPGSS, Evelyn e Whashington, pelo apoio nas questões administrativas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) pela autorização para a realização da pesquisa de campo e pelo apoio na realização deste estudo.

Às assistentes sociais que, de forma gentil, aceitaram participar desta pesquisa, em meio as suas atividades de trabalho, por compartilharem suas vivências nesse período tão difícil que foi a pandemia da Covid-19. Gratidão pela contribuição tão valiosa para a realização deste estudo.

Às pessoas idosas que se dispuseram do seu tempo a responder o formulário, e por também compartilhar sobre suas experiências um tanto delicada. Gratidão pela partilha.

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio financeiro concedido para realização desta pesquisa.

Gratidão!

*Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a  
nossa própria substância. - Simone de Beauvoir*

## RESUMO

A pandemia da Covid-19 afetou a vida como um todo, inclusive aos profissionais da área da saúde que atuaram na linha de frente ao vírus, incluindo o assistente social. A atenção básica à saúde desenvolveu papel crucial no combate ao vírus, através dos testes de Covid-19, aplicação de vacinas, consultas médicas e distribuição de remédios à população, além disso, as pessoas idosas consideradas grupos de risco por desenvolver formas graves da doença, foram os primeiros a receberem as doses iniciais das vacinas. Considerando isso, a problematização da pesquisa frente às expressões da questão social que a pandemia acentua, demandas postas da população ao Estado e o assistente social atuante nesse processo de concessão de viabilização de direitos sociais, buscou-se responder a seguinte questão: quais foram os desafios colocados aos profissionais de Serviço Social e seu trabalho junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde durante a pandemia da Covid-19 em Manaus? Com o objetivo geral: analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social com às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus. E por objetivos específicos: caracterizar o trabalho do(a) Assistente Social na atenção básica de saúde e especificamente com a pessoa idosa nos cuidados e na promoção de saúde; identificar a visão das pessoas idosas sobre o trabalho profissional do(a) assistente social junto a elas na atenção básica de saúde; apontar os desafios e possíveis conquistas alcançadas pelos(as) profissionais de Serviço Social no trabalho na atenção básica de saúde e especificamente quanto ao trabalho com às pessoas idosas durante a pandemia da Covid-19. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa por meio da aplicação de roteiro de entrevista aos assistentes sociais e formulário semiestruturado aplicado às pessoas idosas. E dados de fontes secundárias das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal de Manaus, IBGE e outras fontes pertinentes ao estudo. A amostra foi composta por três Unidades Básicas de Saúde (UBS's) localizadas nas zonas leste (1), norte (1) e sul (1), em cada uma delas foram 8 pessoas idosas sendo 4 mulheres e 4 homens e uma assistente social por UBS, totalizando 3 profissionais. Resultados: Durante o início da pandemia da Covid-19 em Manaus houveram desafios significativos enfrentados pelos assistentes sociais na área da saúde que merecem atenção como a falta de investimentos e de recursos para a proteção e cuidado dos próprios profissionais, o acesso limitado aos equipamentos de proteção individual (EPIs), a sobrecarga de trabalho e a falta de capacitação adequada para lidar com a nova realidade da pandemia afetaram a qualidade do trabalho dos assistentes sociais, além de colocá-los em risco. Foi identificado a falta de articulação entre as equipes de saúde e de políticas públicas que também afetaram o trabalho do assistente social prejudicando a viabilização de direitos. Outro fator foi a falta de estratégias adequadas para atender às necessidades dos usuários, especialmente daqueles que têm condições socioeconômicas desfavoráveis, como os grupos vulneráveis, incluindo as pessoas idosas acamadas. Conclusão: Esta pesquisa revela de forma clara como a pandemia intensificou a necessidade de proteção a esses grupos, e aos assistentes sociais inseridos na linha de frente que enfrentaram não apenas os desafios da doença em si, mas também outros obstáculos que dificultaram na viabilização de direitos e a busca por soluções eficazes às suas necessidades, especificamente, destaca-se a difícil situação enfrentada em Manaus, uma das cidades epicentro da doença.

**Palavras-chave:** Trabalho, Serviço Social, Saúde e Pessoa Idosa.

## ABSTRACT

The Covid-19 pandemic affected life as a whole, including health professionals who worked on the front lines of the virus, including social workers. Basic health care has played a crucial role in combating the virus, through Covid-19 tests, application of vaccines and medical consultations and distribution of medicines to the population, in addition, elderly people considered at risk groups for developing severe forms of the disease, were the first to receive the initial doses of vaccines. Considering this, the problematization of the research in the face of the expressions of the social question that the pandemic accentuates, post-population demands on the State and the social worker active in this process of granting the viability of social rights, we sought to answer the following question: what were the challenges posed to Social Service professionals and their work with the elderly in primary health care during the Covid-19 pandemic in Manaus? With the general objective: to analyze the professional work of the Social Worker with the elderly in basic health care in the Covid-19 pandemic in Manaus. And for specific objectives: to characterize the work of the Social Worker in basic health care and specifically with the elderly in health care and promotion; identify the view of the elderly about the professional work of the social worker with them in basic health care; to point out the challenges and possible achievements achieved by Social Service professionals at work in primary health care and specifically with regard to working with the elderly during the Covid-19 pandemic. The methodology used was of a qualitative nature through the application of an interview script to social workers and a semi-structured form applied to elderly people. And data from secondary sources from the State and Municipal Health Departments of Manaus, IBGE and other sources relevant to the study. The sample consisted of three Basic Health Units (UBS's) located in the east (1), north (1) and south (1) zones, in each of which there were 8 elderly people, 4 women and 4 men and a social worker per UBS, totaling 3 professionals. Results: During the beginning of the Covid-19 pandemic in Manaus, there were significant challenges faced by social workers in the health area that deserve attention, such as the lack of investments and resources for the protection and care of the professionals themselves, limited access to personal protection (PPE), work overload and lack of adequate training to deal with the new reality of the pandemic affected the quality of work of social workers, in addition to putting them at risk. The lack of articulation between the health and public policy teams was identified, which also affected the work of the social worker, harming the feasibility of rights. Another factor was the lack of adequate strategies to meet the needs of users, especially those with unfavorable socioeconomic conditions, such as vulnerable groups, including bedridden elderly people. Conclusion: This research clearly reveals how the pandemic intensified the need for protection for these groups, and for social workers on the front line who faced not only the challenges of the disease itself, but also other obstacles that made it difficult to realize their rights and the search for effective solutions to their needs, specifically, the difficult situation faced in Manaus, one of the epicenter cities of the disease, stands out.

**Keywords:** Work, Social Work, Health and Old People.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide Etária 2010-2021 .....	52
Figura 2: Balanço entre as pessoas idosas que possuem e não possuem hábitos saudáveis.....	60

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cobertura da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família, Manaus, 2013 a 2019.....	42
Gráfico 2: Pessoas idosas que testaram positivo para Covid-19 .....	63
Gráfico 3: Casos de Covid-19 por idade .....	63
Gráfico 4: Hospitalização por Covid-19 por idade.....	63
Gráfico 5: Óbitos por Covid-19 por idade.....	64

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Rede física de saúde municipal, por tipo de estabelecimento, Manaus, 2019.....	40
Tabela 2: Estabelecimento de saúde de atenção primária de acordo com a especificação padronizada pela SEMSA, Manaus, 2019. ....	40

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Unidades básicas de saúde pesquisas e serviços, equipes e programas .....	41
Quadro 2: Faixa etária das pessoas idosas entrevistadas por sexo e por Unidade.....	55
Quadro 3: Doenças referidas das pessoas idosas entrevistadas por sexo, sem distinção de Unidade.....	55
Quadro 4: Condição de saúde referida pelas pessoas idosas entrevistadas por sexo e por Unidade .....	56
Quadro 5: Demandas das pessoas idosas entrevistadas, por unidade de saúde .....	65
Quadro 6: Trabalho articulado com a equipe de saúde multiprofissional da Unidade.....	73
Quadro 7: Instrumentos, serviços e atividades mencionadas pelos assistentes sociais das Unidades selecionadas .....	74
Quadro 8: Identificação das assistentes sociais entrevistadas .....	75
Quadro 9: Trabalho desenvolvido com as pessoas idosas nas Unidades .....	76
Quadro 10: Demandas das pessoas idosas que procuraram assistentes sociais, de acordo com as assistentes sociais .....	77
Quadro 11: Pessoas idosas que procuraram atendimento com assistentes sociais .....	78
Quadro 12: Pontos positivos da pandemia citados pelas profissionais .....	83

## LISTA DE SIGLAS

**AB** – Atenção Básica

**ABEPSS** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CaSAPS** – Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

**CF** – Constituição Federal

**CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CRAS** – Centro de Referência da Assistência Social

**CRESS** – Conselho Regional de Serviço Social

**DCNT's** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DM** – Diabetes *Mellitus*

**eAP** – equipe de Atenção Primária

**eSF** – equipe de Saúde da Família

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz

**FVS** – Fundação de Vigilância em Saúde

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INSS** – Instituto Nacional de Seguro Social

**IST's** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**LOS** – Lei Orgânica da Saúde

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PIBIC** – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PSE** – Programa Saúde na Escola

**RAS** – Rede Atenção à Saúde

**SEDUC** – Secretaria de Estado e Educação

**SEMSA** – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

**SENAI** – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

**SES** – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

**SESI** – Serviço Social da Indústria

**SPA** – Serviço de Pronto Atendimento

**SUS** – Sistema Único de Saúde

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

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFAM** – Universidade Federal do Amazonas

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>CAPÍTULO 1: SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XXI</b> .....	21
1.1. Saúde-doença como processo social: modo de adoecer do ser humano.....	21
1.2. Política de saúde e seu funcionamento no Brasil .....	29
1.2.1. A atenção básica à saúde e seu funcionamento na cidade de Manaus .....	37
1.3. Situando endemias, epidemias e a Pandemia da Covid-19 no Brasil e em Manaus.....	43
<b>CAPÍTULO 2: A VELHICE COMO QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA DO ESTADO BRASILEIRO</b> .....	51
2.1. Reflexões sobre envelhecimento e velhice no Brasil e em Manaus.....	51
2.2. Políticas de saúde direcionadas às pessoas idosas.....	57
2.3. Prevenção e controle da Covid-19 para as pessoas idosas usuárias dos serviços de atenção básica de saúde na cidade de Manaus.....	62
<b>CAPÍTULO 3: TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENÁRIO PANDÊMICO</b> .....	66
3.1. O trabalho do Assistente Social na contemporaneidade.....	66
3.2. Trabalho dos Assistentes Sociais na atenção básica de saúde com as pessoas idosas .....	72
3.3. Desafios e avanços para atuação dos Assistentes Sociais na atenção primária de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus .....	80
<b>CONCLUSÃO</b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
<b>APÊNDICES</b> .....	95
<b>ANEXOS</b> .....	106

## INTRODUÇÃO

Em 2020, a pandemia da Covid-19 intensificou a crise sanitária global, causando danos físicos e emocionais para aqueles que foram infectados e resultando em um grande número de mortes. As consequências da doença ainda afetam o mundo de várias maneiras. No Brasil, a classe trabalhadora, especialmente os profissionais da saúde, enfrentaram e continuam enfrentando um cenário difícil devido aos cortes de políticas públicas e à negligência governamental, o que tem dificultado a atuação profissional.

Compreende-se que o trabalho do assistente social compartilha desafios comuns enfrentados pelos demais trabalhadores, não sendo considerado uma categoria profissional isolada, mas sim inserido na divisão sociotécnica do trabalho, regulamentado desde 1957, conforme mencionado por Iamamoto (2011, p. 431), “que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de capital fetiche.”.

Diante disso, após realizar um levantamento bibliográfico, foi constatado que a região norte apresenta um índice de 28% de publicações que abordam o trabalho do Assistente Social na saúde voltado para pessoas idosas, em comparação com outras regiões do país. Destaca-se que grande parte dessas publicações é proveniente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da UFAM. No entanto, é importante ressaltar que, por ser um tema recente, há poucas pesquisas disponíveis acerca do trabalho do assistente social durante a pandemia da Covid-19 em Manaus.

Dito isso, o interesse em investigar o tema "trabalho profissional do assistente social na saúde" surgiu da necessidade de ampliar a discussão iniciada em um estudo de PIBIC (2018-2019) e em um Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social (2019), que analisou os serviços de saúde oferecidos aos idosos em uma UBS localizada na zona leste de Manaus. A partir dessa análise, surgiu a necessidade de discutir mais a fundo o trabalho do assistente social em relação à pessoa idosa na atenção primária à saúde, um tópico pouco explorado no estudo anterior.

Considerando isso, levamos em conta as sugestões de melhoria fornecidas pelos membros da banca no Exame de Qualificação, o que nos permitiu chegar à conclusão da dissertação.

O delineamento metodológico procurou responder à questão norteadora central: quais foram os desafios colocados aos profissionais de Serviço Social e seu trabalho junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde durante a pandemia da Covid-19 em Manaus? E como questões secundárias: Como está a articulação do Assistente Social inserido na equipe

multiprofissional de saúde quanto ao trabalho articulado para prevenção e promoção de saúde da pessoa idosa? Quais foram os principais avanços e os desafios do trabalho do(a) Assistente Social na atenção básica de saúde como um todo e junto à pessoa idosa durante a pandemia da Covid-19?

Tem como objetivo geral: analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social com às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus. E por objetivos específicos: caracterizar o trabalho do(a) Assistente Social na atenção básica de saúde e especificamente com a pessoa idosa nos cuidados e na promoção de saúde; identificar a visão das pessoas idosas sobre o trabalho profissional do(a) assistente social junto a elas na atenção básica de saúde; apontar os desafios e possíveis conquistas alcançadas pelos(as) profissionais de Serviço Social no trabalho na atenção básica de saúde e especificamente quanto ao trabalho com às pessoas idosas durante a pandemia da Covid-19.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, seus procedimentos metodológicos são fundamentados na Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde e passaram pela aprovação do Conselho de Ética da UFAM, com o número CAAE: 61776022.5.0000.5020, cujos detalhes podem ser consultados no *website* da Plataforma Brasil.

Foram utilizados instrumentais para coleta de dados qualitativos como roteiro de entrevista semiestruturados com perguntas abertas e fechadas que inicialmente seria aplicado somente de forma online, mas devido à dificuldade no manuseio da tecnologia para duas assistentes sociais, foi realizada entrevista presencial em dias alternados e aplicado a somente 1 profissional por meio do *Google Forms* (através do link: <https://forms.gle/R9RPYAVD29y8cWY76>) enviado via e-mail e *Whatsapp*.

E para as pessoas idosas foram aplicados formulários semiestruturados com perguntas abertas em entrevista presencial (segundo todos os protocolos de segurança) nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas na cidade de Manaus como lócus da pesquisa de campo e, durante a aplicação com a autorização e consentimento do participante voluntário.

Para resguardar a identidade das pessoas idosas entrevistadas, durante o processo de análise dos dados, elas foram nomeadas como Pessoa Idosa Homem (PIH) e Pessoa Idosa Mulher (PIM) e respectiva numeração da UBS (1, 2, 3), quanto as profissionais foram nomeadas como Assistente Social 1, 2 e 3 e as respectivas UBS's (1, 2, 3).

Após a aplicação dos formulários aos profissionais foi feito a tabulação dos dados a partir das respostas coletadas, com a inserção pela própria pesquisadora no *Google Forms* sendo criado gráficos e outras funções que esta ferramenta permite realizar para melhor delinear e analisar a pesquisa com os profissionais.

Quanto aos formulários aplicados às pessoas idosas, a técnica utilizada para análise dos dados foi a tabulação dos dados obtidos, inserindo as informações em tabelas e dividindo em categorias para sintetizar os mesmos. Ambas as técnicas auxiliaram para uma análise mais aprofundada sobre o trabalho dos assistentes sociais na atenção básica de saúde, além da busca em compreender a realidade desses profissionais e das pessoas idosas usuárias dos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) selecionadas.

A abordagem das pessoas idosas dentro das Unidades Básicas de Saúde foi por meio do hall de recepção da UBS, grupos de atividades física e alunos idosos do grupo de alfabetização da Secretaria de Estado de Educação (SEDUC), dentro de uma sala na UBS.

Quanto à técnica quantitativa foram utilizados dados de fontes como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) e Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS) e indicadores de saúde dos Planos de Saúde das secretarias de saúde do Amazonas. Também foi realizado levantamento estatístico quanto a alguns indicadores de saúde, serviços de saúde, dados sobre a Covid-19 mundialmente, no Brasil e em Manaus.

Foram selecionadas 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) como lócus da pesquisa: UBS Enfa. Ivone Lima dos Santos (Zona Leste), UBS Armando Mendes (Zona Norte) e UBS Japiim (Zona Sul). Para selecionar as UBS's foram utilizados critérios de inclusão e exclusão, como segue abaixo:

- Critérios de Inclusão: Que realize atividades e/ou serviços direcionados às pessoas idosas; que possua assistentes sociais e estes atendam pessoas idosas e/ou desenvolva atividades neste segmento; que tenha Conselho Gestor Local; que o responsável dê aceite a aplicação desta pesquisa;

- Critérios de Exclusão

Que não possua assistentes sociais como profissional da UBS, ou que mesmo tendo, que as mesmas não desenvolvam nenhuma atividade ou serviços direcionados à pessoa idosa; que não tenha Conselho Gestor Local; que não aceite na aplicação desta pesquisa;

Sendo assim, na pré-seleção das Unidades Básicas de Saúde foi averiguado se as mesmas possuíam os critérios estabelecidos para a análise do objeto de estudo da pesquisa e as três UBS atendiam a esses critérios descritos acima. Ressalta-se que a pesquisa de campo iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) pela anuência e aprovação pela Comissão de Ética da UFAM, via Plataforma Brasil.

O universo de assistentes sociais foi o total de profissionais em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e a amostra foi de 1 em cada UBS, totalizando 3 profissionais. Para esse grupo de sujeitos da pesquisa foram necessários os critérios abaixo:

- Critérios de Inclusão: Exerça o cargo de Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas; realize atividades com as pessoas idosas e/ou preste serviços a elas; Profissionais que atuaram e atuam no período pandêmico nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas; que aceitem participar da pesquisa;

- Critérios de Exclusão: Que não realize nenhuma atividade ou preste serviços às pessoas idosas nas Unidades Básicas de Saúde; Profissionais em desvio de função; Profissionais com afastamento de qualquer natureza (afastamento médico, disciplinar etc.); Profissionais recentemente convocados ou que atuam há menos de 1 ano nas UBS's selecionadas; que não aceitem participar da pesquisa;

Quanto ao universo de pessoas idosas foi de aproximadamente 60 idosos em cada UBS totalizando assim numa estimativa de universo de 180 e, com uma amostra significativa de 8 pessoas idosas sendo 4 do sexo masculino e 4 do sexo feminino em cada UBS selecionada totalizando uma amostra de 24 pessoas idosas que foram entrevistadas. E para o grupo de pessoas idosas serão necessários os seguintes critérios:

- Critérios de Inclusão: Que tenha 60 anos ou mais; usuário/a dos serviços de saúde da UBS selecionada; participe de grupos, programas, atividades e/ou serviços de saúde promovidos pela UBS e assistentes sociais; que aceitem participar da pesquisa;

- Critérios de Exclusão: Tenha idade inferior a 60 anos; não seja usuário dos serviços da UBS selecionada; que não participe de nenhuma atividade, programa, grupo ou serviços promovidos pela UBS e as assistentes sociais; que não aceitem participar da pesquisa;

Para melhor delinear o estudo, foi dividido em três capítulos, conforme situado abaixo:

O capítulo I – será abordado à saúde, como o processo saúde-doença e a trajetória da política de saúde no Brasil. Além disso, discute o funcionamento da atenção básica em Manaus e faz breves abordagens sobre a pandemia da Covid-19 no Brasil e na cidade de Manaus.

O capítulo II – estruturado visando compreender melhor o processo de envelhecimento e as políticas direcionadas para as pessoas idosas, bem como analisar o impacto da pandemia da Covid-19 nesse grupo específico.

O capítulo III – discussão sobre o trabalho do assistente social à luz de autores do Serviço Social, além de apresentar os resultados da pesquisa de campo sobre o trabalho desse profissional na atenção básica durante a pandemia da Covid-19 nesse segmento de atuação.

E por fim tecendo as considerações finais.

## **CAPÍTULO 1: SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XXI**

A política de saúde no século XXI enfrenta velhos desafios para a sua consolidação, mas de fato a sua permanência como um direito universal neste país, consolidada através do Sistema Único de Saúde, permite que muitas pessoas tenham acesso gratuito a serviços de saúde, mas que ainda enfrentam impasses do Estado neoliberal para de fato construir um serviço público de qualidade para a população.

Dito isso, estruturamos esse capítulo iniciando com a discussão sobre o processo saúde-doença, categoria importante para pensar em ações o tratamento e recuperação de doença assim como a garantia da saúde, ou seja, o conjunto prevenção e promoção à saúde, articulado pela porta de entrada do SUS, a atenção primária a saúde com os demais níveis de saúde.

Dessa forma, para entender o funcionamento da atual política de saúde, fizemos uma contextualização da conjuntura de inserção da política de saúde como um direito de todos e depois focando na atenção básica de saúde em Manaus. E finalizamos o primeiro capítulo com a discussão sobre a pandemia da Covid-19, suas características, acontecimentos no Brasil e em Manaus.

### **1.1 Saúde-doença como processo social: modo de adoecer do ser humano**

São muitas as questões em torno do processo saúde-doença principalmente tratando-se desse na história da sociedade. O próprio surgimento do conceito de saúde discorre a saúde como ausência de doenças, dadas as condições que a classe trabalhadora é submetida no modo de produção capitalista, o estado completo de saúde ou perfeito bem-estar se torna um devaneio, contraditoriamente.

A partir da Declaração de Alma-Ata formada na Conferência sobre os Cuidados Primários em Saúde em 1978 a saúde foi enfatizada como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades”, sendo a consecução do mais alto nível possível de saúde a meta mais importante em escala mundial, tem-se a saúde como prioridade central.

Esta Conferência foi um marco importante nas discussões envolvendo os cuidados primários de saúde, a partir desse momento, começou-se a ter um olhar diferente para a atenção básica de saúde no mundo, sendo possível a criação de políticas envolvendo esse tipo de cuidado às pessoas.

A Carta de Ottawa de 1986 da Primeira Conferência Nacional sobre Promoção da Saúde, propõe contribuir para atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000”. Essa Carta entende que existem condições e recursos fundamentais que são pré-requisitos básicos para a garantia da saúde como habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, além de ter como foco da promoção à saúde alcançar a equidade em saúde.

De acordo com Segre e Ferraz (1997) que tratam em seu artigo sobre o conceito de saúde a partir da definição realizada pela Organização Mundial de Saúde, é possível identificar a discordância com o fato de que a saúde não é algo estável e que mudanças são processos predominantes em torno da vida humana, e que a presença de bem-estar completo envolvendo físico, mental e social é inalcançável em países subdesenvolvidos, na qual existem falta de acesso à direitos básicos como saneamento básico entre outros.

Dito isso, a partir das leituras de autores como Laurell (1982), Garrafa (1991) e Nunes (2000), que compreendem que o processo saúde-doença tem um caráter histórico e social e que a partir desse entendimento é possível criar programas e políticas para prevenir doenças e promover saúde, a partir das especificidades de cada região, cultura e considerando as expressões da questão social presentes no sistema capitalista.

Aludindo ao caráter histórico do processo saúde-doença, ao reportar a Revolução Industrial no século XVIII, é possível perceber que somado às condições de trabalho e saúde mostram a relação entre a saúde e as condições de vida dos trabalhadores geradas a partir desse contexto, sendo assim, o modo de produção capitalista engendra novas formas de adoecimento.

Garrafa (1991) na sua visão crítica, analisa o modelo de atenção médica no Brasil em meados da conjuntura de Reforma Sanitária e modelo privatista, na qual ainda estavam se despreendendo da visão biologicista e positivista que tratavam a doença de maneira isolada e fragmentada, sendo assim, sua crítica volta ao sentido de que os problemas de saúde são reflexos de problemas sociais e não podem ser tratados de maneira separados.

Para Garrafa (1991) não é possível realizar o estudo do homem na sua individualidade e coletivamente sem caracterizá-lo dentro da sociedade que está inserido, ou seja, as relações sociais dentro do processo de produção que determinam a existência das classes sociais que se caracterizam pelas desigualdades advindas desse sistema.

Tal fato para ele representa a unidade, “um todo orgânico, indivisível, inseparável, que, no entanto, não deve ser visualizado de maneira isolada, não integrada;” (GARRAFA, 1991, p. 69). Dito isso, aponta que dentro da unidade o homem e sociedade são inseparáveis e partindo

disso não se pode fragmentá-los, muito menos a totalidade social, pois essa nos permite reconhecer as particularidades que ocorrem dentro dessa unidade em sua totalidade.

Nesse sentido, é na transformação da natureza e no processo de produção que os homens se relacionam entre si, considerando que a produção é um processo social e que “a doença deve ser encarada como um processo social e não somente como um processo mórbido” (GARRAFA, 1991, p. 69) que acontece a partir de determinantes sociais, além das relações sociais e de produção que definem a forma de viver e morrer das pessoas.

Para este autor, a totalidade expressa a realidade em sua globalidade, no sentido da doença, não poderá representar somente ela mesma ou em partes, mas como o todo. Para ele a perspectiva de interpretação da doença em sua fragmentação está apoiada pelos neopositivistas que aceitam a separação do homem em partes, que fragmentam aquilo que é real.

Ainda levanta a discussão sobre a divisão do saber em diversas áreas apoiadas pelos neopositivistas, em que cada profissão estuda uma parte do corpo humano, sem interpretá-lo em suas relações dinâmicas, ou seja, em sua totalidade. Para ele, é mais eficaz estudar e descrever um agravo à saúde por meio de fatores sociais, políticos, econômicos e culturais.

Na análise do autor, não se configura como totalidade alcançar o conhecimento total de determinado agravo à saúde nas características clínicas, biológicas entre outras, sem considerar seus fatores sociais, políticos, econômicos ou culturais, e sem olhar para a dinâmica da realidade.

Isso demonstra quanto o conceito de saúde apresentado pela OMS é ultrapassado e não se utiliza de uma visão de totalidade, que avalia toda uma sociedade e suas condições sociais. Quanto a isso, Ferreira (1975) apud Garrafa (1991, p.73) aponta que:

As tentativas de definir saúde têm demonstrado dificuldades para deixar de lado a expressão bem-estar. A conotação de bem-estar está, intimamente, relacionada com ‘satisfação’, ‘alegria’, ‘felicidade’. A sociologia expressa o bem-estar como “equilíbrio dinâmico alcançado por uma comunidade e que é produto da responsabilidade e solidariedade coletiva, e não simplesmente a ausência de determinados males sociais”.

Levando em consideração o conceito de saúde apresentado pela OMS de “bem-estar completo do indivíduo”, podemos apontar que dentro da sociedade capitalista é inatingível. Garrafa (1991, p. 73) salienta que “a saúde, tratada como um objeto de consumo, passa a ser acessível somente aos proprietários dos bens de capital”, sendo assim ter saúde por completo, em todas as esferas, depende do acesso às políticas sociais e aos direitos fundamentais articulados como a educação, a saúde, a moradia, a alimentação, o lazer e o saneamento básico.

