



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

LARA ADRIANE MARTINS

**HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A IDOSOS, NO ÂMBITO DO SERVIÇO
SOCIAL:** um olhar para as instituições de longa permanência para idosos

FLORIANÓPOLIS
2022.1

LARA ADRIANE MARTINS

**HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A IDOSOS, NO ÂMBITO DO SERVIÇO
SOCIAL: um olhar para as instituições de longa permanência para idosos**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz

FLORIANÓPOLIS

2022.1

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Lara Adriane
HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A IDOSOS, NO ÂMBITO DO
SERVIÇO SOCIAL : um olhar para as instituições de longa
permanência para idosos / Lara Adriane Martins ;
orientador, Eliete Cibele Cipriano Vaz, 2022.
58 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Humanização . 3. Serviço Social . 4.
Idosos. 5. Instituição de Longa Permanência para Idosos. I.
Cibele Cipriano Vaz, Eliete. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Lara Adriane Martins

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO A IDOSOS, NO ÂMBITO DO SERVIÇO

SOCIAL: um olhar para as instituições de longa permanência para idosos

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de Julho de 2022

Profa. Dra. Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente

ELIETE CIBELE CIPRIANO VAZ

Data: 29/07/2022 20:49:27-0300

CPF: 122.253.438-02

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente

Helder Boska de Moraes Sarmento

Data: 29/07/2022 22:14:31-0300

CPF: 697.046.789-91

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente

LEANDRO NUNES

Data: 29/07/2022 21:06:48-0300

CPF: 046.612.339-64

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Me. Leandro Nunes
Avaliador
Univerisdade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir chegar até aqui e ter multiplicado minhas forças para finalizar minha graduação.

Agradeço à minha família, meu esposo Vinícius e meu filho Miguel, por serem minha base e meu refúgio durante esse período.

Agradeço aos meus pais, Odemar e Adriane, e à minha irmã Lethycya, por sempre me incentivarem a concluir os estudos, e sempre me encorajarem em qualquer circunstância adversa.

Agradeço à minha orientadora Eliete Cibele Cipriano Vaz, por todo seu esforço, entusiasmo e dedicação para me orientar.

Ao professor Hélder Boska de Moraes Sarmento e ao professor Leandro Nunes, por aceitarem meu convite para a composição da banca.

Agradeço à minha supervisora Andréia Carla Tonin, e à Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna, pela oportunidade de estagiar, e pelo conhecimento e experiência proporcionado durante esse período.

Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;

Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;

Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;

Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afasta-se de abraçar;

Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;

Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;

Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.

(3 Eclesiastes 1:8)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como tema central a humanização no atendimento a idosos, no âmbito do serviço social. O objetivo geral é analisar aspectos da humanização, com ênfase em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Adotamos, como metodologia, a revisão bibliográfica, cujos principais autores que deram aporte teórico para a elaboração deste trabalho foram: Salcher; Portella; Scortegagna (2015), Teixeira (2014), Rios (2009), Souza (2003). Foram abordados aspectos da humanização no atendimento de pessoas idosas institucionalizadas, a trajetória histórica das instituições de longa permanência para idosos, abordagens e técnicas de caráter humanizado dos profissionais de saúde e serviço social, que refletem na qualidade de vida dos idosos, com apresentação de propostas de humanização para aprimorar o atendimento de idosos em ILPIs.

Palavras-chave: Idosos. Serviço Social. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Humanização.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo e grupo de idade – 2017	21
Gráfico 2 - Distribuição da população de acordo com a cor ou raça – 2017.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Expectativas de vida em idades exatas, variação em ano do período e tempo médio de vida – Brasil – 1940/2019 24

Tabela 1 – Distribuição percentual de algumas características sócio-demográficas, segundo a renda domiciliar per capita, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade 27

Tabela 3 – Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a renda domiciliar per capita, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade 29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama dos desafios apontados pelos participantes. Passo Fundo – RS, 2013	47
Figura 2 – Aspectos físico-estruturais em uma instituição de longa permanência para idosos	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
SEOVE	Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	HUMANIZAÇÃO	16
2.1	Principais concepções	16
2.2	Humanização e a pessoa idosa	20
2.3	Práticas na área da saúde	33
2.4	Práticas na área da Assistência Social	36
3	HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS IDOSAS	
	INSTITUCIONALIZADAS	40
3.1	Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas	40
3.2	Abordagens e técnicas de caráter humanizado e o reflexo na qualidade de vida de idosos	43
3.3	Proposta para aprimorar o atendimento a idosos em ILPI	45
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O tema do envelhecimento não é recente para o Serviço Social, porém, a produção teórica encontrada é limitada, não sendo vasto o arcabouço teórico para tal. Contudo, a população idosa tende a aumentar cada vez mais, contribuindo para o crescimento de novas Instituições de Longa Permanência para Idosos e, nesse sentido, é primordial um enfoque para esse tema, requerendo aos profissionais dessas instituições capacitações técnicas humanizadas, visando qualificar o atendimento à pessoa idosa.

Segundo dados do Índice Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), na população brasileira, os homens tendem a ser um pouco mais numerosos que as mulheres até os 24 anos e, após os 25 anos, tornam-se minoritários. O número de mulheres no Brasil é maior que o número de homens, a população brasileira constitui-se por 48,2% de homens e 51,8% de mulheres

No que se refere às produções sobre humanização na área do Serviço Social, são bastante escassas mas, no âmbito de outras profissões da área da saúde, o material encontrado é vasto, possibilitando incorporá-lo na área do Serviço Social, trazendo novas possibilidades de intervenção ao lidar com a humanização em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

A motivação pela escolha do tema deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se deu a partir da experiência de Estágio Curricular Obrigatório realizada na Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna (SEOVE), no período de 06 de março de 2017 a 07 de julho de 2018.

O período de estágio possibilitou identificar a necessidade de aprimoramento do atendimento, com caráter humanizado para a população idosa, tendo em vista, que o Serviço Social possibilita a leitura ampliada da realidade social em que o sujeito está inserido, não se limitando a aplicabilidade de técnicas desprovidas do conhecimento prévio da realidade social dos sujeitos envolvidos.

A experiência de estágio possibilitou identificar a importância de se reconhecer o idoso enquanto sujeito inserido em uma realidade social, muitas vezes, imersos nas expressões da questão social e enquanto sujeito de direitos, portanto, dignos de respeito e de condições de vida saudáveis.

A humanização, por sua vez, é pautada pelo respeito, saber ouvir, pelo cuidado, empatia, autonomia, respeito às diferenças, respeito às limitações, valorização do diálogo, do convívio social, do coletivo, da autonomia, da busca de solução de conflitos sem autoritarismo ou relações hierárquicas, diferenciando-se frontalmente do atendimento convencional que é pautado pela preocupação com metas, horários e rotinas sem preocupação com qualidade e com o ritmo das idosas (BARBOSA; SILVA, 2007).

O presente trabalho tem por objetivo geral analisar aspectos da humanização, com ênfase em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Delineamos como objetivos específicos apresentar concepções de humanização, destacando a importância de práticas humanizadas; abordar o contexto de Instituições de Longa Permanência para Idosos; apresentar propostas para aprimorar o atendimento a idosos em ILPIs, a partir de processos de cuidado humanizados.

Como metodologia, adotamos a revisão bibliográfica, de natureza exploratória que, segundo Gil (2008),

É desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Pode-se dizer que a principal vantagem desse tipo de pesquisa reside no fato de possibilitar ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente, essa vantagem se torna mais relevante quando o problema de pesquisar requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2008, p. 45).

Portanto, este trabalho está estruturado em quatro seções, sendo a primeira constituída por aspectos introdutórios e, na segunda, apresentamos a humanização e suas principais concepções, assim como importância de práticas de humanização.

Na terceira seção abordamos sobre a humanização no atendimento de pessoas idosas institucionalizadas, o contexto de instituições de longa permanência para idosos, abordagens e técnicas de caráter humanizado que refletem na qualidade de vida dos idosos, e propostas humanizadas que aprimoram os processos de cuidado a idosos, em instituições de longa permanência para idosos.

Por fim, as considerações finais, que foram geradas com o término deste trabalho.

Com este trabalho de conclusão de curso pretendemos contribuir para a humanização ser tratada de forma relevante, não ficar apenas no âmbito de um programa, mas ser compreendida como um direito de todos os idosos, de serem tratados com respeito e terem respeitada a sua singularidade e subjetividade. Esperamos, também, contribuir para a melhoria da relação entre profissionais e idosos, a partir de práticas de humanização que possibilitem a melhoria da qualidade de vida de idosos.

2 HUMANIZAÇÃO

Nesta seção, realizamos uma breve abordagem histórica do termo humanização, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) que ganhou notoriedade com a implantação da Política Nacional da Humanização (PNH), pontuando a importância da humanização no atendimento à pessoa idosa, através da escuta qualificada, respeito e integridade da pessoa idosa, no âmbito da saúde e da assistência social.

2.1 Principais concepções

O termo humanização na área da saúde, está atrelado à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é resultado de lutas e reivindicações para uma redemocratização da sociedade brasileira e a humanização, por sua vez, começa a ganhar notoriedade com princípios de equidade, universalidade e integralidade preconizados pela Constituição Federal (1988) e enfatizados pelo SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização surge em meio a complexidade dos sistemas de saúde, e as práticas médicas cada vez mais mecânicas, impessoais e desumanizadas, com atendimentos burocratizados (GOULART; CHIARI, 2010).

A saúde passa a ser um direito humano fundamental pela Organização das Nações Unidas (1945) após a Segunda Guerra Mundial. Logo, a saúde passa a ser um direito humano a partir da Declaração dos Direitos Humanos, em 1948 (GOULART; CHIARI, 2010).

Com a promulgação da Constituição de 1998, a saúde é definida como um direito de todos os cidadãos, com a finalidade de promover acesso à informação e autonomia das pessoas (GOULART; CHIARI, 2010). Com esse avanço no âmbito da saúde, as pessoas passam a serem informadas no que diz respeito à marcação de consultas, resultados de exames, respostas sobre dúvidas relacionadas à saúde, tendo acesso ao sistema de saúde e participando dele.

Segundo Rios (2009), a humanização irrompe com o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, decorrente do artigo 6º, que dispõe: "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o

trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”, e artigo 196 que dispõe “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com princípios de universalidade, equidade e integralidade, abrangendo toda a população, para garantir que todos tenham acesso à saúde.

O termo humanização surge com ênfase, no final de 1990 e início dos anos 2000, alcançando sua legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000 (CFESS, 2009, p. 30).

A humanização é pautada no respeito, empatia, técnicas de trabalhos que compreendam os limites e possibilidades de cada indivíduo (GOULART; CHIARI, 2010).

A humanização é importante para toda a população, incluindo, crianças, jovens, idosos, pois se destaca pelo respeito às diferenças, valorização do cidadão, tendo o diálogo como algo fundamental para as relações (GOULART; CHIARI, 2010). Assim, humanizar é compreendido no âmbito da inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado.

Desse modo, em 2003, no “ governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), é criada a Política Nacional da Humanização (PNH)” (CFESS, 2009, p.30).

Sob vários olhares, a Humanização pode ser compreendida como:

- Princípio de conduta da base humanista e ética
- Movimento contra a violência institucional na área da Saúde
- Política pública para a atenção e gestão no SUS
- Metodologia auxiliar para a gestão participativa
- Tecnologia no cuidado na assistência à saúde (RIOS, 2009, p. 10).

Desse modo, a humanização pode ser entendida como uma prática que inclui a ética, valorização do ser-humano, combate à todo tipo de violência, cumprimentos das normas previstas no SUS, garantir um serviço com efetividade, união dos profissionais para executar o cuidado humanizado.

A Política Nacional de Humanização (PNH) (2003) foi criada com o intuito de promover um atendimento acolhedor, inclusivo e participativo em relação aos usuários, logo a humanização passa a ser vista como um direito e não mais como algo abstrato (GOULART; CHIARI, 2010).

A PNH (2003), com vistas à inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, contribui para que as práticas de saúde ocorram de forma que os cidadãos sejam efetivamente acolhidos em seus direitos, e tenham suas necessidades atendidas e, portanto:

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política/construtiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços. (BRASIL, 2010, p.18).

Sendo assim, a humanização é fundamentada no respeito à integridade humana, sem uso de qualquer tipo de violência, constrangimento, agressões ou intimidações.

Considerar o indivíduo como um ser subjetivo, singular, que tem suas características distintas e particulares é imprescindível no âmbito da humanização, o que deveria possibilitar aos profissionais não adotarem um modelo padrão e engessado para todos os indivíduos que chegam até ele, mas a consideração de suas singularidades.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009, p. 10)

Com a perspectiva de provocar mudanças, a humanização é considerada como importante aporte para a produção da saúde, a partir da construção coletiva e compartilhada de estratégias para os processos de cuidado como, por exemplo, a escuta qualificada.

Segundo Santos (2014), a escuta qualificada é definida como um método que ampara as decisões do processo que o indivíduo enfrenta, pois permite uma melhor compreensão do cenário e sentimentos dos sujeitos envolvidos na demanda. Dessa forma, a escuta qualificada pode ser descrita como algo que

envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho (MAYNART et al., 2014, p. 301).

A escuta qualificada e acolhedora também é uma forma de atendimento humanizado, pois vivemos em uma sociedade capitalista, que está em constantes avanços tecnológicos e uma série de informações por segundo, onde a pressa impera. Quando escutamos o usuário de forma atenta, observando-o de forma humana e não procedendo a escuta como algo mecânico e padrão, podemos praticar a escuta ativa, qualificada e acolhedora.

Na relação profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade (RIOS, 2009, p. 10)

A escuta qualificada é de suma importância para o idoso, pois permite ser ouvido em suas fragilidades, singularidades, ampliando as possibilidades para expor as suas demandas, como forma de romper com o silêncio que, muitas vezes, o idoso vivencia ao não ser atendido em suas necessidades básicas.

A humanização pode ser entendida como um direito a ser garantido para a população a ser atendida, com práticas que prezam pela autonomia, liberdade, dignidade, respeito pela pessoa humana, na sua forma de ser, respeitando os seus limites e possibilidades. Desse modo, a prática humanizada contribui para uma sociedade mais justa e democrática (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Portanto, a autonomia pode ser definida como “ a capacidade do sujeito decidir e agir por si mesmo” (REICHERT; WAGNER, 2007, p. 49).

Molinaro (2017), afirma que:

Como indivíduo se distingue dos demais do seu grupo, se torna sujeito, cidadão. Pela linguagem comunica e articula ideias, sentimentos ou emoções, valora e expressa conteúdo. Pelo agir, procede de modo determinado no seu entorno, provoca reações e produz efeitos. É a este humano, agora pessoa, que lhe é atribuída dignidade, uma prerrogativa ou qualidade moral que infunde respeito.

Portanto, aqui, dignidade e respeito são tomados como sinônimos quando relacionados à pessoa humana (MOLINARO, 2017, p. 108).

A autonomia, liberdade, dignidade e respeito, estão interligados, entre si, visto que para se ter autonomia, tem que existir a liberdade da pessoa idosa em fazer escolhas e as suas vontades e opiniões serem respeitadas.

2.2 Humanização e a pessoa idosa

Segundo dados do IBGE (2018) estima-se que em 2060, um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos, conseqüentemente haverá uma notoriedade para as instituições de longa permanência para idosos, e cada vez mais o Estado irá ter que intervir criando políticas públicas que garantam os direitos desses idosos.

O envelhecimento é um processo biológico e único para cada indivíduo, apresenta sua particularidade e singularidade, mas quando uma pessoa chega à velhice, não quer dizer que se tornou incapaz e sem autonomia enquanto cidadão, por conta disso a humanização é importante, pois é pautada no respeito, autonomia e ética no atendimento à pessoa idosa. Desse modo:

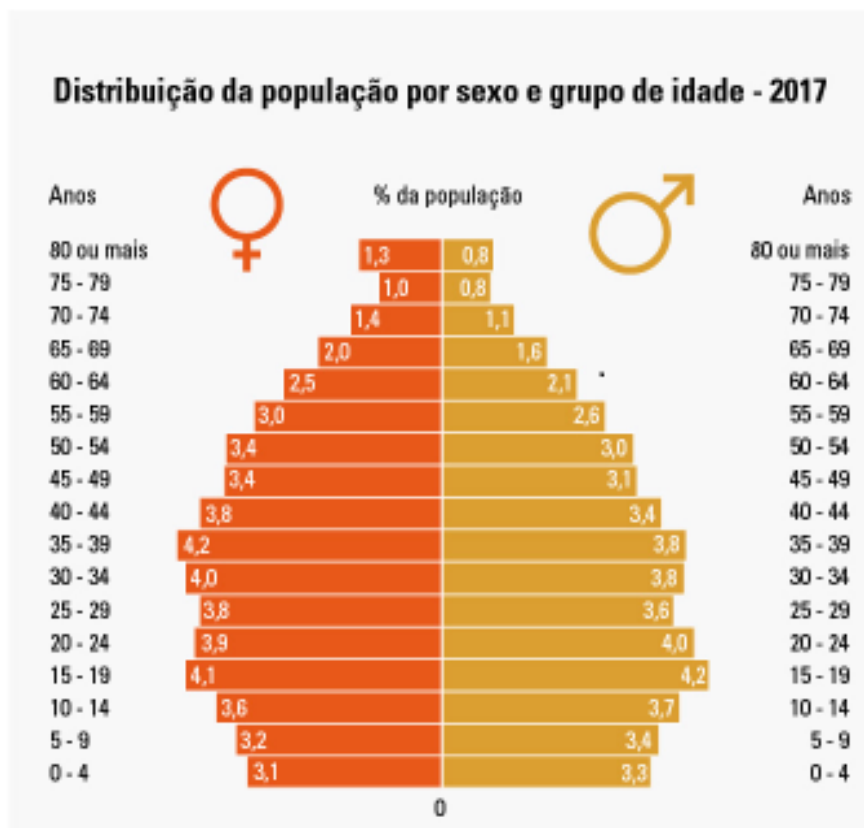
O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de modo singular e único. Se quantificássemos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS et. al., 2007, p. 372).

O envelhecimento é, em nossa sociedade, um fato muito importante, pois quando há uma grande quantidade de pessoas idosas é fundamental analisar as condições e qualidade de vida das mesmas, pois o envelhecimento “constitui um processo multidimensional, diferenciado e que, portanto, as necessidades são diversas” (TEIXEIRA, 2020, p.161).

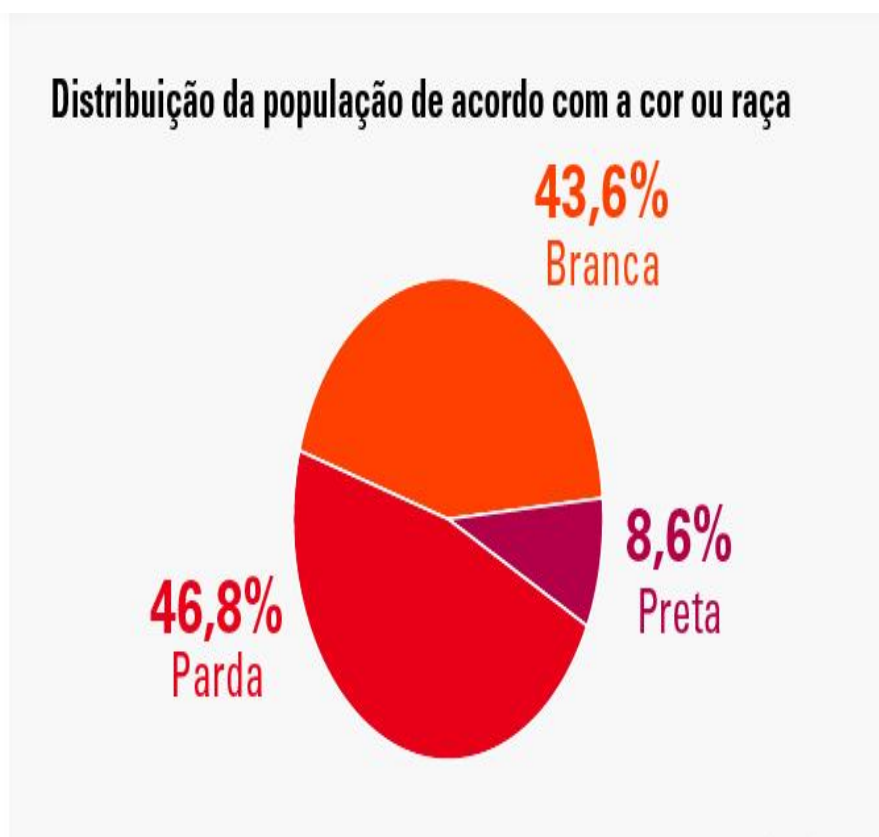
Na sociedade brasileira, as expressões da questão social rebatem de formas distintas em idosos, considerando-se que cada um tem contexto social diferente.