O autor supracitado, reflete que os fenômenos de saúde e doença são como o dia e a noite, porque a medida que a pessoa perde saúde ela se torna doente e vice e versa, sendo impossível determinar o momento exato em que o dia termina e se inicia a noite, paralelo à isso, Garrafa (1991), salienta a impossibilidade de determinar o momento exato em que um indivíduo atravessa o processo de sadio para enfermo, além de achar absurdo a criação isolada e desconectada de programas para pessoas sadias e pessoas enfermas.

À luz de Nunes (2000) existem duas maneiras de constatar o caráter social da doença, no sentido macro que engloba as dimensões estrutural e histórica e a partir da perspectiva do processo simbólico, a doença do indivíduo julgada pelo doente, pessoas próximas e profissionais, para ele os dois aspectos se completam e são fundamentais para entender esse processo.

Para Nunes (2000, p. 17) ao reportar a constituição histórica e o “desenvolvimento da medicina social/saúde pública” podemos situar como surgem os diversos modelos explicativos e ao fazer isso veremos que o social incorpora as questões da saúde e da doença como “no estudo da população, na denúncia das condições de trabalho ou situação de pobreza, ou da desorganização do espaço urbano.”.

Durante a primeira fase da Revolução Industrial, segundo o autor, ocorre o deslocamento do foco das condições de vida para a centralização das doenças no corpo, com pesquisas e avanços na patologia, anatomia e fisiologia. Aponta que na perspectiva positivista, a saúde-doença não são duas entidades distintas e desarmônica e sim um desequilíbrio dos níveis da normalidade, dessa maneira, se utiliza do enfoque unicausal para explicar a doença.

Com o esgotamento do modelo unicausal ocorre a abertura para o surgimento de um modelo alternativo, o multicausal. O surgimento do modelo multicausal vem junto com a crise do capitalismo, com essa nova interpretação do processo saúde-doença, que ignora as estruturas e se reduz a explicações causa-feito incorporado na história natural da doença. (NUNES, (2000)

Nesse contexto, estudiosos latino-americanos comprometidos com o projeto da Medicina Social, estabeleceram uma crítica a esses modelos que enfatizavam “os aspectos biológicos individuais, descuidavam da causalidade social da doença” (NUNES, 2000, p. 221), criava-se nesse momento, a necessidade de repensar o processo saúde-doença.

Dito isso, a Medicina Social repensa o processo saúde-doença como processo que também é social, nas suas condições objetivas de existência e fatores culturais e psicossociais. Dessa forma, Nunes (2000) aborda a doença no seu sentido macro quanto ao processo histórico-estrutural, concordando com Laurell (1982), que os perfis patológicos se expressam de acordo com as transformações da sociedade.

O autor considera que a doença é um fenômeno biológico que é fortemente afetado pelos fatores sociais, dito isso, ele expressa a causalidade social em três categorias:

[...] 1) causas sociais básicas, tais como elementos socioestruturais da sociedade, por exemplo: classe, raça, sexo, educação; 2) causas sociais próximas, tais como vizinhança, migração, ambiente de trabalho; 3) causas sociais mediadoras, tais como apoio social, redes sociais, estado civil. (NUNES, 2000, p. 222)

Este autor busca provar como esses fatores sociais e econômicos interferem no processo saúde-doença, as condições objetivas da vida em associação com os elementos socioestruturais, ou seja, classe social, grau de instrução, gênero entre outros. Nunes (2000, p.224), em consonância com Laurell (1986), assume que “o fundamento teórico para usar como categoria central, o processo de trabalho, na análise da produção social do processo biológico humano, é que ele permite dar conta das formas sociais específicas sob as quais ocorre a relação entre homem e a natureza.”

Partindo do caráter social da doença no seu sentido simbólico a partir da experiência individual do sujeito com a doença, Nunes (2000), considera a pesquisa sociológica e antropológica associada a dimensão psicológica como campos férteis de pesquisa, e demonstra que os estudos sobre atitudes, conhecimento, crenças e representações tem contribuído para a compreensão da doença, sendo que estas se baseiam nas experiências das pessoas.

O autor, considera que “a representação se efetiva quando o real se constitui como realidade pela mediação do simbólico; da ordem compartilhada pela comunidade social; e não existe fora dos sujeitos.” (p. 225), considerando fundamental a experiência com a doença para entender a causalidade social da saúde, atentando para a distinção entre o biológico e o subjetivo.

Dito isso, em relação a experiência com a doença, aponta que “as pessoas podem ter a mesma doença, mas experienciá-la de forma totalmente diversa” (p. 226), nos diversos agravos à saúde, podendo ter suas origens nas percepções e interações sociais.

Concomitantemente, a análise desse processo se difere e ao mesmo tempo estas se complementam e fundamentam o processo de apreensão sobre o caráter social da doença, se torna válido os diferentes pensamentos sobre o processo saúde-doença nas sociedades capitalistas.

Baseado nesse mesmo preceito de análise da saúde-doença como processo social, Laurell (1982) como referência na discussão, realizou questionamentos em torno da doença na década de 1970, antes vista como um fenômeno biológico individual e logo após foi se acentuando o debate em torno da doença como sendo essencialmente biológica ou social.

Segundo a autora, de modo coletivo, a medicina clínica não se apresenta como uma solução satisfatória, ou seja, a mesma apresenta limitações quando o assunto é condições de saúde da coletividade. Aponta que para apreender o caráter social da doença é preciso compreender que a doença está no modo de adoecer e morrer e não somente ao caso clínico, ou seja, a doença em si e nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentam.

Laurell (1982) salienta que para determinar a causa do processo saúde-doença é necessário entender a sua articulação com outros processos sociais, pois as transformações nos perfis patológicos ocorrem pelo resultado das transformações da sociedade.

Dito isso, entende-se que dentro da dinâmica da sociedade, atualmente as diferentes classes sociais terão formas distintas de adoecer, sendo assim apresentarão condições de saúde diferente, não mais seguindo o curso da “história natural” devido ao desenvolvimento da medicina, permitindo apreender melhor o caráter social da doença.

Ela também salienta que quanto a erradicação de algumas doenças infecciosas é devido a análise das condições coletivas em saúde no tratamento social da doença, através de medidas de prevenção específicas, como as campanhas de vacinação, e não ao desenvolvimento do modelo médico-hospitalar.

Segundo ela, apesar disso, a diminuição de algumas patologias como a pneumonia que necessitam de medidas específicas para sua prevenção não podem ser explicadas pelo desenvolvimento médico, sendo assim, “deve-se buscar a explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos”. (LAURELL, 1982, p.5)

Na visão desenvolvimentista da doença na sociedade, enxerga a doença como “simples resultado das forças produtivas, do grau de domínio do homem sobre natureza” (LAURELL, 1982, p.7), em consonância com a autora, mesmo que esta concepção reconheça a existência da história da doença, não ocorre o caráter histórico e social ao processo saúde-doença, todavia, não admitindo que as diversas sociedades criem seus próprios perfis patológicos, mesmo que a eliminação de determinada patologia represente o aparecimento de outra posteriormente.

Dessa forma, não se pode explicar o processo saúde-doença pelas suas determinações múltiplas, biológicas e sociais, mas pela capacidade em que as sociedades possuem de eliminar certas doenças, o que nos remete a entender a relação entre o homem e natureza, relação essa antagônica que se manifesta pela relação de dominação daquela sobre ela. (LAURELL, 1982)

Esta autora apresenta duas maneiras de estudar e demonstrar o caráter social da doença. A primeira delas é a análise das condições de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico, como já foi abordado acima.

E a segunda é a demonstração da frequência e a distribuição da doença nos diversos grupos sociais presentes na sociedade e se existindo uma articulação entre o processo social e o processo saúde-doença, este fato apresentará características distintas na maneira que cada um desses grupos se insere na produção e as suas relações entre si.

Confirmado que o perfil patológico “muda para uma mesma população de acordo com o momento histórico” e que “as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que se distinguem conforme o modo particular de se combinar o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.”, comprova-se que uma mesma sociedade apresentará diversos tipos de doença e sua frequência. (LAURELL, 1982, p.7)

Quanto ao conceito de doença na sociedade capitalista, aponta que:

[...] o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é a doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista. (p.9)

Nas sociedades capitalistas o conceito de doença está atrelado a incapacidade de ir trabalhar, ou seja, manifestando de forma ideológica, não sendo possível analisar além de uma parte do real problema da doença, o que a autora acima revela como caráter parcial que não permite avançar o conhecimento sobre a mesma, ocultando dessa forma outras áreas como o social.

É necessário considerar que o caráter social, na sua totalidade como as condições saneamento básico, as relações sociais influenciam no processo saúde-doença e que este manifesta-se empiricamente mais claro ao nível da coletividade e não apenas com olhar focado apenas no indivíduo.

Laurell (1982, p.11) entende o processo saúde-doença da coletividade como:

[...] o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

Dito isso, segundo a autora é possível detectar o processo saúde-doença através de diversas maneiras, como indicadores como expectativa de vida, condições nutricionais, perfil patológico e por meio de dados pela morbidade ou pela mortalidade, através dessas informações será possível descrever as condições de saúde do grupo articuladas com as condições sociais postas.

Todavia, analisar a saúde e a doença separadamente leva a desvios teóricos que acabam numa prática médica equivocada que não se compromete com o ponto de vista social. Garrafa

(1991) considera que paradigma mecanicista, multicausal algo “caro”, além da deficiência em conceituar os problemas atuais da saúde humana.

Para ela, os avanços importantes nos sistemas de saúde de fato só se concretizarão se houver mudanças fundamentais no ordenamento social, além da preocupação com a prevenção de doenças, o que não é uma preocupação das autoridades responsáveis.

O que Laurell (1982) chama de coletividade, Garrafa (1991) chamará de unidade que para ele é uma visão globalizada da doença na sociedade que se relaciona a razões e formas de constituição dos diferentes grupos sociais. Garrafa (1991, p. 69) evidencia que “são as condições de trabalho (e com as condições de vida), que emanam das relações sociais de produção, que determinam, em grande parte, a forma de viver, de adoecer/ou morrer dos indivíduos em uma sociedade”.

Diante dessa perspectiva, se confirma o que Laurell (1982) aponta sobre o conceito ideológico de doença nas sociedades capitalistas, ou seja, para Garrafa (1991) a educação em saúde nesse tipo de sociedade em que se predomina noções ideológicas e culturais da classe dominante a população será determinada pelo viés que a domina.

Com relação a esses preceitos ligados ao processo saúde-doença como processo social, Buss e Filho (2007), apontam que para se chegar ao êxito dessa perspectiva é necessário a criação de políticas educativas que moldem comportamentos a adquirir bons hábitos saudáveis, além de facilitar o acesso a alimentos saudáveis e criação de espaços públicos para a prática de exercícios físicos e esportes sendo necessário evitar propagar na mídia propagandas sobre álcool e tabaco entre outros hábitos que geram malefícios a saúde humana.

Mas, como Garrafa (1991) aponta, não se vê incentivos de órgãos competentes para a realização de todas essas práticas. O Estado é o principal responsável em desenvolver tais políticas públicas, além de ser papel da atenção básica de saúde como principal porta de entrada aos serviços de saúde, promover e prevenir saúde e doença, além da integralidade do cuidado à saúde.

Acredita que a atenção médica no Brasil é desenvolvida para curar doenças e agravos a saúde, além da reabilitação de seus pacientes, que para ele possui resultados duvidosos e questionáveis, ademais não se vê uma preocupação com a prevenção por parte de órgãos competentes.

E aponta que a atenção médica no país não considera saúde e doença de maneira interligada que fazem parte de um mesmo processo dinâmico e da totalidade concreta que conforma o mundo. Para ele, a ineficácia do sistema médico se dá pelo fato de serem “individualizados, cientificistas, distante do social como globalidade e incapazes de atuar de

forma transformadora nos agudos problemas coletivos de saúde que afligem o povo brasileiro.”. (p.74)

Tendo em vista os aspectos observados, é possível identificar que de diferentes formas pode-se constatar o caráter social da doença, seja considerado na unidade (GARRAFA, 1991), na coletividade (LAURELL, 1982) ou simbolicamente nas experiências dos sujeitos (NUNES, 2000), porém, ambos reconhecem que o caráter social da doença é definido pelos determinantes sociais advindos do processo do modo de produção capitalista.

Diante do exposto, entender o processo social da saúde-doença é fundamental para analisar o momento da atual conjuntura em que o mundo vive. A pandemia da Covid-19 não requer somente o tratamento clínico do vírus no corpo humano, é evidente que este é fundamental em todo o processo, mas se articulado com o estudo social a eficácia do tratamento e controle dessa patologia será mais eficaz.

## **1.2. Política de saúde e seu funcionamento no Brasil**

Atualmente no Brasil, a saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano e o dever do Estado é prover as condições necessárias para garanti-la em sua plenitude à população em geral. Porém, nem sempre os brasileiros e brasileiras gozaram desse direito. A história da saúde no Brasil atravessou conflitos que até hoje perduram fazendo com que a mesma não seja garantida de forma plena como consta na Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90, conhecida como Sistema Único de Saúde, SUS.

Como preconiza essa lei, é papel do Estado garantir saúde através do desenvolvimento de políticas públicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e agravos e que assegurem acesso universal e igualitário aos serviços prestados e, que realizem promoção, proteção e recuperação para a população, tal papel não exclui a população em geral como as empresas, a família de garantir o que é precedido nela, o dever de garantir tais ações.

Para entender a política de saúde, é necessário primeiramente entender o conceito de política públicas, para isso nos reportamos a Teixeira (2002, p. 2) que aponta que políticas públicas são:

[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. [...] orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

Para o autor acima, políticas públicas são respostas às demandas da sociedade e, com a presença do neoliberalismo, o caráter das políticas se modificam, pois para o neoliberalismo, a oferta mínima de ação do Estado lhe garante equilíbrio social resultante do livre funcionamento do mercado.

O que se pode constatar que na política de saúde do Brasil, é a oferta de serviços precarizados devido a pouca verba investida nesse segmento além da saúde ofertada como mercadoria em serviços de saúde privados, ou como Andreazzi (2012, p. 30) vai chamar de “tendências de mercantilização (ou comercialização) da atenção à saúde”.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>1</sup>, o SUS é caracterizado por ser uma política que é inclusiva, solidária e universal que acolhe a todos, independente da sua nacionalidade, podendo ser considerada como um patrimônio não apenas da sociedade brasileira, mas da humanidade.

De acordo com Teixeira (2002, p. 04), “a concepção das políticas varia conforme a orientação política.”. De acordo com ele, a visão liberal impõe a culpa das desigualdades sociais nos resultados das decisões individuais, sendo papel da política social ajustar os seus efeitos, ou seja, numa visão social-democrata, “as políticas públicas têm o papel regulador das relações econômicas-sociais”.

De acordo com o autor supracitado, essa concepção está composta no sistema chamado de Estado de Bem Estar Social, que reconhece uma série de direitos sociais, que o autor considera como um “controle político burocrático da vida dos cidadãos” além de considerá-los como objetos ou consumidores de bens públicos. (TEIXEIRA, 2002, p. 04)

Teixeira (2002, p. 04) salienta que o modelo de Estado protetor dá espaço para o neoliberalismo que se mostra como ajuste estrutural através de políticas intervencionistas pela “estagnação econômica e pelo parasitismo social” que além disso, visa o equilíbrio financeiro Estatal através da redução dos gastos sociais e políticas seletivas e emergenciais.

Ainda de acordo com este autor, um dos problemas que o SUS vive hoje é a ausência de uma coordenação que garanta equidade no atendimento a municípios com diferentes realidades, podemos citar o Estado do Amazonas localizado na região norte do país, que possui características distintas de um Estado localizado na região Sul por exemplo.

---

<sup>1</sup> FONTE: Ministério da Saúde, SUS um Sistema Único de Saúde no Mundo. Conheça mais sobre o SUS, uma conquista, um patrimônio do povo brasileiro. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_politica\\_inclusao\\_social.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf). Acesso em: 19/02/2022

Na realidade o que prevalece é a lógica privada que consiste no recebimento de verba pública para atender setores sociais não carentes. Diante disso, Teixeira (2002, p. 08) aponta que “o sistema de remuneração dos serviços à base de fatura permite a corrupção e o descaso com custo e qualidade de serviços.”, e quem acaba sofrendo é a população carente com a ação de redução dos gastos que leva a deterioração do atendimento.

Mas, concluindo a conceituação do entendimento sobre política pública e o papel do Estado, Lobato (2012, p.60) expressa que:

Políticas públicas são, assim, parte importante da institucionalização de valores e regras da vida coletiva. Elas orientam concepções, definem estratégias, alocam recursos e distribuem valores para a sociedade que podem contribuir para consolidar uma nova institucionalidade em relação a temas distintos.

Ao expressar a ideia de políticas públicas como aquela que distribui valor a toda uma sociedade faz-se necessário diferenciar as políticas sociais que são designadas à todas as formas de desigualdade e exclusão, dessa forma distinguindo-se de políticas públicas que são mais abrangentes.

Lobato (2012) aponta para a institucionalização contraditória do preceito de universalização do SUS, ou seja, como este sistema vai abranger um direito universal sem aumento de gastos públicos direcionados a este segmento, sendo que nos últimos governos do país não houve indícios de aumentos significativos do gasto, o que aponta a saúde em um lugar secundário nas estratégias estatais.

Apointa ainda que “a ideia de oferta e financiamento universais tendo o Estado como intermediador baseou-se na noção de cidadania” (LOBATO, 2012, p. 62), para ela isso vem do pensamento de mecanismos de geração de igualdades por meio de instituições públicas dentro da seguridade social.

Isso nos traz o entendimento de que essa noção de cidadania é marco recente no Brasil, ela surge após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e carrega com ela os direitos fundamentais para tornar o indivíduo cidadão, portador desses direitos, sendo a saúde um deles. Visto que a saúde como direito de todos no Brasil se manifesta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e sua organização é responsabilidade do Ministério da Saúde.

De acordo com Bravo (2013), a conjuntura pós golpe de 1964 até a transição à democracia através do governo Sarney fazem parte do processo de implementação da saúde como direito de todos. Anterior a Constituição de 1988, o acesso a saúde dependia da vinculação ao mercado formal de trabalho, prioritariamente.

Em 1930 foram elaboradas algumas políticas sociais, e dentre elas uma política de saúde de caráter nacional organizada em saúde pública e medicina previdenciária. A política

direcionada a saúde pública segundo Bravo (2013, p. 132) “centralizou-se na criação de condições mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.”.

Naquele período os problemas de saúde eram intensos, e os serviços públicos estatal direcionados à população eram insuficientes para suprir as demandas. De acordo com Bravo (2011), os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, para a elite dirigente as deficiências da saúde pública era falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada.

A ideia era que esses problemas somente se resolveriam pela tecnocracia, ou seja, pela privatização dos serviços. Bravo (2011, p. 59) revela que:

[...] As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social.

Outrora, não se tinham cuidados preventivos ou promoção à saúde individual gratuito, o Estado tratava as endemias através de campanhas de vacinação, e os casos de agravos à saúde individual somente podiam-se cuidar com melhores condições de serviços de saúde quando se era trabalhador e vinculado a previdência social.

Com o declínio da saúde pública, os serviços da medicina previdenciária cresceram ainda mais após a reestruturação desse setor em 1966. De acordo com Bravo (2011, p. 59) “a dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada, sendo dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população.”.

Esta autora expressa que até 1965 houve combate às endemias rurais que reduziram quantitativamente, mas não sendo resultado de melhorias nos níveis de saúde da população ou em condições ambientais. Nesse momento, a mortalidade por habitante cresceu assim como a mortalidade infantil.

A autora aponta que a redução dos gastos em saúde pública foi uma política e adiante implantou-se um novo padrão de estrutura no setor saúde que tinha como foco a medicina previdenciária.

Bravo (2011, p. 60) salienta que:

[...] O que houve foi apenas a integração de programas setoriais de atenção médica, sob a égide da previdência social que, através de um conjunto de regulamentos, organizou o financiamento e o funcionamento desses programas. Os médicos e demais profissionais que atuavam na saúde pública se viram como filhos deserdados.

A atenção dada para o discurso privatista liberal cedeu lugar para o discurso estatal privatista, com o desenvolvimento do segmento previdenciário de assistência médica

privilegiando o setor privado. Segundo a autora acima, para consolidar essa estratégia, algumas medidas foram tomadas, como o financiamento de hospitais privados além da compra de serviços e convênios com empresas, mediante o credenciamento pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) esses convênios eram com empresas da medicina de grupo ou empresas médicas.

Esse problema perdurou por alguns anos quando em 1974 apresenta alguns impasses “gerando alguns problemas, tais como ônus excessivos e favorecimento à corrupção, conjugados à crise econômica que assolava o país, e crescimento da demanda de ampliação dos serviços médicos.” (BRAVO, 2011, p. 72)

Diante disso, para corrigir o problema foi criada a empresa de processamentos de dados da Previdência Social (Dataprev), além de outras medidas como o Plano de Pronta Ação e a Lei Sistema Nacional de Saúde que de acordo com Bravo (2011, p. 73), buscou disciplinar a articulação dos órgãos que atuavam no setor saúde, além disso “o projeto original criticava a filosofia liberal que impedia o governo de assumir sua responsabilidade”.

A partir desse momento começa a aparecer as primeiras mudanças no setor saúde pública através de questionamentos e movimentos populares. Bravo (2009) descreve que a política social entre 1974 até 1979 teve como objetivo maior o enfrentamento da questão social a fim de conter as reivindicações e pressões populares, que aponta:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. (P.94)

Baseado na autora acima, grande foi a luta para implementar uma política de saúde pública e até hoje essa luta perdura. Ainda naquele momento a herança das ações durante a predominância da Previdência Social foi complicado para reverter por meio das reformas realizadas na estrutura organizacional.

A partir de 1980 o Brasil passou por um processo de democratização política que culminou na superação do regime ditatorial instaurado em 1964 e durante isso o país atravessou uma crise econômica que assola até os dias atuais. A partir da década de 1980, a saúde pode contar com a participação de novos sujeitos sociais que discutiam as condições de vida da população que contribuíram para ampliação do debate chegando assim a sociedade civil. (BRAVO, 2009)

Como resultado a saúde deixa de ser interesse técnico e assume uma dimensão política vinculada a democracia. Bravo (2009) cita os sujeitos sociais que se envolveram nesse debate,

sendo eles os profissionais da saúde, movimento sanitário, políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos.

Como propostas debatidas pelos sujeitos em sua coletividade estavam a universalização do acesso, a saúde como direito social e dever do Estado, reestruturação do setor por meio da estratégia do Sistema Unificado de Saúde com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva e, por fim, a descentralização do processo decisório para as esferas municipal e estadual além de novos mecanismos de gestão como os conselhos de saúde. (BRAVO, 2009)

O evento marcante e decisório para a discussão da questão no Brasil ocorreu na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 que contava a temática central primeiramente como a saúde como direito inerente à cidadania, e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

A autora aponta ainda,

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, representou no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. (p.96)

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, propunha-se além de um Sistema Único de Saúde, mas um Reforma Sanitária que se estende ao Governo e lhe garante aprovação na época até eclodir a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando ao processo de Reforma Sanitária, Bravo (2011, p. 118) aponta que:

A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o *reformador*, imprescindível para transformar instituições e processos, e o *revolucionário*, que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. A construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde.

De fato, o processo constituinte em 1988 corrige as “históricas injustiças sociais” (BRAVO, 2009, p. 96) decorrentes de séculos anteriores, além da tentativa de “privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (p. 97), o que torna a saúde incapaz de universalizar direitos, nesse caso, transformá-la em mercadoria para quem pode pagar e o SUS sendo usado mais frequentemente pelos pobres. A partir desse largo processo de luta, a saúde é incluída no tripé da Seguridade Social.

Em 1988, com a Constituição Federal é garantida a saúde pública a partir da Seção II e Art. 196 incide “A saúde é direito de todos e dever do Estados” (BRASIL) promulgando a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 que assegura a participação social/participação da comunidade a partir de Conselhos e Conferências de Saúde.

A Lei nº 8.080/90 no Art. 3º reconhece as condições sociais do processo saúde-doença e seus determinantes, a saúde no Brasil a partir do SUS não é mais tratada com enfoques biologicistas. Além disso, de acordo com Santos e Andrade (2008, p. 23) o SUS é preconizado em redes de serviços que unificam ações e serviços públicos de saúde em apenas um sistema que além das características de “ser único” e descentralizado possui também a “integralidade da assistência à saúde do indivíduo”, papel fundamental da rede de serviços.

Dentro dessa perspectiva de trabalhar a saúde sobre os determinantes e condicionantes sociais (alimentação, moradia, saneamento básico entre outros) a Lei nº 8.080/90 atua a partir de princípios e atribuições que vão moldando uma rede de serviços entre instituições e suas ações que vão buscar garantir o direito saúde que não deixa de estar interligado com os outros direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988 “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados”.

Os princípios presentes no Sistema Único de Saúde (SUS) são integralidade, universalidade e equidade entre outros. O funcionamento da política de saúde pública também é baseado em princípios organizativos como a regionalização e hierarquização que são organizados em níveis crescentes de complexidade, a descentralização político-administrativa em cada esfera do governo e a participação popular (Brasil, 1990).

Sintetizando isso, Santos e Andrade (2008, p. 24) vão dizer que

A partir desses três elementos – unidade do sistema, a ser conduzida por descentralizados e autônomos, os quais têm o dever de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde, mediante um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos, tecnologias -, impõe-se uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada.

Rede de saúde regionalizada e hierarquizada significa que existe uma divisão de território que ofertam serviços de saúde de acordo com a especificidade e demandas de cada região de saúde no qual é ofertado à população atendimentos de atenção primária à saúde (nível primário), atenção especializada (nível secundário) e atenção hospitalar (nível terciário).

A atenção primária à saúde atua na prevenção de doenças e promoção à saúde de forma coletiva e individual, ela é também a principal porta de entrada para os serviços do SUS, articulada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), encaminhando para a rede ambulatorial e especialidades nos demais níveis de atenção quando necessário atendimento que exige densidade tecnológica.

Solla e Chioro (2008, p. 627) enfatizam que o nível primário de atenção foi criado com a intenção de resolver os principais problemas de saúde da população e “os que não forem

resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares”, isso caracteriza o objetivo do princípio de hierarquização.

De acordo com eles ao conceituar o nível secundário de atenção à saúde apontam que este é “um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas.” (SOLLA; CHIORO p. 629-630).

Ainda de acordo com os autores acima é importante destacar que “é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária” (p. 630) e que:

[...] Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidade de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portando, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada. (SOLLA, CHIORO, 2008, p. 630)

As Unidades Básicas de Saúde são portas de entrada para os serviços do SUS e tem por objetivo resolver 80% dos problemas de saúde, enquanto os níveis secundários (SPAs, UPAs, Policlínicas) considerados de média complexidade possui preparo para assistência e cuidado com médicos especializados e equipamentos tecnológicos com objetivo de resolver 15% dos agravos de saúde e 5% a atenção terciária de alta complexidade. (IDEM)

Os níveis de média e alta complexidade tem grande custo de investimento para o Estado quanto aos equipamentos e a medicina especializada adotada e, quando não se tem procura de cuidados básicos de saúde acontece que os dois últimos níveis ficam sobrecarregados devido à grande demanda por serviços.

De acordo com o Portal da Transparência do Governo Federal o total de despesas e gastos na saúde no ano de 2020 foram de R\$ 150,46 bilhões sendo aproximadamente R\$ 54,59 bilhões para assistência hospitalar e ambulatorial e R\$ 25,81 bilhões na atenção básica e em 2021 esses valores cresceram com o total de R\$161,44 bilhões sendo aproximadamente R\$ 70,33 bilhões para assistência hospitalar e ambulatorial e R\$ 33,29 bilhões para a atenção básica.

Esses números se diferem dos anos anteriores a pandemia da Covid-19, em 2019, por exemplo, um ano antes da OMS declarar pandemia, as despesas com a saúde eram de aproximadamente R\$ 114,18 bilhões, sendo R\$ 57 bilhões para assistência hospitalar e ambulatorial e R\$ 26,40 bilhões na atenção básica, ou seja, a diferença é significativa, devido a grande procura por serviços de saúde no período pandêmico.

Dentro dos gastos na saúde na assistência hospitalar e ambulatorial nos últimos três anos, as maiores porcentagens estão nas despesas com Contribuições 91% a 92%, seguido das Transferências por meio de Contrato de Gestão 2% a 3% e logo depois Material de Consumo 2% a 3%. O maior gasto está na atenção de média e alta complexidade, é onde se tem mais demandas de urgência e emergência.

De fato, os gastos direcionados aos níveis de média e alta complexidade são maiores, devido a densa tecnologia utilizada, mas, também contabiliza gastos com todos os tipos de serviços de urgência e emergência como cirurgias entre outros, que também pode ser resultado da baixa procura por atenção básica de saúde, ou seja, tratamento precoce de enfermidades. Ressalvando que para se ter saúde por completo também é necessário o acesso aos três níveis de atenção à saúde de forma integrada, gratuita e de qualidade

Contudo, analisando a linha do tempo da política de saúde no Brasil, a saúde como é colocada atualmente – mercadoria - é reflexo de um projeto privatista de contrarreforma, projeto de um Estado Neoliberal que se pauta na privatização de direitos sociais. Ao reportar ao passado, vê-se com clareza a grande tendência ao retrocesso da política de saúde no Brasil, sendo assim, é de suma importância entender o contexto histórico da principal política de saúde, o SUS, que também é objeto de trabalho do Assistente Social e onde se insere.

### **1.3. A atenção básica à saúde e seu funcionamento na cidade de Manaus**

A atenção básica à saúde no Brasil refere-se à porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esse nível capaz de ir além de promover saúde e prevenir doenças como preconiza a Declaração de Alma-Ata nos anos 1978 e, nas Políticas Nacionais de Atenção Básica.

Ao mergulhar no conceito de promoção à saúde que ganhou destaque a partir da Carta de Ottawa em 1986 que aponta para a garantia de oportunidades que permitam que as pessoas igualmente possam realizar seu potencial de saúde, isso através da elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. (BUSS, 2013)

Os resultados de uma política de atenção básica de saúde e seus serviços de saúde quando efetivos, promovem impactos satisfatórios para a população, como por exemplo, maior expectativa de vida, precisão nos diagnósticos, menor mortalidade infantil e precoce, mortalidade por doenças vasculares, diminuição das internações e entre outros.

Como salientam Giovanella e Mendonça (2008, p. 586-587), são atributos de uma Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Para elas, isso significa em síntese:

[...] a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida. A garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais de saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. (p. 583)

As autoras também salientam que como ponto de início de atenção e porta de entrada obrigatória, a atenção primária “exerce papel de filtro para acesso aos outros níveis” (p. 583), sendo requisito para os usuários exigentes de acesso à atenção especializada, o encaminhamento para tal.

De acordo com a Portaria 2.436/2017<sup>2</sup>, a atenção básica é “coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”, sendo assim, ela é responsável pelo acompanhamento, estado de saúde da população de seus territórios de abrangência, inclusive hoje os agravantes dos sintomas de Covid-19, presentes nos grupos reconhecidos como aqueles que possuem comorbidades.

Desde a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada em 2006, houve significativas alterações quanto a denominação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), agora reconhecida como Unidade de Saúde da Família (USF) e uma série de novas medidas com o atual modelo de financiamento Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979 de 13 de novembro de 2019.

Com a mudança realizada pela Portaria 2.539 de 26 de setembro de 2019 que institui a equipe de atenção primária (EAP) substituindo a equipe de saúde da família (ESF) composta pelo médico, enfermeiro e agente de saúde comunitário, mas que após a portaria apenas o médico e enfermeiro são obrigatórios na composição da equipe.

De acordo com Veiga (2019), a realidade é que com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o agente de saúde comunitário (ACS) levava demandas de saúde até o profissional de saúde, além das demandas espontâneas de usuários que vão até a UBS, somado a isso se tinha um alcance maior da população no seu território. Com o desmonte da ESF, fazendo com que o ACS não seja um profissional necessário (não obrigatório), essa cobertura diminui.

---

<sup>2</sup> Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A diferença é que na ESF o foco está no território, na comunidade propondo questões de saúde para aquele território com conhecimento e vínculo dos profissionais com as famílias acompanhadas pela UBS, sendo assim, com a perspectiva de integralidade. Já na visão da EAP, o usuário deve ir à UBS e o profissional acaba trabalhando apenas no modelo biomédico de assistência, como visto no primeiro subitem desse capítulo.

O funcionamento da atenção básica à saúde por meio da integralidade pode fazer diferença no enfrentamento de uma epidemia, por exemplo. Em uma publicação realizada pela Fiocruz (2020) sobre o papel da APS no controle da epidemia do coronavírus, destacou-se a importância de entender as características sociais dos grupos populacionais, suas vulnerabilidades, e uma maneira de verificar isso em meio ao distanciamento social é através do vínculo do ACS com as famílias, com o uso do celular por exemplo, dando continuidade a qualidade da atenção.

Moura (2012), aponta que as doenças epidêmicas são as que mais impactam de maneira negativa o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), acarretando prejuízo às ações programadas típicas desse nível de atenção, como as atividades de promoção à saúde.

De acordo com a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) lançada pelo Ministério da Saúde em 2019, são vários os serviços de saúde ofertados neste nível de atenção, desde cuidados centrados ao adulto, a pessoa idosa, a gestante, a criança e ao adolescente, além dos serviços de vacinação, coleta de exames, testes rápidos, farmácia e, programas direcionados a promoção e prevenção de saúde bucal, a saúde da pessoa idosa, hipertensos e diabéticos, saúde da mulher entre outros.

Atualmente uma Unidade de Saúde da Família tradicional possui ao menos uma equipe de Saúde da Família (eSF) formada por um técnico ou auxiliar de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que realizam atendimentos sem acompanhar efetivamente a comunidade e as famílias.

Diferente de uma UBS que possui Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF's) composta por equipe multidisciplinar e/ou equipe Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF), com cobertura de acompanhamento mais integral à comunidade e a família, como foi observado na pesquisa de campo na fala das profissionais de Serviço Social e das pessoas idosas.

De acordo com a tabela retirada do Plano Municipal de Saúde de Manaus 2022 - 2025, a Rede de Atenção à Saúde Municipal em 2019 era composta por:

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	162
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência	48
Posto de Saúde	18
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	7
Policlínica	6
Secretaria de Saúde	6
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	5
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	3
Unidade de Vigilância em Saúde	2
Unidade Móvel Fluvial	2
Central de Regulação	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Hospital Especializado	1
Laboratório de Saúde Pública	1
Unidade Móvel Terrestre	1
<b>Total</b>	<b>264</b>

Fonte: CNES/MS. Competência: Dez/2019.

Notas: Dados filtrados pela Esfera Jurídica: Administração Pública Municipal e consultados em 03/11/2021.

Tabela 1: Rede física de saúde municipal, por tipo de estabelecimento, Manaus, 2019.

Fonte: Plano Municipal de Saúde SEMSA 2022-2025.

Para a pesquisa de campo foram selecionadas 1 UBS tradicional da zona sul, 1 UBS tradicional da zona norte e 1 UBS com NASF e ESF na zona leste. Ainda de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Manaus as Unidades Básicas de Saúde da cidade de Manaus, estão divididas por zonas da seguinte forma:

Especificação	Leste	Norte	Oeste	Sul	Rural	Central	Total
UBS PORTE IA	15	5	12	22	-	-	54
UBS PORTE IB	6	29	8	5	-	-	48
UBS TRADICIONAL	6	4	8	7	-	-	25
UBS TRADICIONAL COM ESF	7	1	5	7	-	-	20
UBS TRADICIONAL FLUVIAL	-	-	-	-	11	-	11
UBS PORTE III	-	1	2	1	-	-	4
UBS TRADICIONAL TERRESTRE	-	-	-	-	4	-	4
UBS PORTE III COM NASF	2	-	-	1	-	-	3
UBS PORTE V COM NASF	2	1	-	-	-	-	3
UBS TRADICIONAL RIBEIRINHA	-	-	-	-	3	-	3
UBS PORTE IV	1	1	-	-	-	-	2
UNIDADE MÓVEL FLUVIAL	-	-	-	-	2	-	2
POLICLÍNICA COM ESF	-	-	1	-	-	-	1
UBS TRADICIONAL COM NASF	-	1	-	-	-	-	1
UBS PORTE II	-	-	1	-	-	-	1
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	-	-	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>183</b>

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA. Competência: dezembro/2019.

Tabela 2: Estabelecimentos de saúde de atenção primária de acordo com a especificação padronizada pela SEMSA, Manaus, 2019.

Fonte: Plano Municipal de Saúde SEMSA 2022-2025.

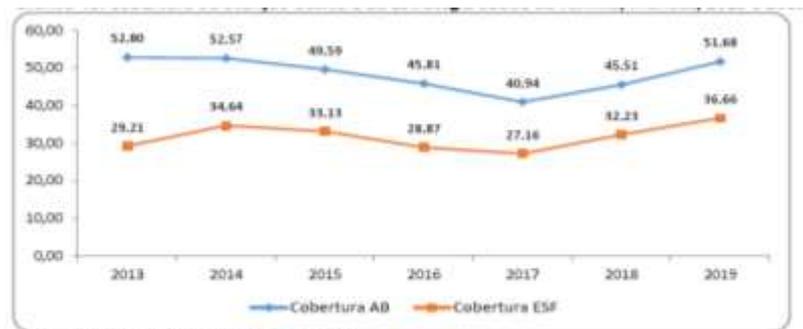
Das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, foram coletados dados sobre os serviços ofertados, as equipes de profissionais que atuam em cada UBS e os programas direcionadas para as comunidades, como consta no quadro a seguir.

UBS/Zona	Serviços	Equipes	Programas
<p>UBS da Zona Leste</p> <p>UBS Enfª. Ivone Lima dos Santos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultas;</li> <li>▪ Exames;</li> <li>▪ Vacinas;</li> <li>▪ Acompanhamento Bolsa Família;</li> <li>▪ Leite do meu filho;</li> <li>▪ Curativo;</li> <li>▪ Farmácia;</li> <li>▪ Eletrocardiograma;</li> <li>▪ Ultrassonografia;</li> <li>▪ Teste Rápido IST's;</li> <li>▪ Preventivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7 equipes de Estratégia de Saúde da Família (Médicos, Enfermeiros);</li> <li>✓ 1 equipe de Atenção Primária (Médico e Enfermeiro);</li> <li>✓ 1 equipe NASF (Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Profissional de Educação Física e Psicólogo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hiperdia;</li> <li>▪ Hanseníase;</li> <li>▪ Imunização e saúde da criança (Teste do pezinho, vacina, saúde de ferro, micronutrientes VIT A);</li> <li>▪ Amamenta e alimenta Brasil;</li> <li>▪ Saúde da Mulher (preventivo, pré-natal, planejamento familiar), Saúde do homem;</li> <li>▪ Saúde do idoso;</li> <li>▪ Saúde Indígena e Imigrantes;</li> <li>▪ PSE;</li> <li>▪ Tuberculose;</li> <li>▪ IST's;</li> <li>▪ Saúde do Trabalhador;</li> <li>▪ Saúde Mental;</li> <li>▪ Tabagismo;</li> </ul>
<p>UBS da Zona Norte</p> <p>UBS Armando Mendes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas;</li> <li>• Exames;</li> <li>• Vacinas;</li> <li>• Acompanhamento Bolsa Família;</li> <li>• Leite do meu filho;</li> <li>• Curativo;</li> <li>• Farmácia;</li> <li>• Eletrocardiograma;</li> <li>• Teste Rápido IST's;</li> <li>• Preventivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3 Equipes de Atenção Primária (Médicos e Enfermeiros)</li> <li>✓ Profissionais que atendem isolados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hiperdia;</li> <li>▪ Hanseníase;</li> <li>▪ Imunização e saúde da criança (Teste do pezinho, vacina, saúde de ferro, micronutrientes VIT A);</li> <li>▪ Amamenta e alimenta Brasil;</li> <li>▪ Saúde da Mulher (preventivo, pré-natal, planejamento familiar), Saúde do homem;</li> <li>▪ Saúde do idoso;</li> <li>▪ Saúde Indígena e Imigrantes;</li> <li>▪ PSE;</li> <li>▪ Tuberculose;</li> <li>▪ IST's;</li> <li>▪ Saúde do Trabalhador;</li> </ul>
<p>UBS da Zona Sul</p> <p>UBF Japiim</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas;</li> <li>• Exames;</li> <li>• Vacinas;</li> <li>• Acompanhamento Bolsa Família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3 Equipes de Atenção Primária (Médicos e Enfermeiros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hiperdia;</li> <li>▪ Hanseníase;</li> <li>▪ Imunização e saúde da criança (Teste do</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leite do meu filho;</li> <li>• Curativo;</li> <li>• Farmácia;</li> <li>• Eletrocardiograma;</li> <li>• Teste Rápido IST's;</li> <li>• Preventivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Profissionais que atendem isolados</li> </ul>	<p>pezinho, vacina, saúde de ferro, micronutrientes VIT A);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amamenta e alimenta Brasil;</li> <li>▪ Saúde da Mulher (preventivo, pré-natal, planejamento familiar), Saúde do homem;</li> <li>▪ Saúde do idoso;</li> <li>▪ Saúde Indígena e Imigrantes;</li> <li>▪ PSE;</li> <li>▪ Tuberculose;</li> <li>▪ IST's;</li> <li>▪ Saúde do Trabalhador;</li> </ul>
--	---	--	--

Quadro 1: Unidades Básicas de Saúde pesquisadas e seus serviços, equipes e programas.

Para entender melhor a eficácia de UBS's que ofertam serviços de Atenção Básica (AB) de forma tradicional e aquelas que possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Plano Municipal de Saúde de Manaus demonstra em gráfico que a AB possui uma maior cobertura, visto que em Manaus são poucas unidades de saúde que realizam ações em ESF e NASF, nos próximos capítulos, ao analisar as pessoas idosas e os profissionais de Serviço Social, é possível observar melhor a dicotomia do dia a dia dos usuários e trabalhadores dessas unidades de saúde.



Fonte: e-Gestor/MS. Data da consulta: 07/10/2021.

Gráfico 1: Cobertura da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família, Manaus, 2013 a 2019.  
Fonte: Plano Municipal de Saúde da SEMSA 2022-2025.

Como consta no Plano Municipal de Saúde de Manaus (p. 54), quando se trata de uma linha mais acentuada em favor de uma maior cobertura para a AB, isso significa que existe uma maior oferta de serviços e ações de saúde e maior acesso da população a este nível, ou seja, com o aparecimento de doenças infectocontagiosas, violência urbana, falta de saneamento básico e entre outros determinantes sociais, mais a população demandará acompanhamento de saúde de qualidade.

#### **1.4. Situando endemias, epidemias e a Pandemia da Covid-19 no Brasil e em Manaus**

A humanidade vivenciou por séculos o aparecimento de doenças que moldaram a sua história. Sendo assim, as doenças infecciosas acompanharam a humanidade ao longo do tempo, cada continente, país, estado, cidade e município possuem especificidades de determinantes sociais de doenças, que ao longo dos séculos exigiram das diferentes sociedades seu enfrentamento, além da ocorrência de muitas mortes por não existir recursos para tratar tais doenças que apareceram.

Doenças como a peste negra, gripe espanhola, cólera, gripe suína (H1N1), assolaram o mundo se espalhando a nível pandêmico. E a tuberculose, febre amarela e dengue, a aids, a leishmaniose visceral, são exemplos de doenças infecciosas a nível endêmico e epidêmico e todas elas geraram e geram morbimortalidade significativa na população.

De acordo com Moura (2012), as endemias, epidemias e pandemias, surgem por vírus, bactérias e protozoários que são transmitidos por meio de contato respiratório direto ou por objetos com partículas contaminadas, por transmissão vetorial sejam por mosquitos ou carrapatos e até mesmo fezes contaminadas, são inúmeras as formas de contaminação por esses agentes.

Um estudo realizado pela Fiocruz<sup>3</sup> mostra que as infecções compartilhadas entre homens e animais significam condições parasitárias de longa evolução e, muitas dessas infecções estabeleceram-se em populações humanas devido ao contato constante do homem com outras espécies.

De acordo com Instituto Butantan<sup>4</sup>, uma epidemia é aquela onde ocorre aumento no número de casos de uma doença em diversas regiões, estados ou cidade, sem se espalhar e atingir nível global. Já uma endemia ocorre quando a doença é recorrente na região, porém sem aumento no número de casos e a população convive com ela, como é o caso da dengue no Brasil, onde sua ocorrência é somente no verão em algumas regiões e em períodos de chuva.

Ainda com o significado de endemia, Soares (1993, p. 14) entende esta como “doença habitualmente comum entre pessoas de uma região, cuja incidência se prende à ocorrência de

---

<sup>3</sup> Em parceria com Museu Nacional da UFRJ, Paleopatologia – estudo da doença no passado. Vide referências.

<sup>4</sup> Fonte: Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia. 2021. Vide referências.

determinados fatores locais”, e no dicionário de termos médicos como “doença que reina habitualmente numa região, de causa local”. (PINTO, 1962, p. 12)

Quanto ao conceito de pandemia, o Instituto Butantan aponta que quando determinado agente se dissemina ao nível global, atingindo diversos países e continentes, tem-se uma pandemia e quem define quando uma doença é uma ameaça global é OMS. Dessa forma, a pandemia pode começar como uma epidemia e assim ir evoluindo a disseminação da doença.

De acordo com a OMS (2008), mesmo com o avanço da medicina e medidas de controle de doenças como as campanhas de vacinação ao longo do século XX as doenças infecciosas transmissíveis são responsáveis por mais de 10 milhões de óbitos no mundo. Os países em desenvolvimento são os que mais padecem com os agravos transmissíveis somado a outras demandas de saúde como os agravos crônicos não transmissíveis.

No Brasil, é responsabilidade do Estado, a cobertura total a atenção à saúde que é um direito de todo cidadão e cidadã brasileiro(a), de acordo com a Constituição Federal de 1988. É por meio do financiamento público de saúde, federal, estadual e municipal que se concretizam os planos e programas de controle de agravos de doenças infecciosas.

A implementação de campanhas sanitárias, programas e a vigilância sanitária e epidemiológica são mecanismos de combate que auxiliam nas endemias, epidemias e pandemias. Paim (2008, p. 559), salienta que tais combinações expressam um modelo de atenção que não enfatizam a integralidade, além de arraigar a essência do modelo sanitário preservada nesse tipo de ação, “cujas decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritárias.”.

Quanto a vigilância sanitária, a Lei nº 8.080/90 define como o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de interesse da saúde.

Porém, é no âmbito da atenção primária à saúde que se criam estratégias de controle de endemias, epidemias e até mesmo as pandemias com ações de promoção à saúde e prevenção a agravos. Dessa forma, a atenção básica de saúde desempenha papel crucial no controle dessas doenças.

De acordo com Moura (2012), nos cenários de epidemias, o trabalho em equipe se torna ainda mais importante, sendo necessário o entendimento correto dos termos para o desenvolvimento da ação de combate e prevenção das doenças transmissíveis.

De acordo com isso, ele aponta:

A compreensão dos determinantes dos agravos infecciosos é fundamental para o adequado planejamento das ações de enfrentamento de situações epidêmicas e endêmicas. Para controlar as epidemias e as endemias nos territórios geográficos das equipes de saúde da família, são de fundamental importância o trabalho intersetorial e as discussões sobre responsabilidade sanitária como um dever do cidadão e da sociedade. (MOURA, 2012, p. 09)

A intersetorialidade é um princípio da Política Nacional da Atenção Básica, sendo uma das atribuições dos profissionais que integram as equipes da ESF. Esse trabalho intersetorial também é uma estratégia na gestão integrada e compartilhada que potencializam ações para a promoção de saúde.

Para Moura (2012), existem fatores determinantes e condicionantes de aparecimento de endemias e epidemias como situações econômicas, culturais, psicossociais, ecológica e biológicas. Moura (2012, p. 21) aponta que “as doenças transmitidas por contato direto são favorecidas por condições de habitação e de saneamento precárias, além de situações que favoreçam aglomeração.”.

Quando se trata de um vírus com contagiosidade como do SARS-coV-2, os trabalhadores da saúde se submetem à altos riscos de contaminação que Teixeira *et al* (2020, p. 03) evidenciam que:

[...] não se pode negligenciar, haja vista a elevada contagiosidade do SARS-coV-2, a urgência de as unidades de saúde adotarem medidas de precaução e proteção de seus profissionais, para que não venham a ser infectados e, também não se transformem em fontes de contaminação, sendo imperativo incorporar inovações ao processo de trabalho e não expor a população e os profissionais a risco de infecção pelo SARS-coV-2, que agravaria ainda mais a situação.

Para enfrentamento e continuidade do trabalho, os autores reforçam a interação das equipes com os usuários e a comunidade, por meio de ferramentas digitais para comunicação, monitoramento e análise da situação no território. Segundo eles, as ferramentas digitais asseguram a manutenção das ações de rotina de vigilância, como por exemplo, a atenção aos usuários com covid-19 com quadros leves, que são acompanhados pelas equipes de APS.

Teixeira *et al* (2020, p. 04) salientam:

[...] todas essas iniciativas necessitam da disposição das três esferas de gestão do SUS em incorporá-las nos respectivos planos de contingência, com vistas a alocar recursos para a adoção de medidas concretas, especialmente a ampliação do número de equipes, qualificação dos profissionais, acesso a equipamentos e internet para as unidades de saúde e para a população – sobretudo, para os grupos sociais mais vulneráveis.

As esferas do governo, sendo elas União, estados e municípios em consonância precisam ampliar o acesso aos serviços de saúde do SUS. Numa pandemia, no século da tecnologia, vemos a burocratização dos serviços na tentativa de dar continuidade aos atendimentos, porém

acaba tornando inacessíveis para os grupos mais vulneráveis que não tem acesso aos meios digitais ou não dominam a ferramenta.

Equidade é um princípio do SUS preconizado na Lei nº 8.080/90, que preza pelo reconhecimento das necessidades das pessoas, individual e coletivamente, para acesso ao direito à saúde independentemente das diferenciações sociais devendo atender as diversidades, seja ela econômica, cultural, de gênero e entre outras, ou seja, acompanhada com os demais princípios do SUS.

A atenção primária à saúde não é a única responsável pelo tratamento, mas é importante que seu funcionamento seja realizado de forma efetiva e com qualidade para que nos demais níveis da saúde chegue os casos graves que necessitam de atendimento de urgência ou emergência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a Covid-19 como pandemia no dia 11 de março de 2020, designando que existem surtos da doença em diversos países e regiões do mundo. Como foi visualizado anteriormente, pandemia refere-se à distribuição de uma doença, que ocorre como uma epidemia e se espalha ao nível global, e ao definir como “pandemia”, somente a OMS estipula a gravidade da doença.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Covid-19 é uma infecção aguda grave causada pelo vírus coronavírus SARS-CoV-2, considerada grave e de alta transmissibilidade com distribuição global.

Segundo o Ministério da Saúde (2021):

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sabercovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

Além disso:

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente os coronavírus de animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre seres humanos como já ocorreu com o MERS-CoV e o SARS-CoV-2. Até o momento, não foi definido o reservatório silvestre do SARS-CoV-2. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aponta que “a COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca”, assim como outros sintomas como perda de paladar ou olfato, congestão nasal, calafrios, tontura, entre outros, que são considerados menos comum.

Ao longo da pandemia, a OMS designou algumas variantes da Covid-19, e em novembro de 2021, tem-se o aparecimento da Ômicron que tem contágio rápido, com ela existem outras variantes em circulação como a Alfa, Beta, Gama, Delta e a mais recente a Deltacron encontrada na França no início de 2022.

De acordo com a OPAS, quanto mais o vírus da Covid-19 circula, maiores são as chances de o mesmo sofrer mutações, dessa forma a solução seria reduzir o risco de exposição ao vírus, se vacinar e continuar a usar máscara, manter higiene das mãos, evitar aglomerações, por fim manter os protocolos sanitários para conter o avanço da doença.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, após a chegada da variante Ômicron no Brasil no final de 2021 e, em fevereiro de 2022 o país chegou a registrar em 24 horas 200 mil casos da doença, porém apesar do elevado número de contaminação, o país não teve alto índice de mortes pela doença diferente do início da pandemia que totalizou mais de 500 mil mortes.

A vacinação contra a Covid-19 permitiu que as pessoas ao contraírem o vírus não evoluíssem a casos graves da doença até chegar de fato ao óbito. De acordo com o Vacinômetro do Ministério da Saúde, atualmente são mais de 300 bilhões de brasileiros e brasileiras vacinados(as).

Com a queda no número de casos, internações e com o avanço da vacinação tanto nos adultos como em crianças, alguns estados brasileiros começaram a amenizar as medidas de contenção à Covid-19 como a flexibilização do uso da máscara em locais abertos. O Amazonas é um dos estados a flexibilizar o uso da máscara e de acordo com o Mapa da Vacinação contra a Covid-19 no Brasil do Ministério da Saúde, atualmente possui 70,76% da sua população vacinada com a primeira dose e 58,62% com duas doses ou dose única.

Diante de tantos números e dados, a reflexão que se faz é qual seja o real impacto social do vírus e se é possível mensurá-lo. Quando se fala em prejuízos do processo pandêmico à vida como um todo, é especificamente da classe trabalhadora que nos referimos como a mais atingida. A classe trabalhadora representa a ponta mais frágil nesse cenário, desde a moradia com a falta de infraestrutura adequada, saneamento básico precário e o acesso a alimentação que se dá pela exploração do capital.

No modo de produção capitalista o lucro está acima da vida, e mesmo diante de um vírus letal que coloca em risco à vida ocasionando uma série de óbitos, a acumulação do capital continua sendo o objetivo central da relação de produção (NETO; ARAUJO, 2020) se apresentando como mais importante que a vida humana, ou melhor dizendo, a vida da classe trabalhadora.

E como ressaltam Neto e Araujo (2020) a necessidade em continuar trabalhando é urgente, uma vez que o auxílio emergencial oferecido pelo governo brasileiro não é capaz de atender as necessidades cotidianas dos trabalhadores.

Diante disso, eles expressam que:

[...] faz-se necessário analisar algumas medidas tomadas pelo governo federal brasileiro, para entendermos a dimensão do problema que estamos inseridos, bem como o intransponível caráter de classe que o Estado exerce, que manifesta os limites inexoráveis da democracia burguesa, pois, mesmo quando esta permite a execução de políticas sociais que, aparentemente, servirão aos trabalhadores, essas também beneficiarão direta ou indiretamente a classe dominante. (p. 102)

A assistência dada aos trabalhadores informais através da política de Assistência Social por meio do auxílio emergencial, não se configura de maneira eficaz para a sobrevivência dos trabalhadores e suas famílias, mas contribuiu para que muitos trabalhadores pudessem ficar em casa no período de maior “pico da doença”.