Segundo dados do IBGE (2018) a população idosa cresceu 18% em 5 anos, e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Distribuição da população por sexo e grupo de idade – 2017



Fonte: IBGE – PNAD Contínua – Características de domicílios e moradores

Gráfico 2 – Distribuição da população de acordo com a cor ou raça – 2017

Fonte: IBGE – PNAD Contínua – Características de domicílios e moradores

O gráfico 1 aponta o processo da feminização do envelhecimento, pois as mulheres constituem a maioria da população idosa, como mostrado no gráfico acima.

Dessa forma, é possível afirmar que:

As condições estruturais e econômicas são responsáveis pelas desigualdades entre os sexos, implicando situações que alteram inclusive as condições de renda, saúde e a própria dinâmica familiar e impactando as demandas por políticas públicas e prestação de serviços de proteção social (BERZINS, 2003, p. 28)

A jornada dupla de trabalho da mulher, baixo salário, entre outros fatores, contribui para que tenha uma desigualdade entre os sexos (SILVA, 2016).

Mas não é somente o gênero que apresenta diferenças no envelhecimento, fatores como raça, etnia também estão presentes, como indica o gráfico 2. De acordo com a autora:

Considerando os critérios de gênero, raça e etnia, verificaremos que a velhice é uma experiência que se processa de forma diferente para homens e mulheres, para brancos, negros e indígenas, tanto nos aspectos sociais, econômicos, quanto nas condições de vida. Esses critérios são determinantes inclusive do lugar que os idosos e as idosas ocupam na vida social na relação direta com sua origem étnico-racial e sua condição de gênero (SILVA, 2016, p.225-226).

A Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, que foi realizada em 2012, salienta sobre os deveres dos Estados no que diz respeito ao envelhecimento digno e com direitos efetivados, principalmente sobre extinguir as diversas formas de discriminação (SILVA, 2016). Recomenda-se que:

A — prevenir, sancionar e erradicar todas as formas de violência contra as mulheres idosas, incluindo a violência sexual;

B — promover o reconhecimento do papel que os idosos desempenham no desenvolvimento político, social, econômico e cultural de suas comunidades, destacando as mulheres idosas;

C — assegurar a incorporação e a participação equitativa de mulheres e homens idosos no desenho e na aplicação das políticas, dos programas e planos que lhes dizem respeito;

D — garantir o acesso equitativo de mulheres e homens idosos na Previdência Social e em outras medidas de proteção social, principalmente quando eles não gozem dos benefícios da aposentadoria;

E — proteger os direitos sucessórios de mulheres viúvas e idosas, em especial os direitos de propriedade e de posse (Brasil, 2013, p. 516-517)

O aumento da população idosa ocorre, dentre outros fatores, devido ao aumento da expectativa de vida, pois segundo dados do IBGE (2019) uma pessoa nascida no Brasil em 2019 tinha expectativa de viver, em média, até os 76,6 anos, significando um aumento de três meses em relação a 2018 (76,3 anos), conclui-se segundo o gráfico a seguir:

Tabela 1 – Expectativas de vida em idades exatas, variação em ano do período e tempo médio de vida – Brasil – 1940/2019

Expectativas de vida em idades exatas, variação em ano do período e tempo médio de vida- Brasil - 1940/2019											
Idade	Expectativas de Vida						Variação (em anos) 1940/2019			Tempo Médio de Vida - Ambos os Sexos	
	1940			2019			Total	Homem	Mulher	1940	2019
	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher					
0	45,5	42,9	48,3	76,6	73,1	80,1	31,1	30,2	31,8	45,5	76,6
1	52,2	49,7	54,9	76,5	73,0	80,0	24,2	23,3	25,1	53,2	77,5
5	52,5	49,7	55,3	72,6	69,2	76,1	20,2	19,5	20,8	57,5	77,6
10	48,3	45,5	51,1	67,7	64,3	71,2	19,5	18,7	20,1	58,3	77,7
15	43,8	41,1	46,6	62,8	59,4	66,3	19,0	18,3	19,7	58,8	77,8
20	39,6	36,9	42,5	58,1	54,8	61,4	18,5	17,9	18,9	59,6	78,1
25	36,0	33,3	38,8	53,5	50,4	56,5	17,5	17,1	17,8	61,0	78,5
30	32,4	29,7	35,2	48,9	46,0	51,7	16,4	16,2	16,5	62,4	78,9
35	29,0	26,3	31,6	44,3	41,5	46,9	15,3	15,2	15,3	64,0	79,3
40	25,5	23,0	28,0	39,7	37,1	42,2	14,1	14,0	14,2	65,5	79,7
45	22,3	19,9	24,5	35,2	32,7	37,5	12,9	12,8	13,0	67,3	80,2
50	19,1	16,9	21,0	30,8	28,5	33,0	11,8	11,6	12,0	69,1	80,8
55	16,0	14,1	17,7	26,7	24,5	28,6	10,6	10,4	11,0	71,0	81,7
60	13,2	11,6	14,5	22,7	20,7	24,4	9,5	9,1	10,0	73,2	82,7
65	10,6	9,3	11,5	18,9	17,2	20,4	8,4	7,8	8,9	75,6	83,9
70	8,1	7,2	8,7	15,5	13,9	16,7	7,3	6,7	8,0	78,1	85,5
75	6,0	5,4	6,3	12,4	11,1	13,4	6,4	5,6	7,0	81,0	87,4
80 anos ou +	4,3	4,0	4,5	9,7	8,7	10,5	5,5	4,6	6,0		

Fontes: 1940 - Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.
2019 - IBGE/Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2010-2060.

Fonte: 1940- Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. 2019 – IBGE/Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2010-2060.

Envelhecer com saúde é primordial para o alcance da longevidade, chegando-se à velhice pois, antigamente não existiam os recursos que a medicina apresenta atualmente, isso contribuiu para gerar um aumento da expectativa de vida. Conforme os autores destacam, a seguir:

Como consequência de avanços tecnológicos na medicina, pode ocorrer um aumento na sobrevivência de pessoas convivendo com alguma condição crônica resultante da redução da letalidade de certas doenças (CAMARGOS; GONZAGA, 2015, p. 1461).

Podemos destacar que a velhice “é o tempo de toda a vida humana em que o corpo sofre as mais consideráveis mutações de aparência e declínio de força e disposição”. Apesar disso, o envelhecimento não deve ser visto como mero processo degenerativo do organismo, mas sim como “uma marcha contínua de transformação do ser humano, que pode ser caracterizado também pelo dinamismo”. Isso porque as alterações físicas (ou até psíquicas) não significam, necessariamente, o aparecimento de alguma doença (BRAGA, 2011, p.2).

Há de se destacar, que estamos inseridos em uma sociedade capitalista, que visa a obtenção de lucro, tudo se torna mercadoria, no qual o objetivo é lucrar, ao chegar à fase velhice, o idoso torna-se inválido para o Estado, não oferece mão de obra, ou seja, não gera mais lucro para o capital. Há instituições que apresentam um compromisso social perante a população idosa, respeitando os valores de cada sujeito, mas há instituições de caráter privado, que apresentam o cuidado como mercadoria, agravando situações de descumprimento de garantia de direitos. Desse modo, é importante ressaltar que:

No Brasil, país de dimensões continentais e atravessado por profundas desigualdades sociais, registram-se diferentes e heterogêneas formas de envelhecer. Estão presentes nesse processo os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos enquanto determinantes do acesso a bens e serviços sociais disponibilizados, revelando uma situação de exclusão de grande parte da população idosa dos bens essenciais à existência humana. A correção dessas defasagens de natureza social implica o reposicionamento dos idosos no seu lugar social no tempo presente, buscando superar preconceitos, estigmas e questionar os padrões utilitários da sociedade capitalista, que ressalta a inutilidade da pessoa idosa diante de uma sociedade fundamentada na produtividade material. O enfrentamento desse paradigma utilitário supõe o reposicionamento da agenda pública, considerando uma nova lógica regida pela equidade e justiça social, fundamentada em critérios éticos que reafirmem a prevalência do ser humano no processo de desenvolvimento (SILVA, 2016, p. 225).

No que tange a garantia de direitos dos idosos, estão prescritos no Estatuto do Idoso (2003), no artigo 2º, que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e

mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 2003, p.1).

A sociedade capitalista acredita que ao envelhecer o indivíduo perde totalmente sua função na sociedade mas, mesmo com as limitações que a idade e as condições biológicas lhe impõem, é necessário mostrar a essas pessoas que ainda são úteis e que ainda podem desenvolver atividades, que produzam algo para interesse próprio e também para interesse de sua comunidade.

É importante a atividade e o trabalho nesse estágio da vida, pois, à medida que o indivíduo envelhece, sua capacidade intelectual torna-se mais aguda e mais seletiva mas, ao contrário disso ocorre com aqueles idosos que se aposentam e ficam inativos. Sendo assim:

Os estudos sobre a aposentadoria revelam que, comumente é gerada uma crise no indivíduo. A retirada da vida de competição, a auto-estima e a sensação de ser útil se reduzem. No início a maioria dos idosos se sente satisfeito, pois lhe parece ser muito bom poder descansar. Aos poucos, descobrem que sua vida tornou-se tristemente inútil. Nesta ausência de papéis é que podemos observar o verdadeiro problema do aposentado, sua angústia, sua marginalização e, muitas vezes o seu isolamento do mundo. Percebendo que ninguém necessitada dele por estar isolado, recusado e excluído da sociedade, ele se sente cada vez mais angustiado, tornando difícil sua adequação ao mundo no qual vive. Aliado a esses fatores da aposentadoria, o idoso também enfrenta uma queda do nível de renda que, por sua vez, afeta a qualidade de vida bem como a saúde (MENDES et.al., 2005, p. 424).