De acordo com Neto e Araujo (2020, p. 104) a classe trabalhadora sofre com o acesso precarizado à saúde, devido aos postos de saúde e hospitais lotados, dificuldade em conseguir realizar exames pelo SUS, além disso “são expropriados do direito a realizar o isolamento social, pois a verba que poderia garantir o sustento de suas famílias é destinada à reprodução do capital financeiro.”.

Durante uma pandemia como a da Covid-19, a exploração dos trabalhadores e trabalhadoras não pode parar, mesmo diante do risco de morte, dado que essa classe é vista como um alvo constante de contaminação e morte pela doença e ao mesmo tempo é aquela que precisa permanecer trabalhando para garantir suas necessidades de sobrevivência. (NETO; ARAUJO, 2020)

Dentre a classe trabalhadora que se expôs ao risco do vírus, tem-se um grande número de demissões no auge da pandemia no Brasil. Com a pandemia a economia do país entrou em crise e devido a isso o elevado preço para a manutenção das empresas exigiu a redução quadro de funcionário e o discurso que pairava nesse momento era de “sem emprego não há consumo e sem consumo não há como garantir postos de trabalhos”. (LIMA; SANTOS, 2020, p. 220)

Diante dessa narrativa que se propagou na mídia através do discurso do atual governo brasileiro, engendrou a necessidade em se fazer uma escolha entre salvar vidas ou salvar a economia do país. Lima e Santos (2020, p. 221), apontam que a crise econômica é anterior a pandemia e que “esse dualismo vida *versus* economia se assenta sob uma falsa premissa”, na crise econômica o que se tem na verdade é uma crise estrutural do capital.

Os autores acima definem que “é a acumulação do capital, quando ocorre algum desequilíbrio nessa relação ou desproporção entre capital constante e capital variável, ocorrem as crises cíclicas” (LIMA; SANTOS, 2020, p. 221), ou como aponta Mészáros (1998), não sendo uma crise como as vividas no passado, mas uma crise estrutural profunda do próprio sistema capitalista que afeta a humanidade.

A crise econômica entrelaçada com a atual crise sanitária causada pela pandemia da covid-19, causa impactos socioeconômicos que afetam diretamente a classe trabalhadora. A realidade do Brasil na pandemia, com o lema salvar vidas ou a economia, é um falso dualismo como aponta Lima e Santos (2020), já que o país não sofre com falta de recurso como muito se propaga pelo governo brasileiro.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualmente o Brasil tem 212, 6 milhões de habitantes, e conta com um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 8,7 trilhões, com um aumento de 4,6% no ano de 2021, sendo o 4º país com o maior PIB da América do Sul.

O boletim Economia da Saúde divulgado pelo Ministério da Saúde em 2021 mostra que apenas 4% do PIB é investido na saúde, e a pandemia evidenciou quanto o país tem uma saúde desassistida pelo Estado, por falta de investimentos satisfatórios para serviços de saúde de qualidade, ao invés disso tem-se a precarização dos serviços de saúde pública.

À luz disso, pode-se evidenciar a representação do falso dualismo apontado por Lima e Santos (2020) e das informações pregadas pelo governo e pela mídia. Constata-se que não é ausência de recurso, não é crise econômica é a desigualdade e a pauperização que cresce ainda mais em um país capitalista sem divisão equitativa de suas riquezas, em um período de crise sanitária que exige do Estado políticas públicas e sociais equitativas.

O impacto social do coronavírus transmite-se também durante o isolamento social, que ocasiona seus efeitos psíquicos que além das questões socioeconômicas que assola a humanidade nesse período, existe o processo de luto que foi realidade de muitas famílias a nível global.

Em virtude disso, de acordo com Bellini *et al* (2020, p. 25)

As epidemias/pandemias são eventos que apresentam evolução rápida e exigem respostas rápidas, [...] elas não fazem distinção entre os segmentos da população – as distinções são determinadas pelas condições para o enfrentamento desses eventos. [...] A pandemia atinge países com crises humanitárias onde as populações já vivem em condições extremamente precárias, expostas a todos tipos de riscos, violências, guerras, incrementando toda tragicidade possível nesse momento.

A pandemia atinge todas as classes sociais, de fato, porém provoca maiores danos nas classes subalternas que sofrem com o processo de desigualdades impostas pelo modo de produção capitalista. Para Bellini *et al* (2020), mesmo estando em todos os espaços o vírus terá mais chance de se reproduzir em determinados espaços como aqueles que são ausentes de infraestrutura, serviços básicos de saúde e condições socioeconômica frágeis.

As autoras destacam os trabalhadores da saúde que durante esse momento estiveram na linha de frente, no atendimento direto à população afetada, com a grande demanda de atendimento, o Ministério da Saúde considerou insuficiente o número de profissionais, destacando pontos como adoecimento desses profissionais.

Como salientam Fortes *et al* (2021), as pessoas idosas no contexto da pandemia representam o grupo mais vulnerável e suscetível a desenvolver casos graves da Covid-19. Diante das condições pré-existentes à pandemia, como a morbidade e a mortalidade, visto que as pessoas idosas tem a maior incidência para a progressão de doenças e maior taxa de letalidade tanto na contaminação do coronavírus, como nas demais formas de adoecer.

Para esse grupo, a pandemia evidenciou fatores sociais e biológicos que se agravaram com o isolamento social, aumentando ainda mais a vulnerabilidade das pessoas idosas. Pode-se destacar a violência agravada pela dependência social e econômica que promove a ocorrência de abusos. (FORTES *et al.*, 2021)

Tendo em vista os aspectos observados, em países em desenvolvimento como o Brasil, a pandemia da Covid-19 tem implicações que atingem as diversas classes sociais, sendo a classe trabalhadora é a mais afetada e dentre esta destaca-se a pessoa idosa como a mais vulnerável biologicamente a contaminação do coronavírus.

## **CAPÍTULO 2: A VELHICE COMO QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA DO ESTADO BRASILEIRO**

O aumento da população idosa em vários países é um reflexo da melhora na qualidade de vida e nos serviços de saúde, mas em países subdesenvolvidos, como o Brasil, esse segmento ainda precisa de mais cuidados e atenção especializada em saúde. Com essa realidade se aproximando cada vez mais, é necessário que o país se prepare estruturalmente para receber as pessoas idosas.

Neste capítulo, iniciamos a discussão com algumas reflexões sobre o processo de envelhecimento e a velhice, abordando algumas das problemáticas que cercam essa fase da vida. Em seguida, abordamos as políticas direcionadas às pessoas idosas, que abrangem os pilares da Seguridade Social: Assistência Social, Saúde e Previdência Social.

Finalmente, concluímos o capítulo com os resultados da pesquisa de campo sobre as condições das pessoas idosas durante a pandemia da Covid-19 em Manaus.

### **2.1. Reflexões sobre envelhecimento e velhice no Brasil e em Manaus**

Em conformidade com Simone de Beauvoir (1990, p. 17), “a velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo.”, compreende-se que o processo de envelhecimento que se inicia no nascimento antecede a velhice enquanto condição humana e, é caracterizado num movimento de mudanças dentro do plano biológico e social.

O século XIX e XX foram marcados por profundas mudanças, incluindo o aumento do tempo de vida da população e, isso representa de certo modo, o êxito da saúde pública, dessa forma, o envelhecimento demográfico é um fato recente para muitos países, incluindo os mais pobres e os subdesenvolvidos. (FREITAS, 2006; VERAS, CALDAS, 2009)

A longevidade no Brasil tem aumentado nos últimos anos devido a melhorias na saúde pública e nos cuidados médicos e, de acordo com a pirâmide etária do IBGE, em 2010 as pessoas idosas representavam aproximadamente 10,7% da população e em 2021 as estatísticas do PNAD demonstram que houve um aumento, representando cerca de 14,7% da população brasileira, e como apontam as estatísticas, a expectativa é que esse número seja de 32% de até 2060.

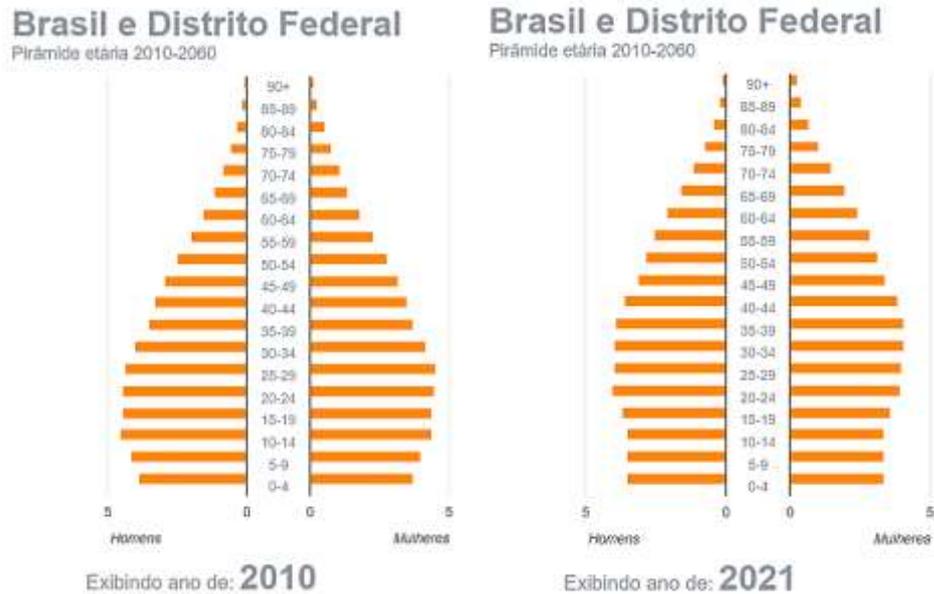


Figura 1: Pirâmide etária 2010-2021.  
Fonte: IBGE, Projeção Pirâmide Etária 2010-2060.

No entanto, ainda existem desigualdades sociais significativas em torno da longevidade, esse fato traz à tona reflexão se o país tem condições econômicas, cultural e social para tornar a vida da população idosa digna de viver uma velhice saudável e com qualidade.

Coincidente a isso, Marinês Leite (2009, p. 95-96), que afirma que:

O processo de envelhecimento, contudo, não se limita aos aspectos demográficos. É muito mais complexo, pois concomitantemente ao crescente número de pessoas idosas e ao aumento da expectativa de vida emergem lacunas, em termos de como dar conta desse contingente populacional, em que as características são bastante peculiares, abrangendo aspectos de caráter cultural, social, econômico, psicológico e de saúde.

Porém, a discussão sobre velhice enquanto categoria social é recente, no que discerne a problemas em torno da velhice e não a velhice como uma expressão da questão social para o Estado e a sociedade. Como aponta Rocha (1998), pensar a velhice enquanto processo intrínseco a vida, revela seus significados definidos historicamente, socialmente e culturalmente na sociedade.

Rocha (1998) menciona que o significado da velhice está na experiência humana, que envelhecer não é somente natural e universal, mas que também é um fato social e cultural, ou seja, não se pode tratar a velhice como sendo uma vivência igual para todos os indivíduos, é preciso compreender a subjetividade do sujeito que vive esta etapa da vida, dentro da sua realidade social e cultural.

Seguindo a linha de pensamento de Rocha (1998), as autoras Oliveira e Sasaki (2018, p.138) entendem “a velhice enquanto processo, uma vez que não é vivida da mesma forma por todos e não depende exclusivamente do sujeito para ser bem sucedida, devendo-se levar em

consideração fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito.”, isso torna a experiência do processo de envelhecimento diferente para as diversas camadas sociais.

Beauvoir aborda a velhice como tema central em seu livro "A velhice" publicado em 1970 na França. Ela argumenta que a velhice é vista como um período de declínio, degradante e de dependência na sociedade, e que as pessoas idosas francesas são frequentemente excluídas e marginalizadas.<sup>5</sup>

Apesar de muito se ter avançado na discussão e nos direitos em torno do envelhecimento e da velhice, as pessoas idosas mais pobres, vivem sob a desigualdade social, atenção à saúde de baixa qualidade, aumento expressivo de doenças que se agravam, por não ter um processo de envelhecimento saudável que acarretam a uma velhice com mais agravos de saúde.

Em concordância com Goldman (2006, p. 57) que salienta que as mudanças conjunturais ocorridas com a industrialização, globalização e os demais eventos globais, afetam as diferentes gerações, mas, “é o segmento idoso que mais sofre as mazelas decorrentes da crise resultante do Estado Mínimo para as políticas sociais”, além disso, “a questão de classe social certamente interfere na vida dos idosos.”.

Com relação a isso, Goldman (2006, p. 57) exemplifica que pessoas idosas com poder aquisitivo podem usufruir de melhores condições como “apartamentos com serviços (apart-hotéis), ser usuários de instituições gerontológicas e/ou geriátricas de luxo ou ficar em suas próprias casas com acompanhamento de pessoal especializado.”, isso implica ao afastamento da família na vida da pessoa idosa “tornando o convívio social mais restrito e os laços afetivos mais tênues.”.

Para as pessoas idosas pobres, a realidade é diferente, de acordo com Goldman (2006, p. 57-58):

Nas camadas pobres o idoso tanto pode ser um empecilho para a família como poder ser a única fonte de renda (em forma de aposentadoria ou pensão). Há famílias nos municípios mais pobres, em que os idosos mantêm as despesas familiares e são valorizados como um dos poucos consumidores locais com renda fixa.

Além das limitações físicas e cognitivas associadas à idade, muitas pessoas idosas enfrentam o desafio de ser o principal provedor da família, estando sujeitos aos mínimos sociais para manter a sua subsistência e de sua família e, conseqüentemente deixam suas necessidades

---

<sup>5</sup> Quando aponta que “a condição das pessoas idosas é hoje escandalosa” (1990, p. 265), a autora se refere que ao ser velho, naquela época, não consistia em questão para o Estado, as pessoas idosas que obtinham recursos financeiros, desfrutavam uma boa velhice, porém as pobres e que não tinham família, viviam à mercê da própria sorte. Essa análise dela realizada antes da seguridade social as abranger nos anos de 1960 na França, mas que contraditoriamente não alcança a todos.

de lado para apenas comprar alimentos, abrindo mão muitas das vezes de garantir uma alimentação saudável.

Segundo IBGE (2021), no Brasil a pobreza atingiu sua marca recorde com a pandemia, chegando a 62,5 milhões de brasileiros, o que representa 29,4% da população, sendo 8,4% em situação de extrema pobreza, ou seja, a pandemia intensificou as expressões da questão social.

Isso representa mais um dos obstáculos enfrentados pelas pessoas idosas, como aborda Goldaman (2006, p. 58), “além das limitações físicas, psíquicas, sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sente-se relegada a plano secundário no mercado de trabalho, no seio da família e na sociedade.”, os problemas que giram em torno da velhice são muitos e precisam da efetividade do tripé da seguridade social – assistência social, saúde e previdência social – para garantir aos que envelhecem, qualidade de vida.

Além do problema econômico, outro agravante que paira em torno do ser velho, são as doenças da idade, Leite (2009, p. 96) “atualmente envelhecer sem doença crônica não é a regra, mas a exceção.”,

Historicamente, no que se refere aos aspectos relativos à saúde, as pessoas com idade superior a 60 anos sempre foram as que apresentam maior vulnerabilidade e possuem maior tendência a desenvolver uma morbidade, seja ela de caráter agudo ou não. Assim, ao direcionar o olhar para esta faixa etária, deve-se estar atento para as questões das enfermidades já instaladas, visando a recuperar a saúde e, ao mesmo tempo, trabalhar com vistas à promoção. (LEITE, 2009, p. 97)

Dito isso, ressalta-se a importância da promoção à saúde em todas as idades, porque ela também ajuda a prevenir doenças e problemas de saúde e, é capaz de garantir um processo de envelhecimento mais saudável para viver uma velhice com mais qualidade de vida, além disso, a promoção à saúde também inclui assegurar que as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade e tratamento precoce de agravos à saúde.

A taxa de mortalidade no Brasil varia dependendo da região e do grupo de idade. De acordo com a Secretaria de Vigilância à Saúde, as principais causas de morte no Brasil incluem doenças cardíacas e cerebrovasculares, câncer e diabetes e a falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade e a falta de investimento em saúde pública contribuem para a taxa de mortalidade elevada no país.

A mortalidade entre as pessoas idosas no Brasil é relativamente alta, devido a uma combinação de fatores como doenças crônicas, falta de acesso a serviços de saúde e cuidados qualidade, além do agravante da pobreza. Os dados do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis mostram que, em 2016, as principais causas de mortes entre as pessoas idosas foram respectivamente doenças isquêmica

do coração, diabetes *mellitus*, doença Alzheimer e outras demências, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Como apontam Lebrão e Duarte (2007, p. 196), “a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diábetes *mellitus* (DM) representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.”, as consequências dessas doenças geram grande impacto para a vida das pessoas idosas e o seu entorno e, quando se tem um diagnóstico precoce, é possível evitar complicações da doença, por isso se faz necessário uma atenção primária de qualidade.

Na pesquisa de campo realizada em 3 UBS's em zonas distintas (leste, norte e sul), foram entrevistadas 24 pessoas idosas, sendo 8 (4 homens e 4 mulheres) em cada Unidade, a faixa etária dos entrevistados varia entre 60-70 anos, acredita-se que nesta idade o idoso possui melhor mobilidade física enquanto 80-90 anos devido a condição de saúde não possui possibilidade de frequentar presencialmente a Unidade. Como demonstra o quadro abaixo:

Faixa Etária	UBS Ivone Lima		UBS Japiim		UBS Armando Mendes	
	F	M	F	M	F	M
60-69	2	2	2	2	3	4
						Total= 14
70-79	2	2	2	-	2	-
						Total= 8
80-89	-	-	-	2	-	-
						Total= 2

Quadro 2: Faixa etária das pessoas idosas entrevistadas por sexo e por Unidade.

Nessa faixa etária as doenças referidas pelos entrevistados estão conforme os dados vistos anteriormente pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, as doenças que mais apareceram foram Hipertensão, problemas na articulação e diabetes, dentre outras doenças mencionadas, ou seja, sendo em sua maioria DCNTs, como mostra a o quadro abaixo:

Doenças referidas	Masculino	Feminino	Total
Hipertensão	4	5	9
Artrose/problema articular	3	4	7
Diabetes <i>Mellitus</i>	3	3	6
Deficiência Visual	1	2	3
Nenhuma doença	1	2	3
Doenças abdominais / estômago	2	0	2
Câncer	2	0	2
Colesterol	0	1	1
Osteoporose	0	1	1
Alzheimer	0	1	1
Transtorno Mental	0	1	1
Doenças nos rins	0	1	1
Asma	0	1	1

Quadro 3: Doenças referidas das pessoas idosas entrevistadas por sexo, sem distinção de Unidade.

Apenas 3 pessoas idosas alegaram não possuir nenhuma doença ou agravamento de saúde e em nenhum momento mencionaram algo que levasse à conclusão de estar doentes. Ao contrário disso, muitas das pessoas idosas entrevistadas quando questionadas se possuíam algum agravamento de saúde ou como consideravam sua saúde, respondiam que estavam bem, mesmo apontando sintomas de doenças e agravamentos. Como consta no quadro abaixo sobre a condição de saúde referida pelos entrevistados:

Condição Considerada	UBS Ivone Lima		UBS Japiim		UBS Armando Mendes		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	
ÓTIMO	2	-	1	-	-	1	4
BOM	2	2	1	2	1	-	8
REGULAR	-	1	1	1	1	2	6
RUIM	-	1	-	1	2	1	5
NÃO RESPONDEU	-	-	1	-	-	-	1

Quadro 4: Condição de saúde referida pelas pessoas idosas entrevistadas por sexo e por Unidade.

Isso demonstra que as pessoas idosas mesmo com agravamentos e doenças acreditam que sua condição de saúde é ótima ou boa. Isso pode estar ligado à negação de se estar doente e se recusar a acreditar que estão enfrentando problemas de saúde. Mas, é importante que as pessoas idosas recebam ajuda e apoio adequado para lidar com a doença e que sua saúde seja monitorada de perto, por isso, é fundamental que sua família e os profissionais de saúde estejam atentos e os acompanhem de perto.

Diante da discussão realizada, compreende-se que as expressões da questão social em torno das pessoas idosas no Brasil é um problema complexo que envolve vários aspectos, como a falta de políticas públicas efetivas, a exclusão social, a pobreza e a falta de acesso a serviços de saúde e cuidados adequados.

A falta de políticas públicas e programas sociais específicos para pessoas idosas também contribuiu para a exclusão social e a marginalização dessa população. É importante que o governo e a sociedade em geral abordem mais atenção e recursos para melhorar as condições de vida das pessoas idosas no país.

Sendo assim, as principais expressões da questão social em torno da velhice e do processo de envelhecimento estão entrelaçadas no preparo e estrutura do Estado e a sociedade para a transição demográfica vivenciada atualmente, pois os cuidados para uma velhice saudável requerem atenção desde muito cedo, principalmente com acessos direitos básicos, pois é crescente a necessidade de cuidados e assistência à medida que as pessoas envelhecem.

## 2.2. Políticas de saúde direcionadas às pessoas idosas

Com o tempo, as sociedades foram se tornando mais complexas e as necessidades de ordem e regulamentação começaram a surgir. Isso resultou na formação de Estados, que passaram a exercer o controle político e social sobre as populações. A partir daí, o Estado passou a ser a principal instituição responsável pela coordenação da sociedade.

Dito isso, é recente o fato do Estado ser a principal entidade mediadora e civilizadora da proteção aos cidadãos. Conforme Potyara Pereira (2008, p. 99), se tratando de Estado, este “dotado de obrigações positivas que inevitavelmente o impelem a exercer regulações sociais por meio de políticas”, realizará através do poder lhe dado pela sociedade a garantia de direitos sociais.

Pereira, (2008, p. 133) aborda a “política social como processo contraditoriamente estratégico”, da relação contraditória entre Estado e a sociedade. Em sua análise a partir da abordagem marxista, a questão do Estado social, que o vê como uma forma de preservar o sistema capitalista, visto que de qualquer maneira o Estado continua a servir os interesses da classe burguesa. contraditoriamente

Concomitantemente, para definir política pública, Teixeira (2002, p. 02) aponta que “políticas públicas’ são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado.”, que se manifestarão a partir de leis, programas e linhas de financiamento através de recursos públicos.

As políticas sociais podem ser entendidas como um conjunto de ações e decisões governamentais destinadas a garantir o bem-estar e a proteção social da população. Essa abordagem destaca a importância de se considerar questões sociais, econômicas e culturais ao desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades da sociedade.

Portanto, a política social está ligada diretamente às desigualdades sociais buscando promover a justiça social, através de medidas como assistência financeira, programas de habitação, proteção a grupos vulneráveis e entre outros. (PEREIRA, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

O envelhecimento demográfico, aumenta a responsabilidade do Estado em criar políticas públicas e sociais, para atender às necessidades da população idosa. É fato que com esse aumento, cresce a procura por serviços de saúde, previdência e assistência social, e é de

cunho do Estado o planejamento e a preparação a fim de garantir tais políticas de médio e de longo prazo.

Dito isso, a partir da compreensão de Borges (2003), entende-se que política pública para as pessoas idosas tem evoluído ao longo do tempo, sendo inicialmente concentrada na assistência social e previdência social e mais recentemente expandindo-se para incluir questões de saúde, bem-estar e direitos.

Não obstante a isso, Paiva (2014, p. 242) aponta que,

A política, pela via da omissão, da não ação, tem promovido o envelhecimento, a velhice senil, demandante da atenção de alta complexidade, superlotando e estagnando os serviços de saúde. Os gastos públicos com a saúde das populações, diante do perfil epidemiológico delineado, têm sido reduzido e não acompanham a magnitude das questões colocadas pela transição demográfica em curso na contemporaneidade.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, elaborada no processo de transição demográfica, configura-se como um Estado de direitos, a partir de um sistema de garantia da cidadania, dito isto, reconhece os direitos destinados a pessoa idosa e estabelece a obrigação do Estado em proteger e garantir esses direitos. No capítulo da Ordem Social, no Art. 203, a partir da assistência social, é garantido ao portador de deficiência e ao idoso o direito de um salário mínimo em situação da falta de meios para sua subsistência.

O Art. 230, estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua autoridade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.”, e no inciso 1º assegura programas de amparo aos idosos, executados preferencialmente em seus lares e no inciso 2º é garantida a gratuidade dos transportes coletivos e urbanos para maiores de sessenta e cinco anos.

Ainda sobre a Carta Magna, também traz o Art. 229 que estabelece que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, bem como os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.” E, nos direitos sociais estabelece-se a Seguridade Social que abrange a assistência, previdência e a saúde, sendo a previdência social de caráter contributivo.

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/1994, é um conjunto de diretrizes, objetivos e ações que visam assegurar os direitos da pessoa idosa e promover sua participação na sociedade de forma digna e ativa. A lei estabelece que os idosos têm direito à vida, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à segurança, à previdência social, entre outros.

Além disso, a política deve ser implementada em conjunto com outros setores da sociedade e do Estado, como saúde, assistência social, habitação, educação e segurança pública.

Entre as principais medidas previstas pela Política Nacional do Idoso estão a criação de programas e projetos voltados para o bem-estar físico, mental e social do idoso, a promoção de sua autonomia e integração na comunidade, a garantia de acesso aos serviços públicos e privados, a proteção contra a violência, o abandono e a discriminação, entre outras.

Sendo assim, a PNI é um importante instrumento para garantir a dignidade e a cidadania da pessoa idosa no Brasil e deve ser conhecida e respeitada por todos os setores da sociedade e do Estado.

E com o olhar para as necessidades de saúde da pessoa idosa, implementou-se no Brasil a Política Nacional de Saúde do Idoso pela Portaria nº2.528 aprovada em 2006 com o objetivo de estabelecer diretrizes e estratégias para garantir uma atenção integral à saúde da pessoa idosa, em conjunto com as demais políticas direcionadas a esse segmento.

Entre as principais medidas previstas pela política estão a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças e agravos comuns na velhice, o diagnóstico precoce e tratamento adequado de doenças e agravos, a reabilitação e cuidados paliativos, além da capacitação de profissionais de saúde para atender às necessidades específicas da população idosa.

A política também prevê a criação de redes de atenção à saúde do idoso, que incluem desde a atenção básica até a média e alta complexidade, incluindo serviços especializados de geriatria e gerontologia, centros de referência em saúde do idoso, hospitais-dia, cuidados domiciliares, entre outros.

Outro aspecto importante da Política Nacional de Saúde do Idoso é a participação da família e da comunidade no processo de cuidado, incluindo ações de promoção da autonomia, prevenção de quedas, estimulação cognitiva e integração social.

A implementação da política é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com outros setores da sociedade e do Estado, como assistência social, habitação, educação e segurança pública. A política é fundamental para garantir a qualidade de vida e a dignidade das pessoas idosas no Brasil.