Nota-se no gráfico a seguir a distribuição percentual de algumas características sócio demográficas, segundo a renda domiciliar per capita, a menor renda per capita foi menos frequente entre as mulheres, entre os idosos mais velhos (a partir de 75 anos), entre aqueles que apresentam maior escolaridade e entre aqueles que moravam sós. A menor renda familiar per capita apresentou-se entre os residentes na zona rural e entre os residentes nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, conforme a seguir:

Tabela 3 – Distribuição percentual de algumas características sócio-demográficas, segundo a renda domiciliar per capita, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Distribuição percentual de algumas características sócio-demográficas, segundo a renda domiciliar per capita, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Características sócio-demográficas	Total	Renda domiciliar per capita		OR (IC 95%)	OR ajustado ¹ (IC 95%)
		<0,67 SM	>0,67 SM		
Sexo					
Masculino	43,7	47,4	42,7	1,00	1,00
Feminino	56,3	52,6	57,3	0,83 (0,77-0,89)	0,85 (0,79-0,90)
Faixa etária (anos)					
65-69	37,6	38,0	37,5	1,00	1,00
70-74	27,5	27,4	27,6	0,98 (0,89-1,08)	0,92 (0,83-1,01)
75+	34,8	34,6	34,9	0,98 (0,89-1,08)	0,88 (0,80-0,97)
Escolaridade (anos)					
0	45,0	69,4	38,7	1,00	1,00
1-3	21,4	18,6	22,2	0,47 (0,42-0,53)	0,55 (0,49-0,62)
4-7	22,0	10,7	24,9	0,24 (0,21-0,28)	0,32 (0,27-0,37)
8+	11,6	1,3	14,2	0,05 (0,04-0,07)	0,07 (0,05-0,09)
Pessoa de referência na unidade domiciliar					
Não	36,0	35,1	36,3	1,00	1,00
Sim	64,0	64,9	63,7	1,05 (0,98-1,13)	1,03 (0,96-1,11)
Mora só					
Não	87,0	98,7	84,0	1,00	1,00
Sim	13,0	1,3	16,0	0,07 (0,05-0,10)	0,07 (0,05-0,10)
Situação do local de residência					
Urbana	79,0	64,9	82,5	1,00	1,00
Rural	21,0	35,1	17,5	2,56 (2,07-3,15)	1,98 (1,70-2,29)
Macrorregião de residência					
Sudeste	47,3	29,4	51,9	1,00	–
Sul	15,7	10,2	17,1	1,05 (0,76-1,45)	–
Centro-oeste	5,0	5,0	5,0	1,77 (1,21-2,60)	–
Norte	3,4	5,5	2,9	3,38 (2,34-4,89)	–
Nordeste	28,6	50,0	23,2	3,79 (2,83-5,08)	–

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = Odds ratio (Intervalo de confiança em nível de 95%).

¹ Ajustado pelo método de regressão logística pela macrorregião de residência.

Fonte: Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (LIMA-COSTA et al., 2003).

Percebe-se a desigualdade social existente entre idosos que moram na zona urbana e zona rural pois, muitas vezes, esses idosos que moram na área rural não obtêm o acesso a informação, direitos sociais, políticas públicas, assim como há o acesso negado a bens e serviços produzidos pela sociedade capitalista, voltada a essa população, todos esses fatores contribuem para desigualdade social acentuada. Portanto:

Ao lado da classe populacional que já esteve inserida no mercado de trabalho e ao envelhecer busca aposentadoria pelo tempo de serviço ou de contribuição, vemos cada vez mais uma população que está envelhecendo e que historicamente foi excluída das relações de produção estável e protegida, seja pela crescente massa de pessoas de baixa renda, resultado da pauperização cada vez maior da população, decorrente de profundas desigualdades sociais, seja pela (des)proteção social crescente levada a efeito pelos Estados

neoliberais, seja pela destituição ou precário acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade capitalista, acrescida da incidência de doenças incapacitantes na velhice e ao total desamparo para uma enorme parcela destas pessoas idosas (TEIXEIRA, 2020, p. 21-22).

Por mais que o número de idosos venha cada vez mais aumentando, o Estado ainda não oferece cuidado e proteção suficientes para essa população idosa, pois há evidências de que faltam políticas públicas e sociais para promover um envelhecimento saudável, devido ao fato de que:

Dados do IBGE mostram que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que referiram ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% tinham mais de 65 anos, sendo que esse grupo, no ano anterior, apresentou 14,8 internações por 100 pessoas, representando o maior coeficiente de internação hospitalar. Mais da metade dos idosos (53,3%) apresentou algum problema de saúde, e 23,1% tinham alguma doença crônica (MENDES, et. al., 2005, p. 423).

Tabela 3 – Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a renda domiciliar per capita, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a renda domiciliar per capita, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Indicadores de condição de saúde	Total	Renda domiciliar per capita		OR (IC 95%)	OR ajustado ¹ (IC 95%)
		<0,67 SM	>0,67 SM		
Percepção da própria saúde					
Muito boa/boa	22,8	17,8	24,0	1,00	1,00
Regular	30,2	31,6	29,9	1,42 (1,22-1,66)	1,30 (1,13-1,49)
Ruim/muito ruim	11,4	16,1	10,2	2,11 (1,76-2,54)	1,72 (1,46-2,03)
Ignorada ²	35,6	34,5	35,8	1,30 (1,15-1,46)	1,25 (1,10-1,41)
Deixou de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivos de saúde?					
Não	85,0	82,8	85,5	1,00	1,00
Sim	15,0	17,2	14,5	1,23 (1,08-1,39)	1,21 (1,07-1,37)
Esteve acamado nas duas últimas semanas?					
Não	89,5	88,2	89,9	1,00	1,00
Sim	10,5	11,8	10,1	1,19 (1,05-1,35)	1,20 (1,05-1,36)
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas³					
Artrite/reumatismo	40,3	46,2	38,7	1,36 (1,24-1,49)	1,19 (1,09-1,30)
Câncer	1,2	0,8	1,2	0,61 (0,41-0,91)	0,75 (0,50-1,13)
Diabetes	10,8	8,3	11,4	0,70 (0,61-0,81)	0,78 (0,68-0,90)
Asma/bronquite	8,6	9,6	8,4	1,16 (1,00-1,32)	1,28 (1,11-1,47)
Hipertensão	45,6	44,6	45,9	0,95 (0,87-1,04)	1,02 (0,93-1,11)
Doença do coração	20,9	17,8	21,7	0,78 (0,69-0,89)	0,90 (0,80-1,02)
Doença renal crônica	6,9	8,3	6,6	1,28 (1,08-1,51)	1,24 (1,06-1,44)
Cirrose	0,3	0,3	0,3	1,08 (0,58-2,02)	0,98 (0,50-1,93)

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = Odds ratio (Intervalo de confiança em nível de 95%).

¹ Ajustado pelo método de regressão logística múltipla por sexo, faixa etária, macrorregião de residência e respondente (o próprio entrevistado/outra pessoa). Odds ratios relativos à variável percepção da própria saúde não foram ajustados por respondente.

² Informação sobre percepção da saúde não considerada, uma vez que outra pessoa respondeu à pergunta.

³ Percentual dos que disseram sim (classe de referência: resposta negativa para a doença/condição correspondente).

Fonte: Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (LIMA-COSTA et al., 2003).

Na tabela 3, nota-se que os idosos com menor renda domiciliar perceberam com mais frequência a sua saúde como pior, tiveram alguma atividade cotidiana comprometida, ou estiveram por longos períodos acamados, em comparação com idosos que apresentam maior renda per capita.

Podemos relacionar esses dados com situações em que idosos com menor renda, muitas vezes, necessitam de acolhimento institucional em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Tal acolhimento está previsto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), no que diz respeito à Proteção Social Especial, pertencente à Alta Complexidade. Este serviço ofertado pelo Estado, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, garante o acolhimento para:

Idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, 46 com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Idosos com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. Preferencialmente, deve ser ofertado aos casais de idosos o compartilhamento do mesmo quarto. Idosos com deficiência devem ser incluídos nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas e o isolamento desse segmento. (BRASIL, 2009, p. 45)

Ou seja, o Estado oferta para esses idosos serviços de acolhimento institucional quando há situações de violência, negligência, abandono e quando se esgotam todas as possibilidades de haver um vínculo com a família mas, o Estado não oferece alternativas suficientes além do acolhimento institucional que, geralmente, são raras as instituições públicas. Por outro lado, considerando sobretudo o crescente empobrecimento da população, há casos em que a família não tem possibilidade de cuidar do idoso, devido a rotina de trabalho intenso ou outros fatores. Logo, o Estado passa a responsabilizar a família pelo fato de não oferecer os devidos cuidados e proteção ao idoso ou mesmo culpabilizá-la por não colocá-lo em uma ILPI retirando a sua responsabilidade enquanto protagonista na garantia de direitos para essa população idosa.

Muitas vezes, a colocação em ILPIs, para o idoso, significa exclusão e esquecimento, ficando sujeito a regras, submisso a ordens, e com sua autonomia nula ou reduzida. A institucionalização envolve muitas mudanças e, sobretudo, adaptações.

O Estatuto do Idoso (2003) prevê diversos artigos, como o Art. 9º, Art. 10, Art. 43, Art. 46, em que responsabiliza o Estado por promover políticas públicas para os idosos, para garantir direitos, prevê que:

Art. 9.º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, 2003, p. 10)

Mas essa “proteção” à vida e à saúde que é a obrigatoriedade do Estado tornam-se ilusória ao idoso, assim que é acolhido institucionalmente, pois grande parte dos idosos apresentam como patologia, a depressão (GONÇALVES; ANDRADE, 2010). O Estado garante a efetividade da saúde do idoso, mas ao chegar na ILPI, o idoso muitas vezes tem que conviver com sentimentos de solidão e abandono que geram a depressão e, por falta de atividades que promovam sua autonomia e saúde, que essa política garante, isso ocorre com frequência.

Outro fator que diz respeito aos idosos, é a questão da aposentadoria. Muitos idosos quando se aposentam ficam ociosos, sem saber como proceder perante essa questão, se sentem inválidos, desprovidos de autonomia e cabe ao Poder Público garantir o bem-estar desses idosos, garantindo sua autonomia e pertencimento à sociedade em que fazem parte, sendo assim, o Estatuto do Idoso prevê que:

Art. 28. II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania (BRASIL, 2003, p.19).

A Política Nacional do Idoso (1994) que contém leis que dispõe dos direitos sociais dos idosos, também ressalta a responsabilidade do Estado no que diz respeito à garantia de direitos, defesa da autonomia, bem-estar, dignidade, e proteção social ao idoso, sendo assim, a Política Nacional do Idoso, dispõe que:

Art. 3º I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 1994, p.1).

A Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e o Estatuto do Idoso (2003) são leis que promovem a autonomia, independência e respeito pela pessoa idosa, mas a lei por si só, não promove isso.

O idoso é negligenciado e exposto a mais uma violação de direitos, não estando em conformidade com seus direitos, quando é inserido em Instituições de Longa Permanência para Idosos criadas com o objetivo de obtenção de lucro, conforme a citação a seguir:

Entre esses elementos temos a trajetória das instituições que abrigam idosos, que chegam ao século XX como negócio lucrativo, ou seja, reconhecem a incompatibilidade das estruturas familiares com cuidados específicos para idosos em processo de adoecimento. As formas de consumo e acumulação de capital podem ser percebidas na atualidade por serviços gerontológicos de acolhimento e residência, que surgem como mercado promissor. Por se tratar de necessidade, o cuidado humano também se torna produto a ser explorado economicamente. (CLOS; GROSSI, 2016, p. 396).

Portanto, mesmo sendo apresentado o cuidado humano como algo imprescindível de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, muitas vezes, há por trás disso, a intenção de obter lucro (CLOS; GROSSI, 2016).

Nesse sentido, defendemos que as pessoas idosas precisam ser tratadas com práticas humanizadas, respaldado em seus direitos, tendo como valor central o respeito ao ser humano, na forma como ele é, mas há profissionais que tratam esse segmento como se fossem coisas, com práticas que remetem a desumanização.

Um dos primeiros significados de desumanização apresentados seria o de "tratar pessoas como coisas" (thinking), indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objetivo de intervenção clínica. (DESLANDES, 2006, p. 37).

Ou seja, muitas vezes os profissionais se limitam a uma visão tecnicista, burocrática, de cumprir ordens, e se esquecem de reconhecer os sentimentos daquela idosa, que já está vulnerável, por várias questões que lhe ocorreram em sua trajetória de vida até chegar a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Há a ausência do toque, de olhar nos olhos ao falar, demonstrando descaso e indiferença ao se relacionar com a pessoa idosa.

É no acolhimento que a pessoa idosa precisa sentir que os profissionais estão ali para garantir o direito dele, é necessário ter uma sensibilidade diante dos problemas do mesmo, garantindo confortabilidade tanto para a pessoa idosa ou familiares, caso necessário. Leva-se em consideração também que muitos profissionais não são valorizados, com contratos precarizados de trabalho, carga horárias abusivas, baixos salários, e profissionais reduzidos, e isso interfere na dinâmica do atendimento.

[...] quando o usuário se torna o centro da intervenção, existe a possibilidade de criação de um novo fluxo e uma nova dinâmica de atendimento a partir do desenvolvimento de práticas como o trabalho multiprofissional, do reconhecimento da necessidade de garantia do acesso, da resolutividade e da humanização dos serviços (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 41).

2.3 Práticas na área da saúde

O Estatuto do Idoso (2003) Artigo 18, no Capítulo IV do direito à saúde, prevê que: “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda”.

Existem instituições de caráter privado, que apresentam o cuidado como mercadoria, agravando situações de descumprimento de garantia de direitos, que estão prescritas no Estatuto do Idoso (2003), no artigo 2º, ressaltando que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, p.1).

No que diz respeito ao atendimento dos idosos pelos profissionais de saúde, é importante destacar o atendimento humanizado como ponto central para um atendimento digno, respeitando a autonomia do idoso, e a sua independência, apesar das limitações que o envelhecimento produz naturalmente. De acordo com Simone de Beauvoir (1990), as limitações que o idoso enfrenta em sua velhice, podem ser descritas conforme essas características:

O coração não muda muito, mas seu funcionamento se altera; perde progressivamente suas faculdades de adaptação; o sujeito deve reduzir suas atividades para poder poupá-lo. O sistema circulatório é atingido; a arteriosclerose não é a causa da velhice, mas é uma de suas características mais constantes. Não se sabe exatamente o que a provoca: desequilíbrios hormonais, dizem uns, uma tensão sanguínea excessiva, dizem outros; pensa-se em geral que a causa principal é uma perturbação do metabolismo dos lipídios. As consequências são variáveis. Por vezes, a arteriosclerose atinge o cérebro. Em todo caso, a circulação cerebral torna-se mais lenta. As veias perdem sua elasticidade, o débito cardíaco decresce, a rapidez da circulação diminui, a pressão sobe [...] (BEAUVOIR, 1970, p.55).

Segundo Simone de Beauvoir (1970), a visão diminui sua qualidade, há alteração no paladar, olfato, e audição, os idosos passam a se alimentar em menor quantidade, a ouvir menos, e passam até mesmo a sentir menos os aromas, há menos perspicácia dos sentidos que anteriormente.

É necessário capacitações técnicas para os profissionais de saúde, pois esses profissionais precisam respeitar a autonomia, e independência do idoso, apesar de suas limitações físicas, que são consequências naturais do envelhecimento, pois esse idoso não deixa de ser um cidadão, independente do seu estado físico/mental, inserido em uma realidade social, portanto, é imprescindível técnicas e instrumentos para que os profissionais de saúde possam lidar com diversos casos que chegam até ele (MARTINS et. al., 2007).

Muitos profissionais se limitam a aplicar técnicas, oferecem um serviço burocrático, apenas cumprem horas, esquecendo-se de proporcionar ao idoso um atendimento respaldado nos seus direitos, e não conhecendo a singularidade e subjetividade que aquele sujeito apresenta, em conformidade com o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Por conta disso, é essencial para o idoso ter um atendimento pautado na humanização e o profissional de saúde saber ouvir, pois todo indivíduo independente da idade, tem o direito de ser ouvido, em busca de compreendê-lo, saber quais as condições em que vive, conhecer a realidade social em que está inserido, e buscar alternativas para solucionar o seu problema em questão (OLIVEIRA; COLETT; VIERA, 2006).

Apesar dos direitos sociais priorizar o bem coletivo, os profissionais também devem estar atentos aos direitos individuais que cada idoso apresenta, enquanto cidadão, uma vez que:

Direitos sociais e direitos individuais dos pacientes são coisas distintas. Enquanto os primeiros são coletivos e dependem de escolhas e decisões políticas em cada sociedade, os direitos individuais podem ser mais facilmente expressos em termos absolutos e operacionalizados em função de pacientes tomados individualmente (GOULART; CHIARI, 2010, p. 256).

É necessário que o processo de graduação nas áreas de saúde, bem como das áreas afins, problematize a realidade na qual o sujeito está inserido, visando o atendimento humanizado, enxergando um ser humano, com suas limitações, subjetividades e singularidades, não como um indivíduo passível de lucro (SILVA; ARIZONO, 2008).

[...] a formação dos profissionais não deve ser só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação já que a atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações [...] a mudança na graduação deve envolver também domínio técnico, compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimentos não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida” (CECCIM, apud MACHADO, 2004, p. 16).

Conforme Peduzzi (2001) a equipe multiprofissional é compreendida como uma forma do trabalho coletivo que se materializa na troca e conexão entre várias intervenções técnicas de múltiplos agentes, cujo mecanismo fundamental é a linguagem que realiza o processo de mediação simbólica entre os vários saberes.

É importante o trabalho multiprofissional para alcançar êxito no atendimento humanizado, respeitando as particularidades do trabalho do assistente social.

Segundo Santos (2013), as ações profissionais do assistente social são formadas por várias dimensões como a teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que se complementam, são interligadas, mas sempre mantendo suas particularidades.

De acordo com Fraga (2010, p. 45-46), para poder enfrentar a realidade que se apresenta, a assistente social assume então uma postura investigativa, para isso é “ preciso pesquisar dados quantitativos, investigar informações qualitativas, problematizar sobre a realidade social, assim intervindo nessa realidade”. A autora ressalta que a busca pela postura investigativa é árdua, pois tem que ler muito, desconstruir conceitos, contestar, estranhar, sofrer e

problematizar, sendo que a ausência dessa postura torna um profissional descompromissado, que se limita ao conhecimento superficial.

O assistente social é capaz de articular, identificar e colher informações referentes ao enfrentamento da questão da desumanização, também há um papel relevante de valorizar a importância do sujeito social no cotidiano na prática social, em conjunto com o respeito aos diversos aspectos culturais, econômicos e políticos. É dessa forma que Deslandes (2008) afirma que

Reconhecer o “intrínseco valor da vida humana”, independentemente de status ou qualquer hierarquia, traz também ao foco do debate as questões da igualdade, equidade e a discussão, emergente naquela sociedade. Afirmar que cada pessoa é insubstituível é reconhecer que cada um (pacientes ou colegas) possui singularidade definidoras de uma identidade única (DESLANDES, 2008).

2.4 Práticas na Área da Assistência Social

De acordo com a Tipificação de Serviços Socioassistenciais, a Instituição de Longa Permanência é caracterizada como um serviço de alta complexidade, que tem como principal objetivo acolher e garantir proteção integral, e restabelecer vínculos familiares perdidos, de idosos, em situação de negligência, violência e abandono, com vínculos familiares rompidos, fragilizados ou inexistentes.

Pela ausência de serviços, tais como: o acompanhamento dos idosos em suas famílias, casas de passagem, centro-dias, muitos idosos são encaminhados a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos antes de esgotadas todas as possibilidades de auto sustento e convívio com os familiares (BRASIL, 2009, p. 31-32).

Todos os indivíduos estão inseridos em uma sociedade capitalista, e quando chegam à fase da velhice, sentem-se excluídos da sociedade e esquecidos, mas o Serviço Social tem a possibilidade de contribuir no resgate da identidade, muitas vezes, perdida do idoso, e o respeito perante esse (a) idoso (a), a partir do tratamento humanizado, orientando e defendendo direitos fundamentais como liberdade, autonomia, participação, a partir de relações democráticas, princípios constituintes do Código de Ética do/a Assistente

Social (1993) e imprescindíveis para o profissional, de modo que reconhece a liberdade como valor central e atua na defesa dos direitos humanos e na ampliação de direitos sociais (ALVES, 2013).

A escuta qualificada realizada pelo assistente social é prática relevante no atendimento humanizado, pois a escuta permite que o profissional receba informações do campo familiar, demandas, vulnerabilidades, buscando assim formas de conseguir resolver essas questões, tornando-se assim uma “escuta diagnóstica” (SANCHES; SILVA, 2019, p. 608-609).

O Serviço Social é uma profissão de caráter interventivo e

O assistente social é um profissional que tem como objeto de trabalho a questão social com suas diversas expressões, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio das políticas sociais, públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais (PIANA, 2009, p.86).