Diante disso, a pesquisa de campo realizada no âmbito da política de saúde, buscou investigar a saúde da pessoa idosa na atenção básica na cidade de Manaus e a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Quando questionadas sobre o que faziam para se manterem saudáveis, houve muitas respostas favoráveis à hábitos saudáveis, em sua maioria respondeu que fazem alguma atividade

física (caminhada, natação, academia, participação de grupo de idosos). A figura abaixo demonstra isso:

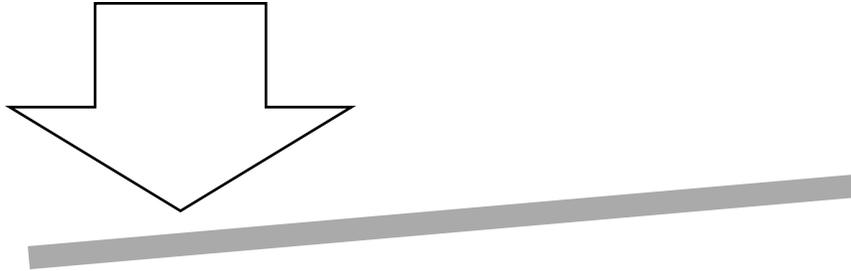


Figura 2: Balanço entre as pessoas idosas que possuem e não possuem hábitos saudáveis.

O imperativo do idoso saudável se refere à necessidade de promover um envelhecimento ativo e saudável para a população idosa, garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade e medidas de prevenção de doenças. Por isso, a atenção básica é destacada como porta de entrada para as demandas da população idosa, sendo esta capaz de contribuir para um envelhecimento e uma velhice de qualidade. (FENSTERSEIFER, 2009; CASTRO, 2017)

No entanto, no Brasil, muitas vezes a falta investimento em políticas públicas de promoção da saúde da pessoa idosa, pode contribuir para o aparecimento de doenças crônicas e agravamento de problemas de saúde. Além disso, muitas delas enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde, seja por falta de recursos financeiros ou por limitação física.

Um idoso comentou o motivo de não conseguir ter hábitos saudáveis ou realizar atividade física:

Já participei porque o médico mandou, mas não me senti melhor e eu desisti. Só vivo porque Deus é bom. A minha alimentação é na medida do possível, o meu dinheiro é pouquinho, tenho que pagar muita coisa e quase não sobra pra comer. PIM02/UBS 2

Infelizmente, a pobreza entre pessoas idosas no Brasil é uma realidade preocupante. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que em 2019, cerca de 25% dos idosos viviam em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Para isso concordamos com Castro (2017, p. 164)

[...] Os obstáculos estruturais versam em torno de profundas desigualdades socioeconômicas e culturais inter-regionais, interestaduais e intermunicipais, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído, o que dificulta o reconhecimento e a afirmação da saúde

como um direito de cidadania. Outro obstáculo estrutural diz respeito à articulação intersetorial para desenvolvimento de políticas mais abrangentes.

As pessoas idosas que relataram que não fazem nenhuma atividade física ou parou de fazer, mas que mencionaram que pretendem começar, e aos que mencionaram o trabalho à ideia de cuidado com a saúde, por se sentirem ativos em trabalho e entendem o ato de trabalhar como uma atividade física por estarem se movimentando ou realizando algum esforço físico, em sua maioria foram homens.

Eu só trabalho, lá eu faço física até demais. PIM04/ UBS 2

Apenas uma UBS possui grupo de idosos com atividades físicas, e foi relatado pelas profissionais Terapeuta Ocupacional e a Educadora Física que este grupo está ameaçado parar suas atividades por falta de recursos e de profissionais, pois muitas pessoas idosas devido a idade e algum agravamento de saúde não conseguem acompanhar os demais. Como foi mencionado no capítulo anterior, foram retirados profissionais da Equipe do NASF, sendo um deles, o fisioterapeuta que acompanhava as pessoas idosas desse mesmo grupo.

Outra UBS tinha um grupo de pessoas idosas que participavam de aulas de alfabetização com uma professora da SEDUC, a UBS cedeu o mini auditório para ser realizado essas aulas, e foi relatado pela professora que antes da pandemia os profissionais da UBS faziam algumas atividades e palestras com essas pessoas idosas. Logo após a pesquisa de campo a UBS entrou em reforma e como foi relatado, talvez as aulas teriam mudado de local.

Muitos idosos relataram que se sentiam bem e mais ativos ao participar do grupo de idosos e das aulas:

Porque aqui eu estudo porque eu não sabia nem ler nem escrever, eu ia escrever o nome eu ficava nervosa, agora não tenho medo de errar, eu to aprendendo muitas coisas que eu não sabia, as palestras que eu assisto, as rodas de conversa, a gente aprende o que é bom pra nós. PIF04/UBS 3

Quando eu vim pra cá eu me senti melhor, aqui eu aprendo. A professora é um anjo na nossa vida. Eu ficava só em casa e ficava mais triste, porque eu perdi meu irmão. PIF02/UBS 3

Aqui é muito legal, as professoras são excelentes, ajuda a gente a fazer a nossa física, eu me sinto melhor agora. PIF01/UBS 1

Goldman (2006, p. 60) salienta que o “envelhecimento, portanto, mesmo referindo-se a uma faixa etária determinada, tem suas especificidades marcadas pela posição de classe social, pela cultura e pelas condições socioeconômicas e sanitárias individuais e/ou coletivas da região.”, para o cumprimento e criação de planos, programas e políticas a pessoa idosa, é necessário a consideração desses fatores.

Castro (2017, p. 168) enfatiza a realidade da atenção básica no Brasil, na falta de recursos humanos qualificados para lidar com as particularidades que a velhice biologicamente traz à vida das pessoas idosas, ao dizer que:

Vivencia-se na atenção básica um cenário de lacunas. A insuficiência de recursos materiais é gritante, além de profissionais de saúde não capacitados para atender idosos em suas particularidades, o que requer não somente conhecimentos específicos sobre envelhecimento fisiológico e patológico, mas em um plano muito importante, saberes acerca do funcionamento da saúde enquanto um sistema, dentro de uma perspectiva ampliada que ultrapassa os muros dos serviços de saúde, o modelo biomédico e a forma fragmentada de planejar e implementar ações.

Promoção à saúde do idoso vai muito além de programas direcionado a atividades físicas, é necessário facilidade no acesso a serviços médico-assistenciais, enfrentamento dos “determinantes da saúde em toda sua amplitude, que exige políticas públicas saudáveis, articulação intersetorial e a mobilização da população, além de profissionais conhecedores do seu papel na garantia da saúde como direito do idoso” (CASTRO, 2017, p. 169).

### **2.3. Prevenção e controle da COVID-19 para as pessoas idosas usuárias dos serviços de atenção básica de saúde na cidade de Manaus**

Como já mencionado no capítulo anterior, a pandemia da Covid-19 intensificou diversas problemáticas já existentes, como a crise sanitária e econômica, além do aparecimento de novas questões no que tange a sequelas da doença, exigindo atenção especializada para seu tratamento. Os efeitos da pandemia na vida das pessoas idosas têm suas especificidades, aprofundando as desigualdades dos idosos mais vulneráveis.

Durante o contexto pandêmico, ficou muito claro a importância do SUS e ao mesmo tempo as suas fragilidades quando não se investe em estrutura, equipamentos, recursos humanos entre outros. A realidade é que a pandemia escancarou os feitos dos desmontes na política de saúde, quando mais se precisou dela. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta para o cuidado de saúde contínuo realizado durante e após o confinamento das pessoas idosas, cuidados esses que exigem dos profissionais de saúde aprimoramento.

Por se tratar de uma pesquisa realizada no contexto pandêmico e readaptação ao “novo normal”, as pessoas idosas entrevistadas foram questionadas quanto a Covid-19. O gráfico abaixo mostra respostas dos entrevistados quando questionados se haviam sido infectados pelo vírus em algum momento da pandemia.

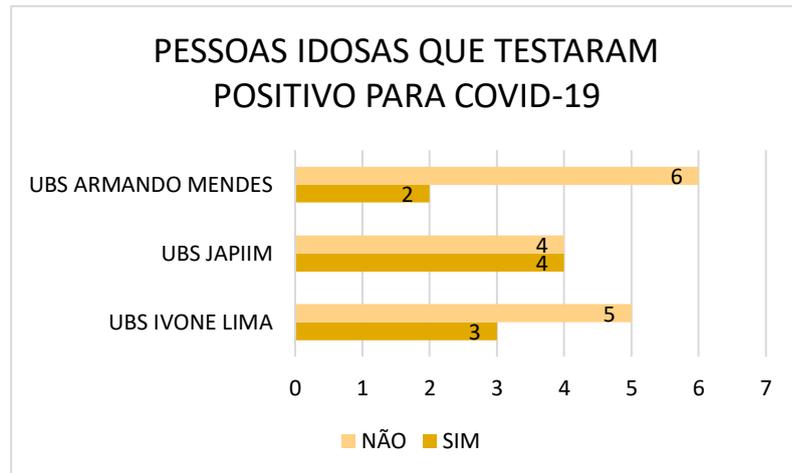


Gráfico 2: Pessoas idosas que testaram positivo para Covid-19.

Como mostram os dados da pesquisa de campo, poucas pessoas idosas disseram ter pego a doença. Em comparação com os dados da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas mostram que poucas pessoas idosas foram infectadas pela Covid-19, mas os gráficos 4 e 5 demonstram o alto índice de hospitalização e óbitos entre 60 anos a 80 anos ou mais.



Gráfico 3: Casos de Covid-19.

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS) – Painel Covid-19 Amazonas.

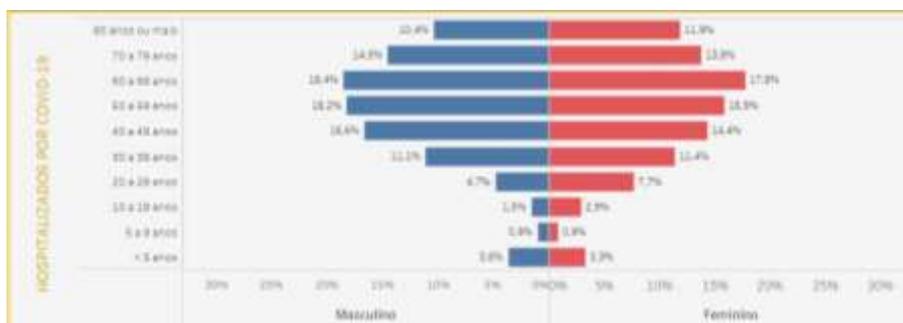


Gráfico 4: Hospitalização por Covid-19.

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS) – Painel Covid-19 Amazonas.

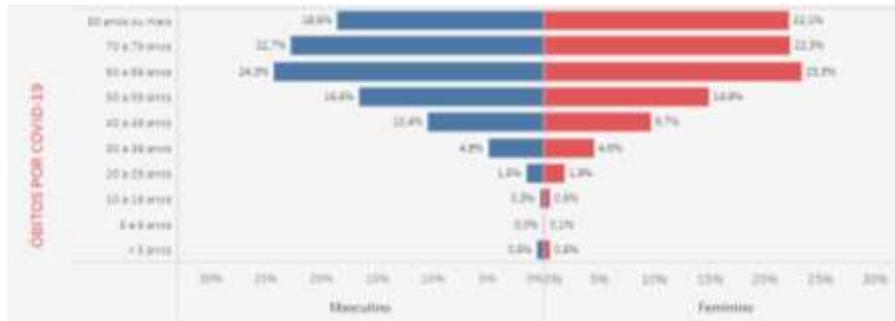


Gráfico 5: Óbitos por Covid-19.

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS) – Painel Covid-19 Amazonas.

Esse fato pode estar ligado ao motivo de nem todos os idosos ao serem infectados não conseguirem ir fazer o teste, por vezes dependendo de terceiros para se dirigir um local que realize o teste, ou pelo fato de no início da pandemia ainda não existirem testagem para o vírus, o que pode ter levado ao agravamento do quadro de saúde ocasionando a hospitalização e posteriormente levando ao óbito como demonstra o gráfico 5.

O acesso a serviços de saúde é um dos fatores também, de acordo com as entrevistas com as Assistentes Sociais, muitos idosos enfrentaram dificuldades para acessar serviços de saúde durante a pandemia, seja por medo de contágio ou devido à sobrecarga do sistema de saúde, isso pode ter impactado na detecção e tratamento de doenças crônicas e outras condições de saúde.

Neste caso, muitas pessoas idosas foram a óbito pela Covid-19 devido a uma combinação de fatores, incluindo sua maior vulnerabilidade à doença, condições precárias de saúde, desigualdades sociais, falta de políticas públicas adequadas e, em alguns casos, negligência. Outro fator a destacar foi a necessidade de isolamento social que afetou muitos idosos, que tiveram que se afastar de familiares e amigos para evitar o contágio da doença, ocasionando impacto negativo na saúde mental e bem-estar das pessoas idosas.

Para os entrevistados que foram infectados, alguns tiveram sequelas da doença e entre as respostas estão: pressão alta, sonolência, tontura, confusão mental, medo, dor no peito e falta de apetite. Alguns desses sintomas, como demonstram muitas pesquisas, são sequelas não somente da doença, mas do próprio isolamento social que impactou diretamente na qualidade de vida das pessoas idosas.

Fortes *et al* (2021), mencionam que o impacto da pandemia na vida das pessoas e o isolamento, despertou sentimentos de “desesperança, tédio, solidão e transtornos mentais como ansiedade e depressão.”. É importante destacar que o isolamento social foi uma medida necessária para evitar um colapso do sistema de saúde e salvar vidas. Ao reduzir o contato entre

as pessoas, foi possível diminuir o número de novos casos da Covid-19 e, conseqüentemente, também diminuir a sobrecarga dos hospitais.

Das três Unidades de saúde lócus da pesquisa, apenas uma possui psicólogo (integrado a equipe do NASF), que de acordo com as Assistentes Sociais entrevistadas, ao identificarem a necessidade de um profissional de saúde mental, é realizado encaminhamento para o Clínico Geral que avalia o quadro de saúde e direciona para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Quanto as demandas das pessoas idosas na pandemia da Covid-19 nas Unidades de saúde foram:

<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	Consultas com o Clínico Geral	Consultas Enfermagem	Serviços Odontológicos	Farmácia	Vacinação	Grupo de Idosos	Exames	Outros Serviços
IVONE LIMA DOS SANTOS	6	1	2	1	1	3	1	SISREG
UNIDADE JAPIIM	7	6	0	6	0	0	6	0
UNIDADE ARMANDO MENDES	8	1	1	1	1	1	5	0

Quadro 5: Demandas das pessoas idosas entrevistadas, por Unidade de saúde.

De acordo com as entrevistas com as pessoas idosas e com as profissionais de Serviço Social, as demandas continuaram as mesmas, após a reabertura das UBS's para atendimento normalizado. Porém, nos anos 2020-2021, os atendimentos eram exclusivos aos casos de Covid-19, momento em que houve negligência das demais doenças e agravos de saúde.

Cabe ressaltar que a atenção básica desempenhou um papel fundamental na resposta à pandemia da Covid-19, realizando ações de identificação, testagem, orientação, acompanhamento e vacinação dos pacientes. A capacidade de adaptação e o comprometimento das equipes de atenção básica foram fundamentais para garantir a continuidade dos serviços de saúde durante a pandemia.

Em síntese, a pandemia da Covid-19 tem afetado de forma significativa as pessoas idosas, que enfrentam desafios adicionais relacionados ao isolamento social, acesso a serviços de saúde e vulnerabilidade econômica. É fundamental que as políticas públicas sejam orientadas para garantir a proteção e o cuidado adequado à saúde e ao bem-estar dessas pessoas durante a pandemia e após o seu término.

## **CAPÍTULO 3: TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENÁRIO PANDÊMICO**

O trabalho do assistente social passou por significativas transformações ao longo do tempo, refletindo as mudanças nas demandas e necessidades da sociedade em que estão inseridos. No início da profissão, o assistente social tinha um papel predominantemente de caráter filantrópico, voltado para a prestação de assistência às camadas mais vulneráveis da população.

Com o passar do tempo, a profissão se consolidou como um campo de intervenção profissional, buscando compreender as relações sociais e as desigualdades existentes, e atuar de forma crítica e propositiva na formulação e implementação de políticas públicas e programas sociais.

O cenário contemporâneo apresenta novos desafios, como o aumento das desigualdades sociais, a precarização do trabalho, a violência e a exclusão social, que exigem do assistente social uma atuação mais abrangente e diversificada, que contemple não apenas as demandas individuais, mas também as questões estruturais e coletivas.

Neste capítulo, abordaremos inicialmente a temática do trabalho do Assistente Social na atualidade, com base em autores que tratam da categoria do trabalho e trabalho profissional do assistente social. Além disso, serão apresentados os resultados da pesquisa de campo que investigou o trabalho do assistente social na atenção básica de saúde de modo geral e direcionada às pessoas idosas durante a pandemia da Covid-19, finalizando com os desafios e avanços do trabalho nesse segmento.

### **3.1. Trabalho do Assistente Social na contemporaneidade**

Para Marx (2017), o trabalho é uma atividade fundamental para a produção e reprodução da vida material da sociedade. É por meio da interação do ser humano com a natureza que o homem supre sua satisfação material através da transformação de matérias naturais em produtos que atendem suas necessidades, ou seja, é através do trabalho que a sociedade e suas relações são constituídas.

O trabalho é uma categoria fundamental do sistema capitalista, pois é a partir do trabalho que a riqueza é produzida e acumulada. O trabalho é a principal fonte de valorização do capital, pois é por meio dele que as mercadorias são produzidas e comercializadas no mercado, gerando

lucros para os proprietários dos meios de produção, como salienta Marx (2017, p. 255), “a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho”.

O trabalho também é uma categoria histórica e socialmente construída. O modo de produção capitalista nunca foi estático, desde a sua consolidação vem experimentando novas configurações e hoje é dominante em escala mundial.

De acordo com Netto e Braz (2012, p. 108) quanto ao capitalismo:

[...] durante cerca de setenta anos, no decurso do século XX, teve a concorrência de experiências de caráter socialista, atualmente não se confronta com nenhum desafio *externo* à sua própria dinâmica: impera na economia das sociedades mais desenvolvidas (*centrais*) e vigora na economia das sociedades menos desenvolvidas (*periféricas*), nas quais, por vezes, subordina modos de produção precedentes.

Esses preceitos, corroboram para o entendimento de que o sistema capitalista se funda por meio da exploração de seus trabalhadores, e que atualmente se configura em um “sistema planetário” presente tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos.

O capitalismo em suas diversas fases, manifesta contradições sendo a principal relação capital e trabalho que se transforma dentro da dinâmica capitalista, e acompanha cada transformação desse sistema. Interessa-nos discutir aqui o capitalismo contemporâneo<sup>6</sup> abordado por Antunes (2018, p. 65) que revela e alarga a tendência de “informalização da força de trabalho em todo o mundo e de aumento dos níveis de precarização da classe trabalhadora.”

Quanto a essa tendência, de acordo com Antunes (2018, p. 65), o que mostra em sua face são “elementos destrutivos em relação ao trabalho”, essa nova forma de valorização do valor que gera trabalho excedente e traz novos mecanismos para tal, configura para o outro lado (lado dos trabalhadores) a precarização e a informalização do trabalho, que resulta na expulsão dos trabalhadores, tornando-os descartáveis e desempregados como afirma o autor.

Outra tendência que o capitalismo contemporâneo carrega é “uma maior intelectualização do trabalho, sobretudo nos ramos dotados de grande impacto tecnológico-informacional-digital.” (ANTUNES, 2018, p. 65), quanto a isso, o autor reflete sobre a diferenciação que os novos avanços tecnológicos trazem para o mundo do trabalho, que se diferencia do trabalho com máquinas. Essa nova face beneficia o capital, ao desempregar e tornar sobrantes muitos trabalhadores, e ainda aplica a retração salarial para quem está empregado, ou seja, oferecendo um salário menor.

---

<sup>6</sup> Segundo Netto e Braz (2012, p. 223) este “constitui a terceira fase do estágio imperialista”, logo após a fase clássica e dos anos dourados da economia imperialista. Em síntese o estágio imperialista do capitalismo inicia nos últimos anos do século XIX, que configurou a produção e o capital em alto nível de desenvolvimentos criando monopólios com aumento ainda mais expressivo no século XX com a terceira Revolução Industrial.

Este autor chama atenção para observarmos que adentramos “em uma nova era de precarização estrutural do trabalho” (ANTUNES, 2018, p. 75) podendo citar aqui como um dos exemplos disso “a erosão do trabalho contratado e regulamentado, dominante no século XX, e sua substituição pelas formas de trabalho atípico, precarizado e “voluntário;” (ANTUNES, 2018, p. 76), resultando na ampla destruição de direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora.

Antunes e Praun (2020), apontam que “o trabalho, em tempos de mundialização neoliberal sob hegemonia financeira, de avanço das tecnologias digitais, da inteligência artificial e da chamada Indústria 4.0, reconfigurou-se.”, são profundas transformações e quanto a esse processo, salientam que:

[...] forjado no contexto da crise estrutural que emergiu no início de 1970 e se intensificou a partir de 2008, desdobra-se um vasto processo de reestruturação produtiva permanente, caracterizado pela deslocalização produtiva, pela expansão das redes de subconcentração, pelos salários flexíveis, células de produção, times de trabalho, trabalho polivalente e multifuncional e formas de efetivação do trabalho cotidiano que não podem prescindir do envolvimento participativo. (p.180)

A atual crise estrutural do capitalismo é caracterizada e intensificada com diversos novos fenômenos sociais que irão surgindo, como a pandemia e a crise sanitária, isso aumenta ainda mais a barbárie que as sociedades vêm vivenciando desde a instauração desse sistema, a precarização do trabalho e o processo da Indústria 4.0 com a inserção de tecnologias, robotização e substituição de trabalhadores visando o aumento da produtividade, o que Antunes (2018) chamará de flexibilização do trabalho.

Concomitante a isso, Harvey (2011, p. 99) aponta que dentro da própria circulação do capital existem vários limites e barreiras potenciais “que pode retardar ou interromper a continuidade do fluxo do capital e assim produzir uma crise que resulta na desvalorização ou perda do capital.”, como por exemplo cita:

[...] A escassez de capital-dinheiro, os problemas trabalhistas, as desproporcionalidades entre os setores, os limites naturais, as mudanças tecnológicas organizacionais desequilibradas (incluindo a concorrência versus monopólio), a indisciplina no processo de trabalho e a falta de demanda efetiva encabeçam a lista. (, p. 99)

Essa é a nova face do capitalismo contemporâneo, com a atualização do trabalhador na era digital e os novos sentidos do trabalho que como resultado acentuam a precarização dos trabalhadores, vale ressaltar que as crises sempre estiveram presentes no sistema capitalista, e para Harvey (2011, p. 99), é preciso “reconhecer as múltiplas formas em que as crises podem se formar em diferentes situações históricas e geográficas.”.

Um adendo a essa nova fase do trabalho é a reserva de “força de trabalho para a expansão capitalista.” (HARVEY, 2011, p. 55). Isso também significa que:

No decorrer do tempo, os capitalistas têm procurado controlar o trabalho, colocando trabalhadores individuais em concorrência uns com os outros para os postos de trabalho em oferta. A força de trabalho potencial tem gênero, raça, etnia e tribo ou se divide pela língua, política, orientação sexual e crença religiosa, e tais diferenças emergem como fundamentais para o funcionamento do mercado de trabalho. (HARVEY, 2011, p. 57)

No que concerne ao Serviço Social, Iamamoto (2011, p. 415) aponta que “o Serviço Social como profissão inserida na divisão do trabalho, com foco no seu significado social no processo de reprodução das relações sociais”, acompanha esse processo de desestruturação da classe da trabalhadora, e o que foi citado por Harvey (2011), está presente na realidade dos assistentes sociais, quando Iamamoto (2009, p. 36) chama de “exército assistencial de reserva”.

A crise estrutural do capitalismo gera uma série de impactos negativos para os trabalhadores, como o aumento do desemprego, a ausência de redução na carga horária de trabalho e o aumento da sobrecarga para aqueles que ainda estão inseridos no mercado de trabalho.

Esses fatores levam a um aumento da busca por qualificação profissional, tornando mais frequente a criação de cadastros de reserva e a procura por trabalho voluntário, isso porque de acordo com Iamamoto (2009, p. 36), temos um “ambiente político que estimula a criminalização da questão social e das lutas dos trabalhadores e o caráter assistencial das políticas sociais”.

Tais mudanças no mercado profissional de trabalho implicam, como aponta Iamamoto (2020, p. 51), em desafios que impactam especialmente os assistentes sociais, pois “a retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compressão das verbas orçamentárias e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos.”

Marilda Iamamoto na sua obra “O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional”, nos convida a pensar a profissão na dinâmica do processo de produção capitalista afim de “captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação,” (2020, p. 27) para ela, um dos maiores desafios para o assistente social é ser propositivo, aquele que é capaz de decifrar a realidade, preservar e efetivar direitos e não apenas executar tarefas.

Iamamoto (2020, p. 31) inscreve o Serviço Social que se reproduz como um trabalho especializado e necessário na sociedade pois “produz serviços que atendem às necessidades sociais”, ou seja, “tem um valor de uso, uma utilidade social”, para ela, por mais que o

Assistente Social disponha de um Código de Ética profissional e seja regulamentado como profissão liberal, mas não a exercita como tal, pois:

É um trabalhador especializado, que vende a sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial ou estatal, que demandam essa força de trabalho qualificada e a contratam. Esse processo de compra e venda da força de trabalho especializada em troca de um salário faz com que o Serviço Social ingresse no universo da mercantilização, no universo do valor. A profissão passa a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, participando da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais. (IAMAMOTO, 2020, p. 31)

A condição de trabalhador assalariado, coloca os profissionais de Serviço Social na relação de compra e venda da sua força de trabalho, como aponta Iamamoto (2020, p. 73), tal condição molda a “inserção socioinstitucional na sociedade brasileira”, dessa forma, o profissional não detém meios para a efetivar trabalho autônomo, mesmo que se tenha “autonomia relativa”, este depende de instituições que os empregam para exercer a profissão.

A atuação profissional deve estar apoiada às três dimensões da instrumentalidade concernentes ao Serviço Social: dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Tais dimensões compõem a instrumentalidade e devem ser indissociáveis na ação profissional, no processo de trabalho, sem distanciar a teoria da prática e exercício da autonomia profissional (valor ético) e na emancipação política profissional e coletiva dos indivíduos.

Tais dimensões particularizam o trabalho do assistente social, mas, em contrapartida, como aponta Iamamoto (2011, p. 416) a mercantilização “subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional.”.

O desfecho da análise acerca da reflexão realizada pela autora quanto à isso, é que definir o trabalho do assistente social em tempos do capital fetiche não é algo fácil e que se constitui mediante uma série de conceitos relacionados a categoria trabalho, e que a definição do trabalho profissional quanto para quem os emprega (Estado ou não), ao definir as tarefas que este profissional realizará institucionalmente, não se dispõe em pensar que o assistente social deva exercer sua autonomia profissional já que o mesmo disponibiliza de meios, objeto e o trabalho próprio.

É contraditório que o assistente social esteja inserido numa óptica de trabalho assalariado e na divisão sociotécnica do trabalho e, ao mesmo tempo, exerça autonomia quanto ao seu trabalho, visto que a lógica arraigada pelo sistema é de que o trabalhador não tenha autonomia e recaía sob a alienação imposta pelo próprio processo de trabalho exaustivo, e totalmente apropriado e/ou comandado por outro (o empregador).

A autora enfatiza em sua análise, o trabalho do assistente social como um trabalho especializado que tem a questão social como base de sua fundação sócio-histórica e, por vez tem “a prática profissional como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho.” (IAMAMOTO, 2020, p. 67). Em outras palavras, a autora especifica a questão social como matéria-prima do trabalho profissional, sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho que faz parte do processo de trabalho.

Dentro disso, diferença entre prática profissional e trabalho profissional está no ato de exercer a profissão do Serviço Social e, estar inserido na divisão socio técnica do trabalho, que tem a questão social como objeto e utiliza-se de políticas públicas como respostas para sua intervenção.