O idoso institucionalizado é resultado de várias expressões da questão social como abandono, violência, pobreza, portanto é fundamental o assistente social elaborar, coordenar e executar ações que contribuam para um atendimento humanizado, que colaborem para transformar a realidade na qual o idoso encontra-se.

No artigo 4º da Lei de Regulamentação da profissão, são especificadas as competências do assistente social:

O Serviço Social aparece atualmente como uma profissão consolidada na sociedade brasileira, ganhando visibilidade no cenário atual e sustentado por um projeto ético-político que o habilita a formular respostas profissionais qualificadas face à questão social. Esse projeto comprometido com valores e princípios que apontam para a autonomia, a emancipação, a defesa da liberdade e da equidade, a socialização da política e da riqueza socialmente produzida e o pleno desenvolvimento de seus usuários, vem se concretizando nas ações cotidianas de trabalho dos Assistentes Sociais, seja qual for o espaço de atuação, permitindo-lhes compreender o Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e no encaminhamento de ações que contribuam para a ultrapassagem do discurso da “denúncia” para o âmbito das práticas institucionais e da contribuição à formulação de novas políticas sociais.

Essa postura ética pertencente ao Serviço Social, permite ao assistente social priorizar a autonomia, liberdade, equidade, ao lidar com o idoso institucionalizado, garantindo seu papel na sociedade e promovendo sua dignidade.

O Código de Ética do/a Assistente Social (1993) já é por si só, um orientador para a prática humanizada no atendimento com os idosos, pois traz os seguintes elementos como princípios fundamentais:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação, e plena expansão dos indivíduos sociais
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza social produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com o movimento de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, idade e condição física; (BRASIL, 1993, p. 23-24).

A atuação do assistente social com a população idosa está pautada na efetivação dos direitos humanos e sociais, reconhecendo os idosos a partir da sua condição de classe e investigando formas de resistência e sobrevivência para essa população, assim como elaborando estratégias (TEIXEIRA, 2020).

Desse modo, é possível atender aos aspectos de um atendimento humanizado, contribuindo para uma sociedade mais justa e igualitária.

A prática profissional do assistente social com o idoso que vivencia diversos momentos de exclusão social, consiste em proporcionar um diálogo a distintas faixas etárias. Portanto:

Cabe ao Serviço Social, em sua função educativa e política, trabalhar os direitos sociais do idoso, resgatar sua dignidade, estimular consciência participativa do idoso objetivando sua integração com as pessoas, trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade, levando em consideração que ele é

parcela de uma totalidade que é complexa e contraditória (SOUZA, 2003, p. 3).

Práticas que remetem a humanização como: garantir direitos sociais dos idosos, respeitar sua dignidade, promover meios para garantir a sua autonomia, não esquecendo-se da sua particularidade e singularidade, são essenciais para consolidar o atendimento humanizado no âmbito da assistência social. Desse modo

A discussão do cuidado na velhice é multidimensional, imbricada de questões relacionais, econômicas e sociais. O cuidado pode ser identificado como: ato associado à atividade, às formas de expressão do cuidado; proteção vinculado às políticas públicas, ampliando a prevenção às situações de risco pessoal, tais como, a violência praticada contra os idosos, a violação dos direitos, o incentivo ao autocuidado; prevenção à dependência, ao abrigo, envolvendo tanto os cuidados da vida diária como os cuidados de preservação da autonomia, da liberdade de conviver e da livre manifestação, que, em conjunto, fortalecem as convivências familiar, comunitária e social, para que os idosos não vivam em isolamento social; direito expressa o compartilhamento do cuidado entre a família e os serviços direcionados à população idosa, por exemplo, os espaços de convivência e, a partilha dos custos do cuidado entre a família e o Estado (TEIXEIRA, 2020, p. 62-63).

O assistente social ao lidar com a questão envelhecimento, terá de analisar três fatores (relacionais, econômicos e sociais), que estão relacionados um com o outro, para então adotar estratégias de intervenção, pois esses fatores contribuem na qualidade de vida do idoso, dividindo a responsabilidade do cuidado entre a família e o Estado.

3 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Nesta seção abordamos o contexto histórico das instituições de longa permanência para idosos, abordagens e técnicas de caráter humanizado que refletem na qualidade de vida dos idosos, e propostas humanizadas para aprimorar o atendimento a idosos em ILPIs.

3.1 Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Há registro de iniciativas pioneiras de acolhimento a idosos, vinculadas ao Cristianismo. Entre os anos 520 e 590, o Papa Pelágio II, tornou sua residência em um hospital de acolhimento para pessoas idosas, com traços caritativos e filantrópicos.

Os denominados “asilos”, tinham a função de abrigar sujeitos que não adequavam-se em outras instituições, como a população em situação de rua, e pessoas idosas (TEIXEIRA, 2014).

No final do século XX, os “asilos” passaram a ser chamados de Instituições para Velhos, mas atualmente ainda há o uso desenfreado desse termo pejorativo (TEIXEIRA, 2014). O termo pode ser definido como:

Define-se asilo (do grego *ásylos*, pelo latim *asylu*) como casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. Considera-se ainda asilo o lugar onde ficam isentos da execução das leis, os que a ele se recolhem. Relaciona-se assim, a ideia de guarita, abrigo, proteção ao local denominado de asilo, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais. Devido ao caráter genérico dessa definição outros termos surgiram para denominar locais de assistência a idosos como, por exemplo, abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato. Procurando-se padronizar a nomenclatura, tem sido proposta a denominação de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), definindo-as como estabelecimentos para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010, p. 252)

Realizando um contexto histórico, no Brasil Colônia, o Conde de Resende criou no Rio de Janeiro, em 1794, a Casa dos Inválidos, que tinha como objetivo oferecer aos soldados idosos uma velhice com dignidade. Em seguida, foi criado o Asilo São Luiz para a chamada Velhice Desamparada,

fundado em 1890, foi a instituição pioneira para pessoas idosas, fundada também no Rio de Janeiro, contribuindo para a visibilidade e notoriedade do envelhecimento na sociedade (TEIXEIRA, 2014).

Quando não haviam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, com pessoas com doenças mentais, crianças abandonadas, desempregados, e com pessoas que não haviam como se manter financeiramente. No final do século XIX, a Santa Casa da Misericórdia de São Paulo apresentava assistência a pessoas em situação de rua, e diante do aumento de internações para idosos, passou a definir-se como instituição gerontológica em 1964 (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010).

Com o objetivo de amenizar aspectos negativos do termo “asilos”, foi criado no início do Milênio pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGGG) a expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos”, que passou a ganhar legitimidade com a Resolução 283 da SBGG, em 2005 (TEIXEIRA, 2014).

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS) são caracterizadas como um serviço da Proteção Social Especial da Alta Complexidade, ou seja, quando são extenuadas todas as possibilidades de vínculos familiares e autossustento da pessoa idosa.

Sobre as ILPIS, é importante destacar que:

As ILPIS só poderão acolher idosos com 60 anos ou mais de ambos os sexos, independentes ou com diversos graus de dependência. A institucionalização é prevista para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Os idosos com vínculos de parentesco ou afinidade, casais, irmãos, amigos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. Aos idosos casados deve ser ofertado o compartilhamento do mesmo quarto. Idosos com deficiência devem ser incluídos nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas e o isolamento desse segmento (ROSA, 2016, p. 27).

O trabalho do profissional de Serviço Social, em uma ILPI apresenta como objetivo a implantação e, sobretudo, a transformação de práticas educativas, abordando novas concepções acerca do envelhecimento, conseqüentemente contribuindo para uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa, promovendo o suporte emocional e social, para enfrentar a doença e as

limitações física e psíquicas (FALCÃO; ARAÚJO, 2010). Contudo, essa é a perspectiva do autor sobre as possibilidades da ação profissional do assistente social, pois nem sempre ocorre dessa forma.

O assistente social deve possuir uma postura crítica que, por meios de instrumentos e técnicas, consiga intervir na realidade social em que o idoso está inserido, propondo soluções, dessa forma o assistente social:

Requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético político com os valores democráticos e competência teórica metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados a pesquisa da realidade, possibilitam decifrar situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ações diretas, estimuladora da participação os sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-lo (IAMAMOTO, 2011, p.208).

O Artigo 5º do Código de Ética do Assistente Social (1993), estabelece como deveres do assistente social na sua relação com o(a) usuário(a), as seguintes concepções:

b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrários aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;

f) fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1993).

Portanto, o assistente social tem a sua ação profissional efetivada, quando se coloca à disposição para compreender a realidade na qual o idoso está inserido, assim como contribuir para resoluções de diversas situações que o idoso esteja vivenciando nas instituições, sendo assim:

O Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade [...] a conjuntura não é pano de fundo que emolduram o exercício profissional; ao contrário são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social devendo ser apreendidas como tais (IAMAMOTO, 2011, p.55).

3.2 Abordagens e técnicas de caráter humanizado e o reflexo na qualidade de vida de idosos

Para consolidar um envelhecimento considerado ideal, é necessário que o idoso tenha modelos de autonomia e atividades constantes, que se chama envelhecimento ativo (MIRANDA; BANHATO, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005):

o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

Portanto, ter um envelhecimento ativo, que envolva a participação dos idosos em tarefas cotidianas, ou lazer, possibilita a melhora da qualidade de vida desse idoso.

Segundo a OMS (1994), a qualidade de vida pode ser entendida como:

a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994, p. 14).

Mas há muitos entraves para se ter um envelhecimento digno e ativo, pois a desigualdade social no Brasil é um fator alarmante, e os idosos sofrem a consequência dessa desigualdade, dessa forma, é importante salientar:

Nos países como o Brasil, com extrema desigualdade socioeconômica e diversidade cultural, o atendimento assume contornos diferenciados. No sul, sudeste e para aqueles com poder aquisitivo maiores, a institucionalização tende a ser similar a dos países desenvolvidos. Porém, muitos idosos são institucionalizados por doenças crônicas-degenerativas e dificuldades geradas pela falta da família ou impossibilidade desta para mantê-los (POLLO; ASSIS, 2008, p. 33).

Há também a questão do preconceito contra as pessoas idosas, pois ainda existe o estigma de que o idoso é algo antigo e que não pode apresentar produtividade, portanto:

O status reduzido das pessoas idosas é também devido à ênfase contemporânea na juventude, beleza, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo reprodutivo. Assim, “ ser velho”, assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 587).

Ou seja, não há como proporcionar qualidade de vida aos idosos, sem proporcionar um atendimento humanizado, que respeite sua singularidade, agindo de forma ética e sobretudo humana ao lidar com esse idoso.

Como em Instituições de Longa Permanência para Idosos, há um grande quadro de profissionais na área da saúde (enfermagem, medicina, nutricionista, fisioterapeuta), são esses profissionais que passam a maior parte do tempo com os idosos institucionalizados.

O desconhecimento dos direitos dos idosos, e não respeitar a sua escolha enquanto sujeito, podem ser considerados a causa da desumanização no atendimento, o não reconhecimento de que cada idoso é diferente, pode provocar um atendimento mecânico e totalmente impessoal (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Acolhimento e humanização se entrelaçam, pois acolher significa ouvir, ter uma postura protetora, e oferecer conforto, respeitando as necessidades e anseios de cada idoso, deixando o tecnicismo de lado, e oferecendo a resolução dos problemas que o idoso apresenta, de uma forma atenta e compromissada com as demandas do idoso (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Segundo Araújo et. al., (2014), o termo humanização pode ser visto como uma forma de enxergar a totalidade do idoso, suas crenças, valores, percepções, limites e possibilidades vivenciadas por ele, para conseguir atendê-lo da melhor forma possível, fazendo com que se sinta um protagonista da sua história, e não um coadjuvante. Dessa forma:

Humanização não é uma técnica ou artifício, mas um propósito de oferecer e realizar o melhor tratamento e cuidado ao ser humano, compreensão e valorização da pessoa, considerando acima de tudo que haja sensibilização por parte da equipe, sendo necessário preparo técnico e humanizado para o cuidado integral ao idoso (ARAÚJO et al., 2014, p.222).

A qualidade do atendimento é parte importante para alcançar o atendimento humanizado, pois segundo Araújo et. al., (2014):

A qualidade do atendimento, imprescindível na humanização, gestos demonstrando respeito e atenção, de forma igualitária, fazem a diferença no atendimento. Resgatar a humanização talvez seja refletir mais conscientemente sobre o que é o ser humano, respeitando suas necessidades, seus valores, suas crenças, tendo sua privacidade

preservada sempre que possível, proporcionando condições e ambientes favoráveis, com tratamento digno, solidário e acolhedor ao seu restabelecimento, e em última instância, a morte digna (ARAÚJO et. al., 2014, p. 222).

O respeito a autonomia do idoso, está ligado ao fato do profissional saber que a decisão do idoso está ligada às suas crenças e valores, não influenciando na sua escolha, e sem uso de coações, ou intimidações, mas sabendo corresponder ao que o idoso propõe (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Em muitas situações há a infantilização da velhice, apresentando expressões infantis e que remetem ao menosprezo da capacidade do idoso de compreender o que está acontecendo, reforçando ainda mais a ideia de dependência da pessoa idosa (ALVES JUNIOR, 2004).

Por conta desse fato, é importante que o idoso participe, respeitando a sua vontade, de atividades, como pintura, dança, música, elevando seu papel social, pois como menciona Souza (2002):

Além dos diversos benefícios nas instâncias psíquicas e sociais de indivíduos idosos, o canto proporciona também pequenas melhoras do ponto de vista biológico. Aprimora a capacidade respiratória, o controle da musculatura das cordas vocais e, através do ritmo, ocasiona uma melhora nos movimentos corporais (SOUZA, 2002, p. 879).

Conseqüentemente sendo respeitados a autonomia do idoso, e promovendo atividades para esses idosos se manterem ocupados de forma positiva, reforça o caráter do atendimento humanizado, com fatores como independência e autonomia, promovendo a qualidade de vida, e no caso de idosos institucionalizados, proporciona um ambiente confortável e agradável.

3.3 Propostas para aprimorar o atendimento a idosos (as) em ILPIs

A interdisciplinaridade é um fator determinante para um melhor atendimento a idosos em ILPIs, pois permite que ocorra uma articulação da equipe profissional, garantindo a assistência adequada aos idosos, pois a interlocução entre as profissões faz com que o atendimento tenha efetividade (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

A satisfação e autonomia nos processos de trabalho em uma ILPI, refletem na atuação profissional, pois com melhores condições de trabalho,

como a valorização e remuneração adequada fica mais fácil para lidar com as demandas apresentadas (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

É papel do Estado também garantir programas de suporte aos idosos, e para os profissionais, com intuito de proporcionar qualidade dos serviços prestados, assim como promover condições dignas aos idosos.

Para que uma ILPI funcione de maneira correta, a atenda todas as demandas que os idosos apresentam, é necessário que tenha uma equipe multiprofissional “ composta por enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionista, médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e educador físico, como também de cuidadores” (SALCHER; PORTELLA, SCORTEGAGNA, 2015, p. 260).

Esse conjunto de profissões, permite que o idoso seja atendido de uma forma ampla, atendendo um conjunto de necessidades, garantindo a atenção integral a sua saúde e bem-estar (SALCHER; PORTELLA, SCORTEGAGNA, 2015). É importante salientar que:

A humanização é enfocada também em relação ao compromisso com os direitos humanos, à garantia de acesso aos usuários dos serviços de saúde e à possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva na gestão dos serviços de saúde, sendo ainda explicitada como encontro de sujeitos e subjetividades. É também comentada a ideia de que a humanização é a possibilidade de transformação da cultura institucional, um movimento contra a violência institucional na área da saúde (CASATE; CORRÊA, 2011, p. 221).

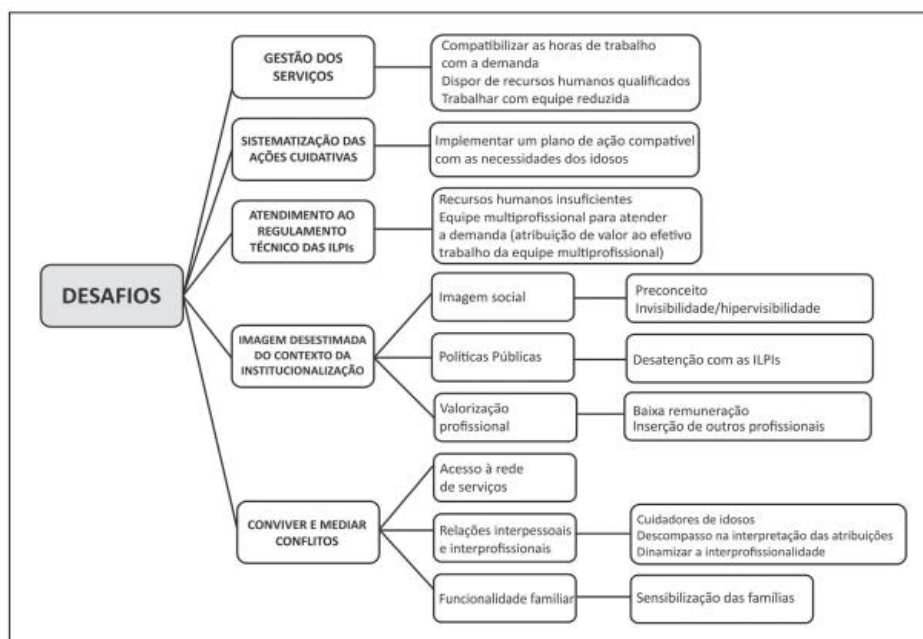
Se as equipes profissionais se unirem e agirem conjuntamente, tendo um olhar multidimensional, que trata de vários aspectos, então é possível promover um atendimento digno ao idoso (SALCHER; PORTELLA, SCORTEGAGNA, 2015).

Mas também há questões de estruturas relevantes que devem ser avaliadas, como as condições de vida que o idoso enfrenta, pois cada idoso apresenta um tipo de envelhecimento na sociedade, por conta do fator econômico e social. Portanto:

No contexto atual brasileiro, não podemos deixar de olhar, portanto, para o envelhecimento como um processo histórico costurado às desigualdades econômicas, raciais e de gênero. Há idosos que cuidam e que são cuidados, que dão suporte financeiro, que precisam de insumos para sua sobrevivência, que vivem nas ruas (MAZUCHELLI et al., 2021, p. 3).

Em uma pesquisa intitulada “Cenários de cuidados de longa duração: possibilidades avaliativas, interventivas e educacionais na atenção gerontológica” (SALCHER; PORTELLA, SCORTEGAGNA, 2015), é possível observar os dados, e como a escassez do trabalho da equipe multiprofissional influencia no atendimento ao idoso, conforme a seguir:

Figura 1- Diagrama dos desafios apontados pelos participantes. Passo Fundo – RS, 2013



Fonte: Cenários de cuidados de longa duração: possibilidades avaliativas, interventivas e educacionais na atenção gerontológica (Salcher; Portella; Scortegagna, 2015).

É possível concluir através dessa pesquisa com os participantes que são profissionais de uma instituição de longa permanência para idosos, que os maiores desafios apresentados pelos profissionais perpassa pela problemática da gestão de serviços, sistematização de ações cuidativas direcionada aos idosos, atendimento ao regulamento técnicos da ILPIs, imagem desprezada do contexto da institucionalização, conviver e mediar conflitos.

Muitas ILPIs estão em situação irregular, tanto na parte da estrutura física, como na parte da estrutura organizacional. Pois:

Sem fiscalização, contudo, muitas ILPI não atendem aos critérios mínimos para seu funcionamento adequado, permanecendo

irregulares, ou funcionando na clandestinidade, o que, no contexto da pandemia, aumenta ainda mais a vulnerabilidade de idosos residentes nessas instituições (MAZUCHELLI et. al., 2021, p.9).

Em uma pesquisa intitulada “Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais ” (ALVES et. al, 2017), é possível observar a desorganização de algumas instituições. Conforme no quadro abaixo:

Figura 2- Aspectos físico-estruturais em uma instituição de longa permanência para idosos

ILPIs	A	B	C	D
Dormitórios				
Número de dormitórios	04	04	04	08
Separados por sexo	*1	*1	Sim	Sim
Camas por dormitório feminino	06	05	19	30
Camas por dormitório masculino	*1	*1	12	15
Distância de 0,80m entre as camas	Não	Não	Não	*2
Presença de grades nas camas	Não	Não	Sim	Não
Revestimento impermeável em colchões e travesseiros	Não	Sim	Sim	Sim
Luz de vigília na porta	Não	Não	Não	Não
Campainha nos dormitórios	Não	Não	Não	Não
Higiene adequada	Não	Sim	Sim	Sim
Circulação de ar adequada	Não	Sim	Sim	Não
Iluminação do ambiente	Não	Sim	Sim	Não
Banheiros				
Separados por sexo	*1	*1	Sim	Sim
Barras de segurança	Não	Não	Sim	Sim
Piso antiderrapante	Não	Não	Sim	Sim
Área em tamanho adequado para entrada de cadeira de banho	Sim	Sim	Não	Não
Presença de desníveis	Sim	Sim	Não	Não
Higiene adequada	Não	Sim	Sim	Sim
Iluminação do ambiente	Não	Sim	Sim	Sim
Área de circulação				
Área para lazer	Não	Não	Sim	Sim
Presença de escada	Não	Sim	Não	Sim
Piso antiderrapante	Não	Não	Não	Não

Fonte: Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais (ALVES et. al., 2017).