Iamamoto (2020, p. 72) salienta que:

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais quotidianas. É nesse campo que se dá o trabalho do Assistente Social, devendo apreender como a questão social em suas múltiplas expressões é experienciada pelos sujeitos em suas vidas quotidianas.

É nesse sentido que está a definição do trabalho profissional do assistente social. A diferença entre o trabalho profissional e a prática profissional está no fato de que o primeiro se refere às bases conceituais e técnicas que orientam o trabalho do assistente social, enquanto a segunda envolve a aplicação dessas bases em situações concretas, considerando as particularidades de cada contexto. Dessa forma, a prática profissional é o resultado da aplicação dos conhecimentos e da experiência profissional do assistente social na solução dos problemas sociais.

Por fim, o trabalho do Assistente Social na contemporaneidade atravessa um período conturbado com o avanço da precarização do trabalho, como salientado por Antunes (2018), que envolve a flexibilização, a informalidade, a terceirização, a redução de direitos trabalhistas, a sobrecarga de trabalho, entre outros aspectos, além das crises e cortes em direitos sociais, políticas públicas e etc.

A precarização do trabalho tem impactos negativos não só na vida dos assistentes sociais, mas também nos serviços prestados aos usuários e na qualidade do atendimento. Diante disso, é fundamental entender o processo constitutivo da profissão e o papel profissional que se tem mediante a esse contexto e que a categoria se organize e lute por condições dignas de trabalho, fortalecendo a luta por seus direitos e pela valorização da profissão.

### 3.2. Trabalho dos Assistentes Sociais na atenção básica de saúde com as pessoas idosas

O Serviço Social na saúde emerge a partir do século XX nos Estados Unidos com a complexidade da atenção à saúde e a expansão de hospitais, necessitava-se de outros profissionais além dos médicos. Logo no início, o assistente social auxiliava os médicos, ocupando uma posição subalterna aos mesmos.

Esse período também caracterizou a ação profissional como método clínico e o método mais utilizado era o Serviço Social de casos a partir de uma abordagem individualizada. Então pode-se dizer que a prática na área da saúde ficou restrita “a uma ação burocrática, focalista, subordinada à prática hegemônica da medicina.” (BRAVO, 2011, p.312; BRAVO, 2013)

Na América Latina, o Serviço Social emerge em 1920 com influência Europeia e no Brasil em 1930 ligado à ação social da Igreja Católica, na saúde emerge pelos mesmos motivos citados acima, sendo a saúde o primeiro setor de atuação dos assistentes sociais. Quanto as técnicas que no início eram sob influência Europeia agora se desloca para influência do Serviço Social americano. (BRAVO, 2013)

Enquanto protoformas do Serviço Social citadas por Yamamoto e Carvalho (2014, p. 199), é importante ressaltar que enquanto profissão tem suas primeiras demandas remuneradas delimitadas e, com iniciativas das próprias escolas, sendo em São Paulo no setor público as demandas partem do Departamento de Serviço Social do Estado na função de Inspectores de Trabalho de mulheres e menores e Juízo de Menores.

De acordo com esses autores, a atuação prática dos primeiros assistentes sociais era direcionada para a organização da assistência, educação popular e pesquisa social, com seu público preferencial sendo as famílias operárias, especialmente mulheres e crianças, e as atividades foram realização de visitas domiciliares, encaminhamentos, distribuições de auxílios materiais e a formação moral e doméstica por meio de círculos e cursos. (IAMAMOTO. CARVALHO, 2014)

Com a formulação da política nacional de saúde em 1930 e tendo em vista o cenário sanitário no país, surge a necessidade de contratação de profissionais para atuar na área da saúde, os assistentes sociais ocupam esse campo de atuação, inicialmente em hospitais e ambulatórios. De acordo com Bravo (2013, p. 97), na saúde, as atividades aparecem como “educação de gestantes, mães, pacientes e família, reduzindo-se informações, distribuição de noções de higiene, procurando determinar regras e normas para a vida da população.”, segundo a autora, o autoritarismo influencia e domina o modo de intervenção profissional, além da autoridade médica, a prática profissional atuava em torno do controle de patologias.

O Serviço Social na sua gênese desempenha trabalho isolado, mas a partir da sua inserção no âmbito do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) / Serviço Social da Indústria (SESI), onde ocorre a possibilidade de institucionalização do Serviço Social, a profissão começa a desempenhar trabalho coletivo com demais assistentes sociais e outros profissionais, quebrando por fim o seu isolamento. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014)

Mediante a isso, Iamamoto (2011, p. 421) enfatiza que:

O assistente social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. Também a relação que o profissional estabelece com o objeto do seu trabalho, - as múltiplas expressões da questão social, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha, - dependem do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas.

A Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 do Ministério da Saúde reconhece o assistente social como profissional da saúde, e pela Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS) inserido na ação interdisciplinar nesse campo.

Diante disso, a pesquisa de campo, por meio da aplicação de formulários de entrevistas aos profissionais do Serviço Social das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, buscou identificar quanto ao trabalho articulado com a equipe multiprofissional e quais seriam estes profissionais.

<b>Profissional</b>	<b>Realiza trabalho articulado com a equipe multiprofissional?</b>	<b>Quais profissionais?</b>
ASSISTENTE SOCIAL 1	Sim	Médico, enfermeira, nutricionista, tec de enfermagem
ASSISTENTE SOCIAL 2	Sim	Profissionais do NASF (terapeuta oc. Psicólogos, Educador físico, Assistente Social) e equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros e ACS's
ASSISTENTE SOCIAL 3	Não	Trabalho isolado.

Quadro 6: Trabalho articulado com a equipe multiprofissional da Unidade.

O trabalho e o desenvolvimento de ações de articulação com a equipe de saúde é um dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na área da saúde elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, p. 46), que “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações” que é diferente dos demais profissionais que atuam na saúde.

O trabalho isolado desse profissional, como relata a Assistente Social 3, implica nos resultados do atendimento do usuário, mas como esta mencionou na entrevista presencial, em

contrapartida, antes da pandemia, se realizava um trabalho articulado com médicos, enfermeiros da UBS, mas após a segunda temporada da pandemia, com o retorno das atividades, isso mudou, então entende-se que a precarização do trabalho afasta esse trabalho integral com a equipe multiprofissional e com a rede.

A assistente Social 3 relatou que realiza encaminhamento para os médicos e enfermeiros da instituição, mas que os estes não fazem o mesmo, cabendo ao acolhimento identificar demandas que são e não do Serviço Social, encaminhando até mesmo troca de receita para o setor, sendo que esta não configura uma atribuição profissional do Serviço Social e, como propõe o CFESS (p. 53) nos parâmetros de atuação é preciso “esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde.”.

Para melhor delinear o trabalho profissional realizado nas UBS's, as entrevistadas foram questionadas quanto aos instrumentais utilizados:

<b>Profissional</b>	<b>Instrumentos de trabalho</b>	<b>Serviços prestados</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>
Assistente Social 1	Ficha social, entrevista, reunião com a equipe de saúde, relatório social	Orientações, Visita domiciliar, Atendimento de programas municipais e federais	Grupo de tabagismo, Planejamento familiar
Assistente Social 2	Ficha social, entrevista, reunião com a equipe de saúde, relatório social	Orientações, visita domiciliar, acompanhamento social	Grupo de tabagismo, palestras na escola, palestras na UBS, planejamento familiar
Assistente Social 3	Ficha social, entrevista, relatório social	Orientações, acompanhamento social	Grupo de hipertensos e diabéticos, planejamento familiar

Quadro 7: Instrumentos, serviços e atividades mencionados pelas Assistentes Sociais das Unidades selecionadas.

As competências e atribuições dos Assistentes Sociais são norteadas e orientadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662), devendo ser respeitada pelos profissionais e conseqüentemente pelas instituições empregadoras. Dentre as competências previstas na Lei de Regulamentação, no seu 4º artigo, está “encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;”. Com isso, as atividades e os instrumentais das assistentes sociais atuantes na atenção primária à saúde, configuram de suma importância enquanto competência profissional.

As atividades desenvolvidas configuram ações socioeducativas previstas nos parâmetros de atuação (CFESS, p. 56) “sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais,

princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos.”, e “realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.”.

Para nível de conhecimento foi questionado das entrevistadas o ano de formação, se possuía especialização ou pós-graduação e ano de trabalho na Unidade de Saúde.

<b>Ano de Formação</b>	<b>Especialização / Pós-Graduação</b>	<b>Anos de trabalho na UBS</b>
2001/2002	GERONTOLOGIA	5 ANOS
1992	ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E MESTRADO EM GÊNERO E FAMÍLIA	11 ANOS
1985	NÃO	+20 ANOS

Quadro 8: Identificação das Assistentes Sociais entrevistadas.

Destacando o período de formação das assistentes sociais entrevistadas que vai desde 1985 a 2002, tem-se importantes marcos históricos tanto para a profissão quanto para a política de saúde. Anterior aos anos 1990, não se exigia formação continuada (pós-graduação, especialização), a educação continuada é marco recente e se caracteriza ao Serviço Social na contemporaneidade.

Na década de 1980 processo de redemocratização do país, final da ditadura militar, também marca o processo de ruptura do Serviço Social com o conservadorismo, a abertura para o posicionamento ideológico e políticos de natureza crítica e avanço na produção de conhecimentos.

Esse período também é marcado pelo processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como foi visto no capítulo 1, construção de um projeto ético político com a Lei de Regulamentação da profissão (Lei n. 8662/93), Código de Ética profissional (Resolução CFESS N° 273 de 1993) e a reformulação das Diretrizes Curriculares em 1996, são alguns marcos importantes vivenciados por elas, tanto em período de formação e conclusão, quanto de vivência profissional (11 anos/+20 anos) de trabalho na saúde primária em Manaus.

É fundamental destacar que, dentre as três assistentes sociais entrevistadas, todas prestam atendimento a pessoas idosas que as procuram espontaneamente ou que participam de grupos relacionados ao tabagismo, hipertensão ou diabetes, nos quais há também indivíduos que não são idosos.

O trabalho do assistente social com pessoas idosas é fundamental para assegurar o acesso às políticas de saúde, através de informações, acolhimento humanizado, intervenção por

meio da Rede de Apoio a Saúde (RAS), e também pode contribuir para a construção de uma visão mais ativa sobre o envelhecimento em nossa sociedade.

Durante o período pandêmico, a importância da articulação do assistente social na atenção básica de saúde com as demais políticas da Seguridade Social como saúde, assistência social, previdência social além de educação, moradia, entre outras, ficou evidenciada, uma vez que essa interação é crucial para a viabilização de direitos, porém, revelou-se fragilizada com o corte de verbas de políticas públicas, como a saúde.

Considerando essa perspectiva, é essencial que o trabalho com pessoas idosas seja realizado por profissionais com especialização adequada. Nesse sentido, os assistentes sociais possuem competências e habilidades que lhes permitem atuar em diversos setores sociais. No entanto, é necessário ressaltar que o trabalho com pessoas idosas requer uma formação continuada em gerontologia.

O trabalho do assistente social na Atenção Básica de Saúde não se limita apenas ao planejamento familiar e à realização de campanhas preventivas. É necessário ir além das demandas, uma vez que as pessoas idosas podem apresentar demandas específicas que vão além de agravos de saúde, incluindo casos de violência doméstica, financeira entre outros, e muitas vezes essas pessoas precisam desse olhar social, já que o modelo de saúde biologista e tecnicista recusa isso, e a nova formulação de saúde traz esse olhar social para a doença.

Sendo assim, é necessário que os profissionais de Serviço Social se especializem em cuidados voltados para a pessoa idosa, oferecendo uma escuta qualificada e tendo uma formação adequada para atender às demandas desse grupo, considerando o aumento expressivo da longevidade.

O quadro 9, especifica a fala das entrevistadas sobre o trabalho desenvolvido com as pessoas idosas dentro da Unidade de saúde:

<b>Profissional</b>	<b>Fale sobre o seu trabalho com as pessoas idosas nessa UBS.</b>
Assistente Social 1	“Orientações sobre direitos/deveres.”
Assistente Social 2	“Eu não tenho trabalho específico com os idosos, é as demandas que chegam pra mim, geralmente é demanda de acamado, maus tratos, direitos, as pessoas vêm atrás dos seus direitos, as vezes já tá na época de se aposentar e não tá conseguindo, já está em tempo de receber o BPC e quer saber como ele faz.”
Assistente Social 3	“Com idoso o trabalho está parado mesmo. Não existe trabalho direto com idosos, é aleatório, demandas espontâneas, quando aparece idoso é para trocar receita com o médico.”

Quadro 9: Trabalho desenvolvido com as pessoas idosas nas Unidades.

Analisando o contexto apresentado, observa-se que nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) investigadas, o trabalho do assistente social com pessoas idosas não envolve uma interação direta com elas. Em vez disso, as atividades realizadas foram descritas apenas como orientações de demandas espontâneas. No entanto, é fundamental ressaltar a importância de um trabalho abrangente, que inclua a participação das pessoas idosas em programas voltados para o envelhecimento saudável, caso a UBS disponha de serviços desse tipo direcionados a essa população.

Considerando que a pesquisa foi realizada durante a pandemia, seu objetivo é investigar o trabalho que está sendo realizado com as pessoas idosas nesse cenário, bem como identificar as demandas mais comuns apresentadas por esse grupo. Sendo assim, o quadro a seguir apresenta as demandas mais frequentes, conforme relatado pelas entrevistadas:

<b>Profissional</b>	<b>Quais são as demandas mais frequentes das pessoas idosas nesse cenário de pandemia?</b>
Assistente Social 1	“Médica, psicologia, atividades físicas.”
Assistente Social 2	“Quando o problema da pandemia estava mesmo em alta, a gente não fazia visita, as pessoas não entravam aqui, e a gente até evitava que o idoso viesse aqui, porque nós ficamos exclusivos pela prefeitura pra covid, então isso aqui era um ambiente extremamente contaminado [...] a gente fazia, fazia os contatos pelo telefone, mas isso eram contatos com pessoas com covid, que podem ser pessoas idosas ou não, mas especificamente pro idoso a gente até ficou receoso ter contato com o idoso, a gente não tinha como estar junto com o idoso, de jeito nenhum, qualquer orientação, qualquer coisa a gente dava por telefone pra família, dependendo do idoso também, tem idoso que tá lucido, você dar uma orientação ele entende, mas tem outros que não, precisa dar orientação pra alguém da família.”
Assistente Social 3	“Olha, geralmente eles querem a consulta médica que chegam por engano, existe pouco encaminhamento para mim, não existe articulação com outros profissionais, os idosos chegam até mim por acaso. Esses idosos hipertensos e diabéticos foram mandados para mim pelos médicos e enfermeiras, que era assim que era pra funcionar. Mas depois que facilitou. A maioria vem renovar receita ou quer falar com o médico.”

Quadro 10: Demandas das pessoas idosas no cenário pandêmico de acordo com as assistentes sociais.

Com base no relato das assistentes sociais, constatou-se que, durante a pandemia, mesmo enfrentando dificuldades no contato direto com os pacientes, elas forneceram um amplo suporte e apoio por telefone às famílias, especialmente aquelas compostas por pessoas idosas. O relato da assistente social 3, aponta para as impressões quanto ao trabalho realizado pela categoria, a procura por serviços médicos e que acabam chegando até o Serviço Social.

Compreende-se a relevância da intervenção profissional neste contexto, no sentido de garantir direitos para potencializar os indivíduos atendidos. Adicionalmente, o papel do assistente social na gestão de políticas públicas, incluindo a assistência, garantida em Lei à população idosa, tem sido cada vez mais significativo. (OLIVEIRA; GOMES, 2018)

A ação do assistente social caminha alinhada ao novo modelo de atenção à saúde ou como apontam Nogueira e Miotto (2009, p. 231) “da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde.”, ou seja, cabe ao profissional nesse campo ir além de indicadores epidemiológicos, o uso de indicadores sociais para o planejamento dessas ações na atenção básica.

Durante a pesquisa de campo, na aplicação do formulário as pessoas idosas, foi questionado quanto a procura deles ao assistente social, o quadro 11 mostra o quantitativo dessas respostas:

<b>Respostas</b>	<b>UBS Ivone Lima</b>	<b>UBS Japiim</b>	<b>UBS Armando Mendes</b>
Assistentes Social da UBS	1	2	2
Outras Instituições	5	4	3
Nunca foram	2	2	3

Quadro 11: Pessoas idosas que procuraram atendimento com assistentes sociais.

A análise do quadro demonstra uma demanda limitada pelos serviços dos assistentes sociais nas UBSs, corroborando com o relato das assistentes sociais sobre a reduzida frequência dos atendimentos presenciais com pessoas idosas. Essa falta de procura reflete a necessidade das pessoas idosas de receberem atenção clínica direta para o cuidado de seus problemas de saúde, ressaltando o papel crucial do Serviço Social como ponto de entrada para assistência social, orientação sobre benefícios, direitos das pessoas idosas, entre outras questões.

Isso reforça o que foi discutido no Capítulo 2, em que as pessoas idosas relataram buscar atendimento com mais frequência em consultas médicas e outros serviços de saúde específicos para tratamento e prevenção de doenças, sendo mais comum a procura pelos assistentes sociais

em outras instituições como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

De uma maneira geral as respostas das pessoas idosas quando questionadas sobre o trabalho do assistente social, foram respostas baseadas no senso comum, visto que muitos nunca tinham sido atendidos por um profissional do Serviço Social:

Nunca fui na Assistente Social, acho que só quando eu precisar de algo. – PIM01 - UBS 2

Deve estar preparada para ouvir, ter uma boa maneira de atendimento, eu nunca fui na assistente. PIM01 - UBS 1

Eu não sei o que ela faz. PIH03 - UBS 2

Não sei a forma como eles atendem. PIH02 - UBS 3

Quando ela exerce a função dela é bom, a serviço social era pra tá aqui vendo se a gente tá sendo bem atendido, isso que é serviço social né? E não ficar dentro de uma sala trancada. PIH03 - UBS 3

Aos que foram atendidos por uma assistente social da UBS mencionaram que:

De lá foi muito bom, eles atendem a gente muito bem, atendia né. O trabalho do Assistente Social ajuda né, ajuda muito o povo, consegue as coisas que a gente precisa. PIM01 - UBS 3

Elas são ótimas, pelo menos aqui elas trabalham muito bem, conversa bastante, faz serviço dinâmico, procura fazer alguma atividade. PIM03 - UBS 3

O assistente social, eu nunca tinha participado de reunião com eles e agora que eu participo eu sei dos direitos que nós temos, porque tem muita coisa nós temos direito e a gente não sabe se não participar dessas coisas, porque ai a gente aprende e a gente sabe dos nossos direitos. PIM04 - UBS 3

Pra mim foi ótimo, acho que ela foi bem, me tratou bem. PIM03 - UBS 1

Para os que nunca foram, mas comentaram positivamente:

Acho que é um trabalho muito válido, contribui muito. PIM01 - UBS 1

Ótimo! PIM03 - UBS 2

Acho ótimo, trabalha bem. PIM04 - UBS 2

Acho bom, importante. Elas atendem bem, ouvi as pessoas dizerem, quando precisa né. PIM04 - UBS 1

É um trabalho visado na comunidade, ajudar as pessoas que tem sonhos, na questão da saúde também. PIH01 - UBS 1

Acho que é bom. PIH04 - UBS2

Assistente social quando não tem como resolver o problema vai com ela. PIH03 - UBS 1

Pelas falas das pessoas idosas que não foram com as assistentes sociais, nota-se que falam positivamente, porque elas representam instituição pública de saúde, receiam falar negativamente e, a maioria aponta que desconhece o trabalho desta profissional. Isso revela que ainda não está claro o significado do trabalho dos assistentes sociais, tanto para os usuários, quanto para os profissionais.

O assistente social enfrentará diversos desafios ao exercer sua profissão em diferentes áreas, sendo um deles a falta de informação sobre a categoria. Essa falta de informação não é restrita aos usuários, mas também se estende aos demais profissionais da área da saúde. Como resultado, o assistente social encontrará resistência em vários aspectos ao trabalhar na consolidação do SUS no campo da saúde.

### **3.3. Desafios e avanços para atuação dos Assistentes Sociais na atenção primária de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus**

A pandemia da Covid-19 causou grande impacto na saúde pública, na economia e na sociedade em geral. Houve muitas restrições e medidas de saúde pública implementadas em todo o mundo, como o distanciamento social, o uso de máscaras faciais e o fechamento de escolas, comércios e fronteiras, como já mencionado no capítulo 1, além disso ela também afetou aqueles que atuaram na linha de frente contra o vírus, neste caso profissional de saúde, entre eles os assistentes sociais.

Diante de uma conjuntura de crise sanitária, os profissionais da saúde foram os que mais sofreram impacto durante o combate ao vírus e concomitantemente a atenção a seus efeitos na saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). E o/a assistente social como profissional de saúde também sofreu/sofre seus impactos no processo de trabalho cotidiano.

Para os assistentes sociais, o posicionamento da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) quanto ao trabalho nesse cenário foi prezando a autonomia dos profissionais e de forma coletiva da decisão quanto a forma de trabalho, ou seja, utilização da modalidade de videoconferência, remota e online, o próprio CFESS não regulamentou esse modelo de trabalho tendo em vista a qualidade de serviço prestado aos usuários, além da garantia dos preceitos ético-profissionais<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006, dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) publicou durante o início da pandemia o Decreto 4.779, de 16 de março de 2020, pelo prazo de 15 dias que dispõe sobre o regime temporário de teletrabalho (remoto), aos agentes públicos com idade igual ou superior a 60 anos, no âmbito da administração pública Municipal.

Foi questionado das assistentes sociais se em algum momento da pandemia havia realizado trabalho remoto ou teletrabalho, apenas a Assistente Social 2, por conta da idade, relatou que vivenciou essa modalidade de trabalho, mas que continuava a frequentar a Unidade Saúde, ela disse que:

Quando a pandemia começou, quando tudo começou a fechar, escola e comércio, eu estava de férias, e eu fiquei só vendo, as notícias, já estava sendo organizado aqui na UBS, que a UBS ia ficar exclusiva para COVID, e eu não sabia o que ia acontecer comigo devido a minha idade, mas quando eu li o decreto, já estava muito claro 'que todos os funcionários da prefeitura acima de 60 anos iam trabalhar remoto com exceção da área da saúde', pra mim ficou claro, eu sou da área da saúde vou ter que voltar a trabalhar e quando eu cheguei aqui eu conversei com a diretora que estava aqui no momento, expliquei para ela, que eu além de ser idosa eu também sou hipertensa, e ela disse que não tinha o que fazer, que eu tinha que trabalhar, que eu tinha que ficar. [...] Então eu trabalhava tanto de casa quanto aqui, mas aqui eu fiquei vindo direto, mas o remoto que eu fiz foi por conta da demanda e não porque eu fui liberada, não fui, fiquei vindo pra cá todos os dias. (Assistente Social 2)

Ela ainda relata a sua rotina de trabalho que intensificou com essa modalidade de trabalho oferecida:

Então eu fiquei nesse grupo de trabalho, de monitoramento, só que a demanda era muito grande, muito grande, eu acabava vindo pra cá, trabalhando aqui, monitorando no meu telefone e levando pra casa, monitorava em casa e monitorava aqui. Eu trabalhei muito mais do que em momentos normais, pra poder dar conta, porque era muita gente que a gente atendia aqui. (Assistente Social 2)

O CFESS divulgou uma nota sobre as "orientações para teletrabalho e teleperícias para assistentes sociais no contexto da pandemia". Na nota, o CFESS destaca que o teletrabalho pode ser utilizado como uma forma de intensificar a exploração do trabalho e dificultar a organização política da classe trabalhadora, embora seja apresentado como uma opção para proteger os assistentes sociais que estão em grupos de risco ou com comorbidades, bem como os usuários.

No entanto, no pico da pandemia, a assistente social 2 teve que trabalhar em condições extenuantes e expostas ao risco de contágio. As outras profissionais desempenhavam suas atividades apenas de forma presencial para casos relacionados à Covid-19.

Quando questionadas sobre sua preparação ou orientação para trabalhar durante a pandemia, uma delas respondeu que não teve nenhuma opção de treinamento (por parte da SEMSA, CFESS/CRESS ou ambos), enquanto duas disseram ter recebido orientação apenas da SEMSA. Em relação a isso, a assistente social 2 mencionou durante a entrevista que a equipe

de saúde da UBS organizou-se por conta própria, mas isso não foi exatamente um preparo ou orientação, uma vez que no início não havia muitas informações sobre como lidar com o vírus e a pandemia em si.

Ela informa que, diante dos desafios apresentados pelo contexto da pandemia, a equipe de profissionais da UBS se uniu para enfrentar a situação e se esforçou ao máximo para cuidar tanto de si mesmos quanto da população atendida.

[...] esse cuidado com o outro, foi o nosso foco, eu acho que nós conseguimos fazer um trabalho muito bom, eu parablenizo muito os colegas, os médicos, os enfermeiros e o NASF, todo mundo se envolveu muito, no começo a gente até fazia cota pra comprar álcool que nem álcool não tinha. E era nós que trazia caixas de álcool, comprava os equipamentos de proteção. Foram muitos desafios, mas desenvolveu uma solidariedade muito grande. (Assistente Social 2)

Para os trabalhadores que atuaram na linha de frente, a falta de recursos adequados para lidar com a pandemia resultou em condições de trabalho extremamente difíceis para muitos trabalhadores da saúde, aumentando sua carga de trabalho e gerando altos níveis de estresse e ansiedade.

A escassez de materiais e equipamentos de proteção também levou muitos trabalhadores da saúde a trabalhar em condições precárias, muitas vezes sem a proteção necessária para eles e para seus pacientes. (BEZERRA et al., 2020; PEREIRA et al., 2021)

Ao questionarmos as assistentes sociais sobre seu trabalho, perguntamos a elas quais foram os maiores desafios profissionais que enfrentaram durante esse período:

Falta de recursos humanos e materiais, falta de informações precisas e rede psicossocial fortalecida. (Assistente Social 1)

O nosso maior desafio era exatamente a questão de atender o paciente sem comprometer ele e sem se comprometer nas questões de contaminações, a gente tentava ter o máximo de cuidado com a gente mesmo, porque todo mundo aqui tem família, todo mundo tinha medo por causa do seu familiar e por causa de si mesmo também né. (Assistente Social 2)

O maior desafio era me revestir de uma coragem que eu não tinha pra passar pra elas essa coragem, isso é difícil, se manter, fazer de conta que tu estas forte quando tu não está, tu estás te arrebatando, está com medo e tudo mais e passar pra eles que tem coragem, manter e fazer de conta que não tinha medo para não apavorar ainda mais o usuário.” (Assistente Social 3)

Sobre as dificuldades vivenciadas, duas assistentes sociais relataram sobre as Unidades de saúde estarem a disposição somente de casos da Covid-19:

Assim, a UBS de modo geral, não era que fosse dificuldade pra nós, mas teve um momento em que o médico só atendia covid, não atendia outra coisa. Mas aí chegam pessoas com outras coisas e essas pessoas não eram acolhidas e elas iam fazer o quê, porque não podiam ir para o pronto-socorro, iam pra casa para fazer o que?! [...] Maior atenção dada a covid esquecendo das outras doenças, não podia dar atenção a um

paciente com outras doenças tinha que mandar para casa, só atendia se fosse covid. (Assistente Social 3)

[...] agora era muito ruim porque chegavam pessoas com outras demandas e a gente não podia atender, e chegava a pessoa tinha que voltar pra casa, teve momentos assim muito difíceis, pessoas que a gente atendia e quando ligava a pessoa tinha falecido, foram momentos bem difíceis mesmo. (Assistente Social 2)

Foi feito o questionamento sobre as demandas nesse período de pandemia, se esse evento as modificou de alguma forma ou se permaneceram as mesmas, duas assistentes sociais responderam que a pandemia modificou sim as demandas dos usuários. E todas elas em algum momento receberam usuários com sequelas da doença e, as orientações e serviços direcionados para esses casos estão entre encaminhamentos para consultas com médicos, psicólogos para as 2 Unidades que possui equipe especializada, e no caso de pessoas idosas, a Assistente Social 2 relata que direciona para o grupo de atividades física da UBS, segunda ela “eles melhoram muito”.

Elas também foram indagadas acerca do significado da pandemia para elas, na condição de trabalhadoras do SUS:

Um desafio diário lidar com perdas e atendimento diferenciado, mais humanizado. (Assistente Social 1)

Claro que foi um momento difícil pra todo mundo né, mas como aqui nós ficamos com exclusividade, nós vimos isso muito de perto o sofrimento dos pacientes, o isolamento dos pacientes que também era outra coisa que mexeu muito. Essa questão no isolamento, morte né, nos inclusive perdemos uma colega que também já era idosa. Então é assim, o que significou pra mim, primeiro que a saúde tem que realmente ser repensada, o sistema, ainda estamos muito aquém de atender a população a contento. (Assistente Social 2)

Eu como profissional da saúde, não podia ver minha família, era como se eu tivesse expondo-os ao risco. [...] Experiencia nova e desesperadora. [...] mesmo encapados, não impedia de alguns funcionários ter, a gente não tirava a máscara. E teve uma época que fechou mesmo, a gente vinha pra cá e quase não tinha atendimento porque o negócio ficou perigoso mesmo. Mas quando alguém aqui pegava covid, o resto entrava em desespero porque sabia que estava aqui dentro. Eu agradeço muito a Deus que eu não tive covid em nenhum momento. (Assistente Social 3)

Além da precarização do trabalho nas Unidades de Saúde, os profissionais enfrentam exaustão física e mental, bem como o medo de contaminação e de transmitir o vírus aos seus familiares. Para tanto, foi questionado a opinião das profissionais sobre os pontos positivos que a pandemia trouxe para seus trabalhos na UBS.

<b>Profissional</b>	<b>A pandemia trouxe algum ponto positivo, melhora ou avanço para o seu trabalho nesta UBS</b>	<b>Cite os pontos positivos, melhorias ou avanços que a pandemia trouxe para o trabalho na UBS</b>
Assistente Social 1	Trouxe melhorias para o trabalho na UBS.	“Acolhimento humanizado.”

Assistente Social 2	Nenhuma alternativa.	“Eu acho que não teve nenhum avanço. Parece que os governadores simplesmente esqueceram, nem na época que a pandemia não estava muito.”
Assistente Social 3	Nenhuma alternativa.	“As pessoas deram mais importância a parte de higienização, um dos grandes problemas que a gente trabalhou na pandemia foi a questão de higiene, então eu te orientar que tem que lavar as mãos, com ou sem pandemia isso deveria acontecer. Não é questão de melhorar ou não, mas tivemos a oportunidade de trabalhar isso, muitas pessoas adoecem por falta de higiene.”

Quadro 12: Pontos positivos da pandemia citados pelas profissionais.

O quadro acima mostra que apenas uma profissional concorda que a pandemia trouxe melhorias para seu trabalho, no que concerne ao acolhimento humanizado. Pode-se dizer que o acolhimento humanizado se tornou ainda mais importante para o atendimento na saúde.

De acordo com Ramos *et al* (2018) o acolhimento humanizado é uma abordagem que valoriza a empatia, a escuta ativa e o cuidado individualizado, e que é essencial para garantir que os pacientes se sintam compreendidos e apoiados.

Outro questionamento pertinente foi qual seria a importância da atuação profissional do assistente social durante a pandemia, no ponto de vista delas seria:

No caso do trabalho desenvolvido nesta USF, lidamos com as dificuldades enfrentadas pelos usuários para alcance dos serviços e com as perdas (falecimentos) de amigos, e/ou familiares. Além dos esclarecimentos sobre os auxílios sociais oferecidos pelo governo durante o período. (Assistente Social 1)

Acho que a importância do Serviço Social é exatamente essa, de orientar, conversar, acho que nós temos uma coisa e eu acho bem legal, que é trabalhar o paciente assim, as vezes ele vem atras de uma coisa e a gente começa a buscar, buscar, e ver que ele precisa de outras coisas que nem ele sabe, então nesse sentido assim. [...] Então, uma conversa, um olhar diferenciado, uma escuta, as vezes precisa muito, e naquele momento que as pessoas estavam mais isoladas, era importante. Então teve sim, uma importância muito grande esse trabalho que nós fizemos de maneira diferente. Eu não sei se em outros lugares fizeram isso, mas eu sei que nós fizemos. Eu me sentia útil né. (Assistente Social 2)

A minha importância enquanto Assistente Social foi essa de ajudar as pessoas com a conversa a criar e ver a importância da família, faço com as grávidas, a gente pega a presença do marido e mostra. Importante para orientar os usuários, deu oportunidade de trabalhar de outras formas. (Assistente Social 3)

Nogueira e Mito (2009, p. 238), consideram que “as ações profissionais atuais incorporam e aprimoram práticas realizadas ao longo do tempo” sempre adequando as exigências atuais do contexto inserido.

Isso implica que o trabalho profissional do assistente social se adapta continuamente a cada situação, incluindo crises políticas e cortes de direitos sociais. É nesses momentos de incerteza que a categoria busca sobreviver como profissional e assegurar direitos para seus usuários por meio de sua atuação mediadora.

E por fim, foi indagado a respeito de como é a experiência de trabalhar durante a pandemia e quais são as suas expectativas futuras como profissional da UBS.

Desafiador. Fortalecer as relações multiprofissionais para desenvolver um atendimento qualificado e integral ao usuário. (Assistente Social 1)

Meu anseio é me aposentar. A gente fica sempre assim como se estivesse numa corda bamba, tem momentos que parece que dá uma relaxada legal, as pessoas vêm aqui na sala, a gente conversa, a máscara pra todas as unidades de saúde são obrigatórias, eu acho importante que seja, as pessoas só entram aqui de máscara, isso é importante. (Assistente Social 2)

É meio que utópico porque eu queria mais qualidade de trabalho e não quantidade de usuário, mas a preocupação maior é com a quantidade. (Assistente Social 3)

As três profissionais têm anseios futuros distintos. A primeira busca fortalecer as relações com outros profissionais para aprimorar o atendimento ao usuário, proporcionando um serviço integral. Já a segunda e a terceira profissionais, que têm mais tempo de serviço na unidade de saúde, possuem objetivos diferentes: uma deseja se aposentar, enquanto a outra anseia por melhorias na qualidade do trabalho.

Como apontam Pereira e Sasaki (2020), uma conjuntura como a da Covid-19 “demanda respostas urgentes, que requerem dos profissionais de Serviço Social estratégias que vão além de seus plantões e muros institucionais”, como as autoras apontam e reafirmamos que “as demandas e os desafios postos à profissão em tempos de pandemia não são diferentes das surgidas no cotidiano.”.

Contudo, as entrevistadas mencionaram desafios que não são novos, mas que são demandas que se intensificaram e agravaram com o cenário de pandemia, podemos citar: a precarização dos serviços de saúde, a falta de condições adequadas de trabalho, o risco de contaminação, a sobrecarga de tarefas, as longas jornadas de trabalho e a desvalorização profissional causada pela prevalência do conhecimento médico.

## CONCLUSÃO

O trabalho do assistente social na atenção básica de saúde é fundamental para garantir uma abordagem mais ampla e humanizada às pessoas idosas. Os idosos muitas vezes enfrentam desafios específicos em relação à saúde, como a necessidade de cuidados de longo prazo, o isolamento social, a violência doméstica e o abuso financeiro, entre outros.

O assistente social tem um papel importante na promoção da saúde e bem-estar dos idosos, atuando tanto no nível individual quanto coletivo. Isso inclui a identificação das necessidades dos usuários, entre eles as pessoas idosas, a criação de um plano de cuidados individualizado, a coordenação de serviços de saúde e assistência social e a defesa dos direitos dos idosos.

A pandemia da Covid-19 ressignificou e aflorou as expressões da questão social, principalmente as questões trazidas pelas pessoas idosas, sujeitos desta pesquisa. Dito isso, é evidente o impacto dela, que afeta especialmente as pessoas mais velhas. As pessoas idosas são consideradas um grupo de risco, pois têm maior probabilidade de desenvolver complicações graves e fatais em decorrência da doença, além disso, a pandemia afetou sua qualidade de vida, isolando-os da sociedade e, em muitos casos, levando à solidão e depressão.

Durante o início da pandemia da Covid-19 em Manaus, verificou-se que as profissionais enfrentaram grandes desafios, tais como lidar com a escassez de informações sobre a doença e o vírus, além de contornar obstáculos já presentes em seu cotidiano de trabalho. Apontamos o impasse na articulação com a equipe de saúde da Unidade, a falta de recursos, as longas horas de trabalho precário, o agravamento das questões sociais e o aumento das demandas difíceis de resolver, bem como a necessidade de orientar em casos de óbitos em residências, estes foram alguns dos desafios relatados por entrevistadas.

Observou-se que, no que se referem às pessoas idosas, as demandas permaneceram semelhantes, mas foram agravadas pela presença de sequelas não apenas da infecção pelo vírus, mas também pelos efeitos negativos do isolamento social imposto durante a pandemia, especialmente para as pessoas idosas que pertencem ao grupo de risco.

Frente a isso, são muitas as questões para serem resolvidas no campo da saúde desde melhora na infraestrutura, efetivação do SUS de qualidade, que ficou claro durante esse contexto, o quanto é válido uma política pública de saúde de qualidade baseada nos princípios de descentralização, universalidade, equidade, integralidade e com a participação da população.

Além disso, para o trabalho profissional destaca-se a formação contínua, o trabalho articulado com a equipe de saúde, que através do que foi apontado pelas entrevistadas, permanece frágil, além do reforço quanto as atribuições e competências dos assistentes sociais, que ainda é um empecilho que dificulta o trabalho profissional nas instituições, em especial a área da saúde.

Portanto, é fundamental que as instituições de saúde e os gestores públicos estejam preparados em questões cruciais, para que erros ou distorções não sejam cometidos em calamidades futuras. De modo que invistam em recursos e equipamentos de proteção individual para garantir a segurança dos profissionais e dos pacientes, além de promover a formação e capacitação constante dos assistentes sociais.

Conforme os parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde do CFESS, também é importante que haja uma melhor coordenação entre as equipes de saúde e políticas públicas para garantir uma resposta mais eficaz e integrada à pandemia e ao cotidiano profissional.

Finalmente, a perspectiva para o futuro é que sejam desenvolvidas estratégias específicas para atender às necessidades dos grupos vulneráveis e periféricos, a fim de garantir a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e assistência social durante um cenário como esse que foi vivenciado. Também é importante ressaltar que as políticas públicas e sociais governamentais levem em consideração as necessidades das pessoas idosas e garantam que elas tenham acesso a cuidados adequados e apoio durante e após a pandemia.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Contingente de idosos residentes no Brasil aumenta 39,8% em 9 anos.** Disponível em: ><https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-07/contingente-de-idosos-residentes-no-brasil-aumenta-398-em-9-anos>.< Acesso em 09/01/2023.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima S. de. **O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetória e desafios no Brasil.** In.: Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. – São Paulo: Cortez, p. 29-54, 2012.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital.** – 1. Ed. – São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo. PRAUN, Luci. **A demolição dos direitos do trabalho na era do capitalismo informacional-digital.** In: Uberização, trabalho digital e Industrial 4.0. – 1. Ed. – São Paulo: Boitempo, p. 179-192, 2020.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BELLINI, Maria Isabel Barros. RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira. MARQUES, Nadianna Rosa. **A pandemia por Covid-19: inflexões devastadoras para a sociedade.** In: Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia. Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, p. 23-42, 2020.
- BEZERRA, Gabriela Duarte. et al. **O impacto da pandemia por covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa.** Revista Enfermagem Atual In Derme | Edição Especial Covid19, 2020. Disponível em: <https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/758/714>. Acesso em 25/03/2023.
- BORGES, Maria Claudia Moura. **O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil.** In: Von Simon ORM; Neri AL (Org.). As Múltiplas faces da velhice no Brasil. 1. Ed. Campinas: Alínea, V.1, p. 79-104, 2003.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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.
- BRASIL. **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. MOTA, Ana Elizabete. et al. (Org.). – 4. Ed. – São Paulo: Cortez, Brasília, 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** – 1. Ed. – São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** – 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- BUSS, Paulo Marchiori. FILHO, Alberto Pellegrini. **A saúde e seus determinantes sociais.** PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 77-93, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma introdução ao conceito de promoção à saúde.** In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde.** Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em 21/03/2022.

CASTRO, Susane de Fátima Ferreira de Castro. **Políticas Públicas de atenção à saúde do idoso: Garantias legais x realidade efetiva.** In: TEIXEIRA, Solange Maria. (ORG). *Envelhecimento na sociabilidade do capital.* – Campinas: Papel Social, p. 159-177, 2017.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010.

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

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Teletrabalho e teleperícias: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia.** Disponível em: [www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf). Acesso em 25/03/2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na saúde.** In: *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* MOTA, Ana Elizabete. et al. (Org). – 4. Ed. – São Paulo: Cortez, Brasília, 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários a Saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em: 21/03/2022.

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Causas de morte no Brasil.** Disponível em > <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/saude-brasil/mortalidade-geral/>< Acesso em 25/01/2023.

FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. **O imperativo do idoso saudável: dimensões éticas.** In.: Org. DALLEPIANE, Loiva Beatriz. *Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva.* – Ijuí: Ed. Unijuí, p. 81-93, 2009.

FIOCRUZ. **Como surgiram as infecções?** Paleopatologia, estudo da doença no passado. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/paleopatologia/painel09.php>. Acesso em: 10/03/2022.

FIOCRUZ. **O papel da Atenção Primária à Saúde no controle da epidemia.** Cátia Guimarães - EPSJV/Fiocruz 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-no-controle-da-epidemia>. Acesso em: 11/03/2022.

FORTES, Fabíola Lisboa da Silveira et al. **Como promover um envelhecer saudável durante a pandemia da covid-19? Uma revisão integrativa.** Revista APS. 24(1). p. 199-212, 2021.

FORTES, Fabíola Lisboa da Silveira. SENRA, Raquel Souza. et. al. **Como promover um envelhecer saudável durante a pandemia de Covid-19? Uma revisão integrativa.** Revista APS, p. 199-212, 2021.

FREITAS, Elizabete Viana de. **Demografia e epidemiologia do envelhecimento.** In.: PY, Lígia. Et al. Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2. Ed. Holambra, SP, p. 15-34, 2006.

FVS, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. **Painel COVID-19 Amazonas.** Disponível em: > <http://saude.am.gov.br/painel/corona/> < Acesso em: 08/03/2023.

G1 São Paulo. **MAPA DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 NO BRASIL.** Disponível em: [https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/?\\_ga=2.164903101.323142990.1647559723-1327010058.1645790121](https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/?_ga=2.164903101.323142990.1647559723-1327010058.1645790121). Acesso em: 17/03/2022.

GARRAFA, Volnei. CORDÓN, Jorge. **Determinantes sociais da doença.** Saúde em debate, vol. 33, n. 83, p. 388-396, 2009.

GARRAFA, Volnei. **O processo saúde-doença.** Humanidades Brasília, Brasília - DF, v. 7, n.1, p. 67-75, 1990.

GOLDMAN, Sara Nigri. **As dimensões sociopolíticas do envelhecimento.** In.: PY, Lígia. Et all. Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2. Ed. Holambra, SP, p. 57-70, 2006.

HARVEY, David. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo.** – São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na cena contemporânea.** In.: Serviço Social direitos sociais e competências profissionais. Edição: CFESS e ABEPSS, Brasília, p. 01-45, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** – 27. ed. – São Paulo: Cortez, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Produto Interno Bruto (PIB).** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>. Acesso em: 18/03/2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pirâmide Etária Brasil e Distrito Federal 2010-2060.** Disponível em: > [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box\\_piramideplay.php](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_piramideplay.php) < Acesso em 11/01/2023.

INSTITUTO BUTANTAN. **Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia.** 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia#:~:text=E%20uma%20endemia%20ocorre%20quando,o%20ver%C3%A3o%20em%20certas%20regi%C3%B5es>. Acesso em: 10/03/2022.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. Revista Latino-americana de Salud, México, 2, pp. 7-25. Trad. E. D Nunes, 1982.

LEBRÃO, Maria Lúcia. DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas?** In: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abano, Edições SESC SP, p. 191-207, 2007.

LEITE, Marinês Tambara. **Envelhecimento humano: novas e velhas demandas no campo da saúde**. In.: Org. DALLEPIANE, Loiva Beatriz. Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. – Ijuí: Ed. Unijuí, p. 95-105, 2009.

LIMA, Marcos Ricardo. SANTOS, Mônica Regina Nascimento dos. **O impacto da pandemia nas periferias: uma questão de raça e classe**. In: Coronavírus e crise do capital: impactos aos trabalhadores e à natureza. – Goiânia-GO: Editora Phillos Academy, p. 207-232, 2020.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Seguridade Social e saúde**. In: Serviço Social na saúde coletiva: reflexões e práticas. Org. SENNA, Mônica de Castro Maia. Et al. – Rio de Janeiro: Garamond, p. 59-101, 2012.

MARX. Karl. **O capital: crítica da economia política, livro 1: o processo de produção do capital**. (1818-1883). Tradução Rubens Enderle. 2. Ed. – São Paulo: Boitempo, 2017.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. Monthly Review, fev. 1998. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-4-Artigo-02.pdf>. Acesso em: 18/03/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim economia da saúde**. Jun 2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim\\_economia\\_saude\\_jun2021.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_economia_saude_jun2021.pdf). Acesso em: 18/03/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS)**. MS, 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_populacao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_populacao.pdf). Acesso em 06/01/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Covid-19?** Ano 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em 17/03/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS um Sistema Único de Saúde no Mundo. Conheça mais sobre o SUS, uma conquista, um patrimônio do povo brasileiro**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_politica\\_inclusao\\_social.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf). Acesso em: 19/02/2022

MOURA, Alexandre Sampaio. **Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose**. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2012.

NETO, Artur Bispo dos Santos. ARAUJO, Lorraine Marie Farias de. **Pandemia da Covid-19 no Brasil: expressão do caráter de classe do Estado**. In: Coronavírus e crise do capital: impactos aos trabalhadores e à natureza. – Goiânia-GO: Editora Phillos Academy, p. 92-121, 2020.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** – 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In.: Serviço Social: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília>DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 218-241, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. **A doença como processo social.** In: Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec/FAPESP, P.217-229, 2000.

OLIVEIRA, Ana Paula de Souza. SASSAKI, Yoshiko. **Velhice, signos e sentidos na contemporaneidade.** In.: Org. NETO, Diogo Gonzaga Torres. Et al. Abordagens semióticas. 2. Ed. – Olinda: Livro Rápido, p. 138-150, 2018.

OLIVEIRA, Cenira Andrade de. GOMES, Maria das Graças Cunha. **O envelhecimento na agenda profissional do Serviço Social.** In.: Temas contemporâneos do serviço social: trabalho, geração e saúde. – Mossoró – RN: EDUERN, p. 159-200, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The global burden of disease: 2004 update.** Geneva: World Health Organization, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção às pessoas idosas durante e após a pandemia da COVID-19: O que devem saber os profissionais de saúde no primeiro nível de atenção?** Disponível em: ><https://www.paho.org/pt/eventos/atencao-pessoas-idosas-durante-e-apos-pandemia-da-covid-19-que-devem-saber-os-0>< Acesso em: 08/02/2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa covid-19.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 16/03/2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa covid-19.** Ano 2021 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=A%20COVID%2D19%20%C3%A9%20uma,febre%2C%20cansa%C3%A7o%20e%20tosse%20seca>. Acesso em: 17/03/2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de atenção à saúde.** In: GIOVANELLA, Lúcia (Orgs.) políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital.** – 1. ed. – São Paulo: Cortez, 2014.

PEREIRA, Ana Claudia Costa. et. al. **O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19.** Brazilian Journal of Health Review, 4(2), 4094–4110. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25537>. Acesso em 25/03/2023.

PEREIRA, Potyara A.P. **Política Social: temas e questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Vera Lúcia. SASSAKI, Yoshiko. **Serviço Social e saúde: demandas e desafios no contexto da pandemia.** In: Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia. Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, p. 121-138, 2020.

PINTO, Pedro A. **Dicionário de termos médicos.** 8 Ed. Rio de Janeiro, Ed Científica, 1962.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, SAÚDE. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019> Acesso em: 16/10/2022.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, SAÚDE. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020> Acesso em: 13/10/2022.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, SAÚDE. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021> Acesso em: 13/10/2022.

RAMOS, Elen Amaral. **Humanização na atenção primária.** Ver. Med Minas Gerais, p. 176-180, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Raquel-Randow/publication/330376929\\_Humanization\\_on\\_Primary\\_Health\\_Care/links/5ec54d25458515626cb9b232/Humanization-on-Primary-Health-Care.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Raquel-Randow/publication/330376929_Humanization_on_Primary_Health_Care/links/5ec54d25458515626cb9b232/Humanization-on-Primary-Health-Care.pdf). Acesso em 25/03/2023.

SANTOS, Lenir. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde.** In.: Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. – Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, p. 23-28, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SEMSA. **Decreto 4.779, de 16 de março de 2020, pelo prazo de 15 dias (dom 4799, pag. 2).** Dispõe sobre o regime temporário de teletrabalho (remoto), aos agentes públicos com idade igual ou superior a 60 anos, no âmbito da administração pública Municipal. Disponível em: <file:///C:/Users/laris/Downloads/DOM%204799%2016.03.2020%20CAD%201.pdf>. Acesso em 25/03/2023.

SEGRE, Marco. FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde.** Revista Saúde Pública, Volume 31, número 5: p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13/05/2022.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Plano Municipal de Saúde de Manaus 2022-2025.** Prefeitura de Manaus. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025.pdf>. Acesso em 06/01/2023.

SOARES, José Luís. **Dicionário etimológico e circunstanciado de biologia.** Ed. Scipione, São Paulo, 1993.

SOLLA, Jorge. CHIORO, Arthur. **Atenção ambulatorial especializada.** In.: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 627-663, 2008.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. In: Políticas Públicas – O papel das Políticas Públicas. AATR, Bahia (BA), 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. In: Políticas Públicas – O Papel das Políticas Públicas. AATR, Bahia (BA), 2002.

UOL Economia. **Número de brasileiros na pobreza bate recorde, diz IBGE**. Disponível em: ><https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2022/12/02/numero-de-brasileiros-na-pobreza-bate-recorde-em-2021-diz-ibge.htm#:~:text=Cerca%20de%2062%2C5%20milh%C3%B5es,pelos%20crit%C3%A9rios%20do%20Banco%20Mundial.<> Acesso em: 10/01/2023.

VEIGA, Larissa Wendy Saraiva. **Atenção básica de saúde da pessoa idosa em uma UBSF de Manaus**. 2019, 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (GRADUAÇÃO). – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019.

VERAS, Renato Peixoto. CALDAS, Célia Pereira. **A promoção da saúde de uma população que envelhece**. In.: Org. DALLEPIANE, Loiva Beatriz. Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. – Ijuí: Ed. Unijuí, p. 57-80, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – FORMULÁRIO APLICADO À PESSOA IDOSA

 <div style="display: inline-block; text-align: center; margin: 0 20px;"> <p><b>Ministério da Educação</b>  <b>Universidade Federal do Amazonas</b>  <b>Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais</b>  <b>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia</b></p> </div> 
<p><b>FORMULÁRIO APLICADO À PESSOA IDOSA</b>  Nº ____.</p>
<p><b>Título do projeto:</b> O trabalho do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus.</p>
<p><b>I. IDENTIFICAÇÃO</b></p>
<p>Data de aplicação: ____/____/____</p> <p>Nome da UBS: _____</p> <p>Nome Fictício: _____</p> <p>Idade: _____</p>
<p><b>II. SERVIÇOS DE SAÚDE NA UBS COM A ASSISTENTE SOCIAL E EQUIPE DE SAÚDE</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quais tipos de serviços busca nesta UBS?</li> <li>2. Quais profissionais de saúde mais utiliza nesta UBS?</li> <li>3. Já teve atendimento com Assistente Social desta UBS? Para qual serviço?</li> <li>4. O que você achou do atendimento que recebeu com ela/ele nessa UBS?</li> <li>5. Já recebeu atendimento de Assistente Social em outra UBS ou Instituição? Qual?</li> <li>6. O que você tem a dizer sobre o trabalho do Assistente Social?</li> </ol>
<p><b>III. CONDIÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como você considera sua saúde hoje? Quais tipos de doenças agravos você tem ou teve?</li> <li>2. Para você o que é prevenir doenças?</li> <li>3. Já tratou alguma doença ou agravo de saúde em outra UBS? Quais agravos?</li> <li>4. Participa de alguma atividade física ou algum cuidado para manter-se saudável? Quais?</li> </ol>
<p><b>IV. CONDIÇÕES DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Testou positivo para COVID-19 durante pandemia?</li> <li>2. Onde fez o teste de COVID-19?</li> <li>3. Teve sequelas da doença? Quais?</li> <li>4. O que mudou na sua vida após sequelas da COVID-19?</li> <li>5. Teve acompanhamento? Se sim, onde e com qual o profissional?</li> <li>6. Recebeu atendimento de forma remota ou on-line desta UBS ou de outra? Se sim, conte sua experiência, se sentiu dificuldade e se recebeu ajuda para usar a ferramenta/tecnologia.</li> <li>7. Na sua opinião qual a melhor maneira de prevenir ser infectado pelo vírus da Covid-19?</li> </ol>

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AO ASSISTENTE SOCIAL

 <p><b>Ministério da Educação</b>  <b>Universidade Federal do Amazonas</b>  <b>Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais</b>  <b>Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia</b></p> 
<p><b>ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ASSISTENTES SOCIAIS</b>  Nº ____.</p> <p><b>Título do projeto:</b> O trabalho do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus.</p>
<p><b>I. IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p>Data de aplicação: ____/____/____</p> <p>Nome da UBS: _____</p> <p>Em qual ano você se formou? _____</p> <p>Possui pós-graduação e/ou especialização? Se sim, qual?</p> <p>Há quantos anos trabalha nesta UBS? _____</p> <p>Faz parte do NASF: ( ) Sim ( ) Não (caso houver)</p>
<p><b>II. TRABALHO PROFISSIONAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E TRABALHO COM AS PESSOAS IDOSAS</b></p> <p>1. Fale sobre o seu trabalho nessa UBS: quais são seus instrumentos de trabalho, serviços prestados e o que você realiza de atividades nesta Unidade Básica de Saúde.</p> <p>2. Realiza trabalho articulado com a equipe multiprofissional?</p> <p>( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>2.1. Quais profissionais?</p> <p>3. Realiza periodicamente reunião com a equipe para avaliar os serviços prestados e deliberar novas ações caso haja necessidade?</p> <p>( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>4. Fale sobre o seu trabalho com as pessoas idosas nessa UBS.</p> <p>5. Promove com outros profissionais atividades de esclarecimento e cuidado para viver a velhice com saúde?</p> <p>( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>5.1. Quais?</p> <p>6. Quais são as demandas mais frequentes das pessoas idosas nesse cenário de pandemia?</p> <p>7. Você acredita que essas demandas tenham modificado com a pandemia?</p> <p>( ) Sim, a pandemia modificou as demandas.</p> <p>( ) Não, permaneceu o mesmo.</p> <p>8. Você recebeu algum usuário com sequelas da COVID-19?</p> <p>( ) SIM ( ) NÃO ( ) TALVEZ</p> <p>8.1. Quais são as orientações/serviços direcionadas para esses casos?</p>
<p><b>III. TRABALHO PROFISSIONAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19</b></p> <p>1. O que a pandemia significou pra você enquanto trabalhador(a) do SUS?</p>

2. Quais os maiores desafios enfrentados nos atendimentos aos usuários durante a pandemia?
3. Quais foram as maiores dificuldades enfrentadas com relação ao trabalho nesta UBS durante a pandemia?
4. Em algum momento da pandemia você realizou teletrabalho ou trabalho remoto?  
( ) SIM ( ) NÃO ( ) AMBOS
- 4.1. Quais?
5. A pandemia trouxe algum ponto positivo, melhora ou avanço para o seu trabalho nesta UBS?  
( ) O trabalho avançou.  
( ) Trouxe pontos positivos para o trabalho na UBS.  
( ) Trouxe melhorias para o trabalho na UBS.  
( ) Todas as alternativas.  
( ) Nenhuma alternativa.
- 5.1. Cite os pontos positivos, melhorias ou avanços que a pandemia trouxe para o trabalho na UBS:
6. Recebeu algum preparo ou orientação para atuar na pandemia da COVID-19, seja da SEMSA ou CFESS/CRESS-AM?  
( ) Sim, pela SEMSA e CFESS/CRESS-AM  
( ) Sim, somente SEMSA  
( ) Sim, somente CFESS/CRESS-AM  
( ) Não tive nenhuma orientação ou preparo para atuar na pandemia.
7. Na sua opinião, qual foi a importância da atuação do Assistente Social durante o início da pandemia e até os dias atuais?
8. Como é trabalhar nesse cenário de pandemia e quais são seus anseios para o futuro enquanto profissional desta UBS?

## APÊNDICE C – TCLE - PESSOA IDOSA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PESSOA IDOSA)

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **O trabalho profissional do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus**, cuja pesquisadora responsável é a mestranda Larissa Wendy Saraiva Veiga.

O objetivo geral do projeto de pesquisa é analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus. Os objetivos específicos são: Caracterizar o trabalho do(a) Assistente Social na atenção básica de saúde e especificamente com as pessoas idosas nos cuidados e na promoção à saúde; Identificar a visão das pessoas idosas sobre o trabalho do/a assistente social junto a elas na atenção básica de saúde; Apontar os desafios e possíveis conquistas alcançadas pelos(as) profissionais de Serviço Social no trabalho na atenção básica de saúde e especificamente quanto ao trabalho com às pessoas idosas durante a pandemia da Covid-19 em Manaus;

O(A) Sr(a) está sendo convidado por que é usuário dos serviços de saúde desta UBS e sua participação é importante para avaliar como estão sendo prestados os atendimentos e os serviços para as pessoas idosas neste nível de atenção à saúde.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço Unidade Básica de Saúde, conforme o Item IV.3.d, da Res. CNS nº. 466 de 2012.

Caso aceite participar sua participação é voluntária e se dará por meio de um formulário de entrevista, assim como a utilização de gravador de voz (se assim permitido por você). Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não divulgar a identidade dos voluntários.

Caso aceite participar, solicito ainda a sua autorização para aplicar o formulário de entrevista e para que nenhuma informação importante se perca, a gravação de nossa conversa através de áudio. Assegura-se da mesma forma, a privacidade, confidencialidade e proteção dos

dados, e garantimos a não utilização das informações para qualquer outra finalidade que não esteja nos objetivos da pesquisa, em conformidade com o Item III.2.i da Resolução 466 de 2012 (CNS).

( ) Autorizo a gravação por meio de áudio.

( ) Não autorizo a gravação por meio de áudio.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, com base parágrafo VIII artigo 2º da Resolução 510/2016 que dispõe sobre o risco material, no qual explica que se incluem nessa categoria de risco “lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades física e psíquicas, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa.”.

Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são possíveis desconfortos ou constrangimento psicológico entre outras situações que envolvam o tema da pesquisa. Caso seja identificada qualquer situação constrangedora ou que gere desconforto, a entrevista será encerrada e o caso será encaminhado imediatamente ao Sistema CEP/CONEP para avaliar possíveis readequações ou a suspensão do estudo, conforme prevê o Item V.3 da Resolução 466 de 2012.

Ressalta-se ainda que por se tratar de uma pesquisa que envolve pessoas idosas, a aplicação do formulário de entrevista será em momento que não atrapalhe o seu atendimento em algum serviço na UBS, obedecendo os protocolos de biossegurança com uso de máscara, álcool em gel e distanciamento de 1,5 metros, conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, autoridades locais e o plano de biossegurança da Universidade Federal do Amazonas.

A pesquisa não apresentará qualquer tipo de benefício direto ou remuneração aos participantes. Caso aceite participar os resultados poderão contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento de serviços de saúde pública e visibilidade do trabalho do profissional de Serviço Social.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. O ressarcimento será com as despesas caso haja algum dano, com transporte e alimentação para acompanhamento psicológico.

Conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7, também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário, conforme os Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Larissa Wendy Saraiva Veiga a qualquer tempo para informação adicional no telefone: (92) 98271-8269, e-mail: larissa.seso2016@gmail.com ou com sua orientadora professora Dra. Yoshiko Sasaki, telefone: (92) 99278-4042, e-mail: ysasaki14@gmail.com, ou pode comparecer no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS, localizado na Av. General Rodrigo Otávio, nº 6200, Coroado I, 69.077-000 - Campus Universitário Sen. Artur Virgílio Filho (Setor Norte), Bloco Uatumã, 2º andar, do IFCHS.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

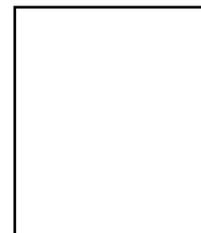
Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE D – TCLE - ASSISTENTE SOCIAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ASSISTENTE SOCIAL)

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **O trabalho profissional do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus**, cuja pesquisadora responsável é a mestranda Larissa Wendy Saraiva Veiga.

O objetivo geral do projeto de pesquisa é analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social com as pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da Covid-19 em Manaus. Os objetivos específicos são: Caracterizar o trabalho do(a) Assistente Social na atenção básica de saúde e especificamente com as pessoas idosas nos cuidados e na promoção à saúde; Identificar a visão das pessoas idosas sobre o trabalho do/a assistente social junto a elas na atenção básica de saúde; Apontar os desafios e possíveis conquistas alcançadas pelos(as) profissionais de Serviço Social no trabalho na atenção básica de saúde e especificamente quanto ao trabalho com às pessoas idosas durante a pandemia da Covid-19 em Manaus;

O(A) Sr(a) está sendo convidado por que é Assistente Social nesta Unidade Básica de Saúde. Sua contribuição é muito importante para construir novos caminhos de enfrentamentos de crises sanitárias como a da pandemia da Covid-19, principalmente para o trabalho do(a) assistente social na área da saúde e neste nível de atenção com as pessoas idosas usuárias dos serviços de saúde.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço Unidade Básica de Saúde, conforme o Item IV.3.d, da Res. CNS nº. 466 de 2012.

Caso aceite participar sua participação é voluntária e se dará por meio de um formulário do *Google Forms* encaminhado via e-mail ou *Whatsapp*. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não divulgar a identidade dos voluntários. Assegura-se da mesma forma, a privacidade, confidencialidade e proteção dos dados, e garantimos a não utilização das informações para qualquer outra finalidade que não

esteja nos objetivos da pesquisa, em conformidade com o Item III.2.i da Resolução 466 de 2012 (CNS).

Ressalta-se que para não prejudicar a rotina de trabalho o formulário poderá ser respondido em qualquer horário ficando a seu critério, desde que não atrapalhe de forma alguma os seus serviços na UBS, conforme prevê o Art. 5º da Resolução 580 de 2018, que estabelece as especificidades éticas para pesquisas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, com base parágrafo VIII artigo 2º da Resolução 510/2016 que dispõe sobre o risco material, no qual explica que se incluem nessa categoria de risco “lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades física e psíquicas, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa.”.

Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são possíveis desconfortos ou constrangimento psicológico, sua relação no seu ambiente de trabalho, bem como memórias entre outras situações relacionadas ao tema da pesquisa. Caso seja identificada qualquer situação constrangedora ou que gere desconforto, a entrevista será encerrada e o caso será encaminhado imediatamente ao Sistema CEP/CONEP para avaliar possíveis readequações ou a suspensão do estudo, conforme prevê o Item V.3 da Resolução 466 de 2012.

A pesquisa não apresentará qualquer tipo de benefício direto ou remuneração aos participantes. Caso aceite participar os resultados poderão contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento de serviços de saúde pública e visibilidade do trabalho do profissional de Serviço Social.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. O ressarcimento será com as despesas caso haja algum dano, com transporte e alimentação para acompanhamento psicológico.

Conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7, também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário, conforme os Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Larissa Wendy Saraiva Veiga a qualquer tempo para informação adicional no telefone: (92) 98271-8269, e-mail: larissa.seso2016@gmail.com ou com sua orientadora professora Dra. Yoshiko Sasaki, telefone: (92) 99278-4042, e-mail: ysasaki14@gmail.com, ou pode comparecer no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS, localizado na Av. General Rodrigo Otávio, nº 6200, Coroado I, 69.077-000 - Campus Universitário Sen. Artur Virgílio Filho (Setor Norte), Bloco Uatumã, 2º andar, do IFCHS.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

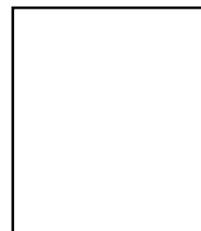
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXOS

## 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DO COMITÊ DE ÉTICA DA SEMSA.



ANUÊNCIA nº 46/2022 – ESAP/SEMSA

Manaus, 25 de julho de 2022.

## CARTA DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

**TÍTULO:** O trabalho profissional do(a) Assistente Social junto à pessoa idosa na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus.

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Larissa Wendy Saraiva Veiga

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal do Amazonas

**LOCAL DA PESQUISA:** UBS Enfa. Ivone Lima dos Santos, UBS Armando Mendes, USF Japiim.

O(a) pesquisador(a) está devidamente orientado(a):

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
2. Que o desenvolvimento do projeto deverá ocorrer sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
3. Que a execução do projeto terá seu início somente após **APROVAÇÃO** por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
4. Que após parecer consubstanciado do CEP deverá enviar cópia digitalizada para o e-mail: nupes@pmm.am.gov.br, solicitar **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA** e aguardar a emissão do Termo de Autorização pela Escola de Saúde Pública de Manaus/SEMSA para início da pesquisa de campo.

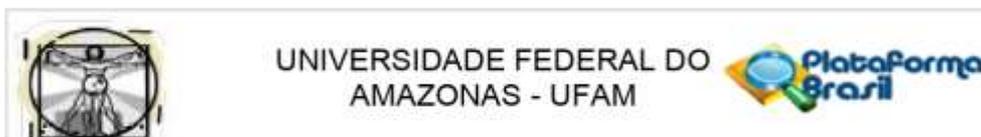
*Priscilla Farias Naiff*  
 Priscilla Farias Naiff  
 Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação  
 NUPES/ESAP/SEMSA

*Larissa Wendy Saraiva Veiga*  
 Larissa Wendy Saraiva Veiga  
 Pesquisador(a) Responsável

CPF

25/07/2022  
DATA

## 2- PARECER CONSUBSTANCIADO DA PLATAFORMA BRASIL.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O trabalho do(a) Assistente Social junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus.

**Pesquisador:** LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61776022.5.0000.5020

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.660.148

#### Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) responsável no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1993965.pdf - 08/08/2022 13:49:51- A temática da pesquisa é sobre o trabalho profissional do assistente social na atenção básica de saúde com as pessoas idosas e versará no contexto da pandemia da COVID-19 que demandou da atuação de muitos profissionais de saúde, incluindo o Assistente Social e, as pessoas idosas que mais demandam por assistência de serviços de saúde e ressaltando que durante a pandemia por serem do grupo de risco foram os mais afetados além do alto índice de óbitos pela doença.

Diante disso, esta pesquisa tem por objetivo geral analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus.

E por objetivos específicos: caracterizar o trabalho do/a Assistente Social na atenção básica de saúde e especificamente junto a pessoa idosa nos cuidados e na promoção de saúde; identificar a visão das pessoas idosas sobre o trabalho profissional do/a assistente social junto a elas na atenção básica de saúde; apontar os desafios e possíveis conquistas alcançadas pelos(as) profissionais de Serviço Social no trabalho na atenção básica de saúde e especificamente quanto ao trabalho com às pessoas idosas durante a pandemia da COVID-19.

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Beirro:** Adrianópolis

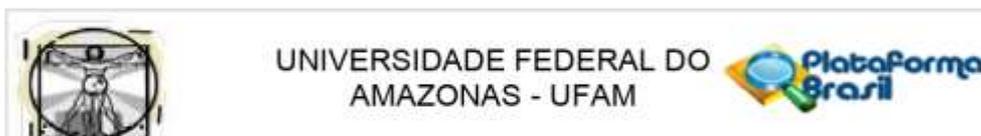
**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.060.148

Quanto a metodologia a pesquisa consistirá no método dialético e de natureza quantiquantitativa e, usará de instrumentais como formulário semiestruturado (google forms) com perguntas abertas e fechadas aplicados aos profissionais e formulário semiestruturado com perguntas abertas para as pessoas idosas nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas na cidade de Manaus como locus da pesquisa de campo.

A amostra será de 8 pessoas idosas sendo 4 mulheres e 4 homens, aproximadamente 6 assistentes sociais e 3 Unidades Básicas de Saúde em zonas distintas: zona leste, norte e sul. - Tamanho da Amostra: - Pessoas Idosas - 24 (aplicado na US presencialmente) / Assistente Social - 06 (google forms)

**Crterios de incluso:** Que realize atividades e/ou servios direcionados às pessoas idosas; Que possua assistentes sociais e estes atendam pessoas idosas e/ou desenvolva atividades neste segmento; Que tenha Conselho Gestor Local; Que o responsável dê aceite a aplicao desta pesquisa; Para os profissionais de Servio Social sero necessrios os critrios de incluso: Exerca o cargo de Assistente Social nas Unidades Bsicas de Saude selecionadas; Realize atividades com as pessoas idosas e/ou preste servios a elas; Profissionais que atuam e atuam no perodo pandmico nas Unidades Bsicas de Saude selecionadas; Que aceitem participar da pesquisa;

Para as pessoas idosas sero necessrios os critrios: Que tenha 60 anos ou mais; Usurio/a dos servios de saude da UBS selecionada; Participe de grupos, programas, atividades e/ou servios de saude promovidos pela UBS e assistentes sociais; Que aceitem participar da pesquisa;

Para selecionar as UBS's foram utilizados critrios de exclusao: Que no possua assistentes sociais como profissional da UBS, ou que mesmo tendo, que as mesmas no desenvolvam nenhuma atividade ou servios direcionados a pessoa idosa; Que no tenha Conselho Gestor Local; Que no aceite na aplicao desta pesquisa; Para os profissionais de Servio Social sero necessrios os critrios de exclusao: Que no realize nenhuma atividade ou preste servios às pessoas idosas nas Unidades Bsicas de Saude; Profissionais em desvio de funao; Profissionais com afastamento de qualquer natureza (afastamento mdico, disciplinar etc.); Profissionais recentemente convocados ou que atuam h menos de 1 ano nas UBS's selecionadas; Que no aceitem participar da pesquisa; Para as pessoas idosas sero necessrios os critrios: Tenha idade inferior a 60 anos; No seja usurio dos servios da UBS selecionada; Que no participe de nenhuma atividade, programa,

**Endereo:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianpolis

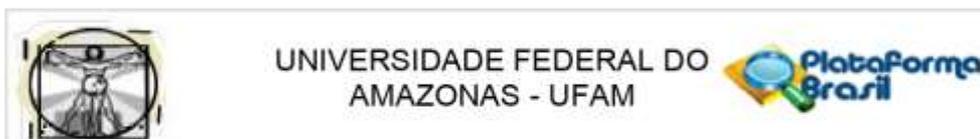
**UF:** AM

**Municpio:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.660.148

grupo ou serviços promovidos pela UBS e as assistentes sociais; Que não aceitem participar da pesquisa.

Cronograma de Execução: Pesquisa de Campo 10/11/2022 a 15/12/2022

Orçamento financeiro: R\$ 1.901,78 - financiamento próprio

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus.

Objetivos específicos: 1. Caracterizar o trabalho do/a Assistente Social na atenção básica de saúde e especificamente junto a pessoa idosa nos cuidados e na promoção de saúde; 2. Identificar a visão das pessoas idosas sobre o trabalho profissional do/a assistente social junto a elas na atenção básica de saúde; 3. Apontar os desafios e possíveis conquistas alcançadas pelos(as) profissionais de Serviço Social no trabalho na atenção básica de saúde e especificamente quanto ao trabalho com às pessoas idosas durante a pandemia da COVID-19.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o(a) pesquisador(a) responsável no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1993965. pdf - 08/08/2022 13:49:51

Riscos: Conforme o Item II.3, da Resolução 466 de 2012, que trata sobre Pesquisas com Seres Humanos, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e caso seja identificado algum sinal de desconforto psicológico acarretado pela pesquisa, a pesquisadora compromete-se em encaminhá-lo(a) para profissionais especializados. E com base no parágrafo VIII artigo 2º da Resolução 510/2016 que dispõe sobre o risco material, no qual explica que se incluem nessa categoria de risco "lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades física e psíquicas, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa.". Conforme o Item IV.3.d.. da Resolução 466 de 2012, ressaltamos que o voluntário terá plena liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Além disso, a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento referente a pesquisa, sendo antes, durante ou após.

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

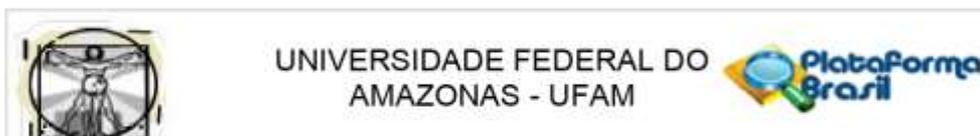
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-1181

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.660.148

Tendo em vista o cenário atual de saúde assolado pela pandemia da COVID-19, a pesquisa versará sobre os cuidados estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como protocolos sanitários estabelecidos, resguardando os sujeitos da pesquisa e, conforme o documento da CONEP (Comissão Nacional de Pesquisa, 2020), a pesquisadora se compromete em seguir com as normativas e diretrizes bem como as resoluções sobre a Ética em pesquisa com seres humanos. E considerando que esse estudo envolve pessoas idosas, que são consideradas grupo de risco frente ao vírus SARS-CoV-2, a pesquisadora se compromete em usar equipamento de proteção individual (EPI) máscara facial descartável distribuídas aos sujeitos da pesquisa se caso não estiver usando, álcool em gel para higienização, distanciamento e não ir à pesquisa de campo se estiver com sintomas gripais, tais medidas serão adotadas para manter a segurança tanto dos sujeitos da pesquisa quanto da pesquisadora. Ressalta-se que se até o momento da pesquisa de campo que está prevista para o mês de setembro de 2022, a cidade de Manaus estiver em situação de urgência quanto ao número de casos da doença o protocolo poderá ser alterado e informado ao Comitê de Ética e a Secretaria Municipal de Saúde sobre a mudança da modalidade das entrevistas, aplicações dos formulários respeitando as limitações dos sujeitos da pesquisa. Toda e qualquer mudança em qualquer fase da pesquisa será informada ao Sistema CEP/CONEP.

**Benefícios:** Quanto aos benefícios, os pesquisados profissionais do Serviço Social e pessoas idosas, não terão qualquer benefício monetário ou material, mas vão contribuir por participar da pesquisa cujo resultado visa apontar sugestão de melhoria dos serviços direcionados às pessoas idosas nos cuidados primários à saúde enfatizando o trabalho dos assistentes sociais neste segmento, principalmente em tempos de pandemia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta é uma proposta de projeto de pesquisa de Mestrado do PPGSS (Serviço Social), protocolo de primeira versão do projeto O trabalho do(a) Assistente Social junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus). Tem por objetivo: Analisar o trabalho profissional do(a) Assistente Social junto às pessoas idosas na atenção básica de saúde na pandemia da COVID-19 em Manaus. Tendo como pesquisador responsável, a mestranda Larissa Wendy Saraiva Veiga e como Orientadora a professora Dra. Yoshiko Sasaki. Quanto a metodologia a pesquisa consistirá no método dialético e de natureza quantiquantitativa e, usará de instrumentais como formulário semiestruturado (google forms) com perguntas abertas e fechadas aplicados aos profissionais e formulário semiestruturado com perguntas abertas para as pessoas idosas nas

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

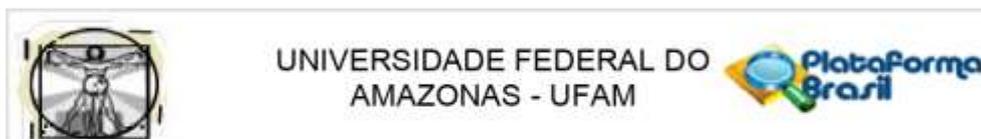
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.660.148

Unidades Básicas de Saúde selecionadas na cidade de Manaus como lócus da pesquisa de campo. A amostra será de 8 pessoas idosas sendo 4 mulheres e 4 homens, aproximadamente 6 assistentes sociais e 3 Unidades Básicas de Saúde em zonas distintas: zona leste, norte e sul (UBS Enfa. Ivone Lima dos Santos (Zona Leste), UBS Armando Mendes (Zona Norte) e UBS Japiim (Zona Sul) - Tamanho da Amostra: - Pessoas Idosas - 24 (aplicado na US presencialmente) / Assistente Social - 06 (google forms).

**Quanto aos critérios de inclusão**

UBS: 1. Que realize atividades e/ou serviços direcionados às pessoas idosas; 2. Ter assistentes sociais e estes atendam pessoas idosas e/ou desenvolva atividades neste segmento; 3. Que tenha Conselho Gestor Local; 4. Que o responsável dê aceite a aplicação desta pesquisa;

Profissionais de Serviço Social: 1. Exerça o cargo de Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas; 2. Realize atividades com as pessoas idosas e/ou preste serviços a elas; 3. Profissionais que atuaram e atuam no período pandêmico nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas; Que aceitem participar da pesquisa;

Para as pessoas idosas: 1. Tenha 60 anos ou mais; 2. Usuário/a dos serviços de saúde da UBS selecionada; Participe de grupos, programas, atividades e/ou serviços de saúde promovidos pela UBS e assistentes sociais; 3. Que aceitem participar da pesquisa;

**Quanto aos critérios de Exclusão:**

UBS's: 1. Não possua assistentes sociais como profissional da UBS, ou que mesmo tendo, que as mesmas não desenvolvam nenhuma atividade ou serviços direcionados à pessoa idosa; 2. Não tenha Conselho Gestor Local; 3. Que não aceite na aplicação desta pesquisa;

Profissionais de Serviço Social: 1. Não realize nenhuma atividade ou preste serviços às pessoas idosas nas Unidades Básicas de Saúde; 2. Profissionais em desvio de função; 3. Profissionais com afastamento de qualquer natureza (afastamento médico, disciplinar etc.); 4. Profissionais recentemente convocados ou que atuam há menos de 1 ano nas UBS's selecionadas; 4. Que não aceitem participar da pesquisa;

Pessoas idosas: 1. Tenha idade inferior a 60 anos; 2. Não seja usuário dos serviços da UBS selecionada; 3. Que não participe de nenhuma atividade, programa, grupo ou serviços promovidos pela UBS e as assistentes sociais; 4. Que não aceitem participar da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO: está preenchida e assinada corretamente. Protocolo: "ADEQUADA". Apresentado

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

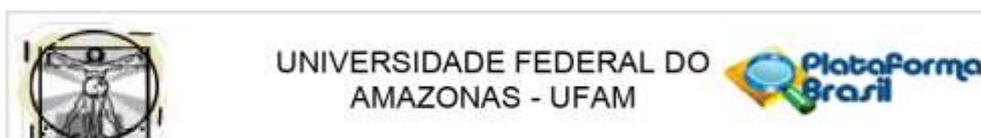
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.660.148

no arquivo 1\_Folha\_de\_Rosto\_CONEP.pdf 08/08/2022 13:36:50".

TERMOS DE ANUÊNCIA: está preenchida e assinada corretamente "ADEQUADA". Apresentado no arquivo da plataforma: "8\_Carta\_de\_Anuencia\_SEMSA.pdf 08/08/2022 13:42:15"

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ADEQUADO. Apresentado em anexo no arquivo projeto\_de\_Pesquisa\_Completo.pdf 08/08/2022 13:42:45. Se é link da internet: Via Google Forms: <https://forms.gle/5xVGamNRtwwaTzfW7>.

TCLE: foram apresentados dois modelos de TCLE em atendimento ao público alvo da pesquisa. ADEQUADO. Apresentado em anexo no arquivo: 6\_TCLE\_Pessoa\_Idosa.pdf 08/08/2022-13:41:11; 5\_TCLE\_Assistente\_Social.pdf

**Recomendações:**

Vide campo de Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O(A) pesquisador(a) deve enviar por Notificação os relatórios parciais e final. (item XI.d. da Res 466/2012-CNS), por meio da Plataforma Brasil e manter seu cronograma atualizado, solicitando por Emenda eventuais alterações antes da finalização do prazo inicialmente previsto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993965.pdf	08/08/2022 13:49:52		Aceito
Outros	9_Curriculo_pesquisador.pdf	08/08/2022 13:47:28	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Outros	10_Curriculo_orientador.pdf	08/08/2022 13:47:10	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Outros	7_Declaracao_CSPA.pdf	08/08/2022 13:44:42	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_de_Pesquisa_Completo.pdf	08/08/2022 13:42:45	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	8_Carta_de_Anuencia_SEMSA.pdf	08/08/2022 13:42:15	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	6_TCLE_Pessoa_Idosa.pdf	08/08/2022 13:41:11	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

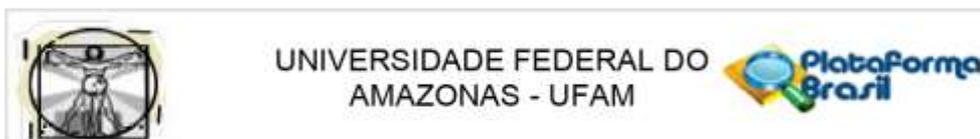
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-1181

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.660.148

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_TCLE_Assistente_Social.pdf	08/08/2022 13:40:59	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Orçamento	4_Orçamento.pdf	08/08/2022 13:38:46	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Cronograma	3_Cronograma.pdf	08/08/2022 13:37:42	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_Rosto_CONEP.pdf	08/08/2022 13:36:50	LARISSA WENDY SARAIVA VEIGA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 22 de Setembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-1181

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com