De acordo com o resultado da pesquisa:

“ As ILPIs pesquisadas atendem em parte aos dispositivos da RDC Nº. 283/2005, da ANVISA. Nenhuma das quatro ILPIs investigadas seguem as normas preconizadas na legislação quanto ao número máximo de quatro camas por quarto, distância de 0,80m entre as camas, presença de campainha e luz de vigília no ambiente, evidenciando a estrutura precária dos dormitórios” (ALVES, et. al; 2017, p. 5).

É necessário reorganizar o quadro de profissionais, exigir qualificação técnica por parte dos profissionais, elaborar estratégias para atender as necessidades dos idosos. Promover um atendimento humanizado está ligado

ao fato dos profissionais serem valorizados em sua profissão, com salários dignos, carga horária que não são abusivas.

Há o estigma do preconceito que os idosos institucionalizados também sofrem, pois a sociedade ainda mantém a ideia que as ILPIs significam um depósito de pessoas, que não há mais como o idoso ter utilidade, ou ter a sua autonomia e independência respeitada.

Também há a escassez de atividades que promovam autonomia, qualidade de vida, e bem-estar dos idosos, conforme vimos a seguir:

Nesse sentido, os profissionais apontam como desafio da gestão cumprir o que prevê a legislação, estabelecendo que as ILPIs devem apresentar recursos humanos adequados e capacitados para desempenhar atividades de cuidado a saúde, lazer, limpeza e alimentação, adequando a quantidade de profissionais ao grau de dependência e número de idosos, além de dispor as horas de trabalho com as atividades a serem desenvolvidas. Depoimentos:

Íamos às ILPIs toda semana para realizar as atividades com idosos, quando foram cortados os convênios com a prefeitura nós não podemos mais frequentar as instituições. Sendo assim, as ILPIs ficaram sem profissionais da Educação Física, pois são poucas que têm condições financeiras para manter todos os profissionais (educador físico). Mais horas para o trabalho em ILPIs diante da dificuldade em aumentar o peso dos idosos desnutridos e manter um bom estado nutricional (nutricionista) (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015, p. 264).

Por parte do Estado, as políticas públicas relacionadas aos idosos, merecem uma atenção maior, pois ainda existe um caminho longo a percorrer ao que diz respeito a garantia de direitos dos idosos, o respeito ao idoso, e a valorização do idoso enquanto ser-humano, precisa ser trabalhada de forma positiva na sociedade para poder romper com velhos paradigmas e colocar o idoso em posição de protagonismo.

Ainda de acordo com a ação profissional do assistente social:

o Assistente Social, ao atuar na identificação dos determinantes sociais que interferem nas condições de vida e de saúde dos usuários, tem como premissa a integralidade das ações na elaboração de estratégias para o enfrentamento das demandas apresentadas. A humanização na saúde depende da construção de um projeto democrático voltado para as demandas do humano (SANTOS et al.; 2018, p. 91).

Mas não somente ao ambiente hospitalar é necessária e importante a humanização do atendimento, mas em todos os espaços de atuação que o

assistente social pode ocupar, elaborando estratégias de enfrentamento à questões e demandas apresentadas pelo idoso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, percebemos que um projeto de intervenção de caráter humanizado em instituições de longa permanência para idosos, seria relevante, pois o exercício profissional do assistente social é orientado para a defesa de políticas públicas humanizadas, especialmente, no atendimento a idosos.

A desumanização é resultado de uma sociedade capitalista, que visa o lucro, fomenta o individualismo, o consumismo, coisifica as relações humanas e, nesse âmbito, os seres humanos passam a ser vistos como meros objetos. Por vezes, profissionais que atendem idosos limitam-se a essa visão, deixando de considerar que cada idoso possui seus valores, histórias, singularidades.

Os idosos que residem em ILPIs necessitam de cuidados, sobretudo de afeto, atenção e orientações quanto aos seus direitos.

Os profissionais que trabalham na área da saúde, por vezes, se aproximam dos princípios da política de humanização, por estarem em constante contato com o idoso mas, as vezes, por condições precárias de trabalho, limitam-se a aplicar técnicas, perdendo a paciência com facilidade e se esquecem de proporcionar um atendimento humanizado a esse segmento.

De fato, é importante a multidisciplinaridade em ILPIs, para que o atendimento aos idosos seja realizado a partir da efetiva articulação entre as áreas de conhecimento.

Com frequência, o idoso é visto de forma preconceituosa e estigmatizada na sociedade, e são taxados como alguém “difícil de lidar”, “teimoso”, improdutivo, todas essas expressões resultantes de preconceitos são reflexos de construções socio históricas.

É importante os profissionais que atendem o público idoso analisarem essa realidade considerando que, por mais resistência que o idoso possa apresentar, é necessário trata-lo com respeito e dignidade. O contato com o idoso, o toque também é importante para ele se reconhecer como sujeito que tem identidade; assim como o diálogo, pois possibilita que o idoso se sinta capaz de interagir e demonstrar suas emoções.

A escuta qualificada possibilita que o assistente social e o idoso construam uma relação de confiança, permitindo que o idoso relate situações

do cotidiano em que vive, divida os fatos que o incomoda e, assim, haja um atendimento humanizado que considere as singularidades dos sujeitos, pois é de suma importância para o idoso ser escutado, acolhido, além de ter os seus direitos garantidos em conformidade com a legislação vigente, como o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional do Idoso (1994), tendo em vista a premência da população idosa ser efetivamente incluída na sociedade.

Consideramos fundamental a ampliação da produção de conhecimento crítico sobre o envelhecimento e a velhice da população brasileira, dado a aviltante desigualdade social posta e os seus graves desdobramentos.

É imprescindível avançarmos para que a política de humanização seja efetiva, considerando-se os amplos processos de desumanização a que a população brasileira está submetida, nos diferentes grupos etários. Nesse sentido, o Serviço Social, enquanto área de conhecimento, apresenta amplas possibilidades de contribuição, para fazer o contraponto tão necessário, especialmente, no que se refere à realidade social da população idosa brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aline Branco de Amorim; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. **O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética.** Revista bioética, Brasília, v. 19, n. 1, p. 197 – 217, 2011.

ALVES JÚNIOR, Edmundo de Drummond. **A pastoral do envelhecimento ativo.** 2004. 621p. Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2004.

ALVES, Manuela Bastos; MENEZES, Maria do Rosário de; FELZEMBURG, Ridalva Dias Martins; SILVA, Valdenir Almeida da; AMARAL, Juliana Bezerra do. **Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects.** Escola Anna Nery, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-8, 17 ago. 2017.

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO, Ana Cristian Mancussi e. **Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**, s.d. p. 250-262. Disponível em http://www.here.abennacional.org.br/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf. Acesso em 19 de Jun. 2022

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira; LOPES, Cleny Maciel; SANTOS, Gleiciane Rosa; JUNQUEIRA, Luana Pires. (2014, março). **Perfil dos colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).**

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 546-551, out. 2007.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **Curso de direito do idoso.** São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, SF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde.** Documento Base 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & Sociedade**, ano XXIV, nº 75, Especial, São Paulo: Cortez Editora, 2003. p. 19-33.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. São Paulo: Nova Fronteira. 1990.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 561-571, set. 2005.

CALEGARI, Rita de Cássia; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; SANTOS, Marcelo José dos. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 49, n. 2, p. 42-47, dez. 2015.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 31, n. 7, p. 1460-1472, jul. 2015.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 219-226, fev. 2012.

CHUPEL, Cláudia Priscila. MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Acolhimento e serviço social**: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. 2010.

CLOS, Michelle Bertóglio; GROSSI, Patrícia Krieger. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 395-411, Ago. 2016.

DESLANDES, Suely Ferreira. comp. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p.

FRAGA, Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar., 2010.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de (Orgs.). **Psicologia do envelhecimento**: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas: Alínea, 2009.

GONÇALVES, Costa Valdênia. ANDRADE, Kátia Lima. **Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís- MA)**. Ver. Bras. gerontol. 13 (2). 2010.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação**. 21. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IBGE, **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019**.

Disponível em <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html#:~:text=Segundo%20dados%20da%20PNAD%20Cont%C3%ADnu,estimativa%20superior%20a%20das%20mulheres>>. Acesso em: 01 jun. 2022

IBGE. **Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 01 jun, 2022

Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS, 1994.

Lei 8662/1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana; UCHÔA, Elizabeth. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 745-757, jun. 2003.

MACHADO, Kátia. **Integralidade, a cidadania do cuidado**. Radis, Rio de Janeiro, n. 27, p. 15-16, nov. 2004.

MARTINS, Josiane de Jesus; SCHIER, Jordelina; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 371-382, dez. 2007.

MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos de; BRÊDA, Mércia Zeviani; JORGE, Jorgina Sales. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial**. Acta Paulista de Enfermagem, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014..

MAZUCHELLI, Larissa Picinato; SOARES, Maria Francisca de Paula; NORONHA, Diana Oliveira; OLIVEIRA, Marcus Vinicius Borges. Discursos sobre os idosos, desigualdade social e os efeitos das medidas de

distanciamento social em tempos de covid-19. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 1-12, 2021.

MENDES, Márcia R.s.s. Barbosa; GUSMÃO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussi e; LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paulista de Enfermagem, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 422-426, dez. 2005.

MIRANDA, Luciene Corrêa; BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho. **Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos**. *Psicol. pesq.* [online]. 2008, vol.2, n.1, pp. 69-80. ISSN 1982-1247. Acesso em: 20 jun. 2022.

MOLINARO, Carlos Alberto. **Dignidade, Direitos Humanos e fundamentais: uma nova tecnologia disruptiva**. Bio Ética y Derecho, [s. l], p. 103-119, 2017. Acesso em: 20 jun. 2022.

OMS (org.). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 2005. Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 04 jun. 2022.

Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. CFESS. Brasília, 2009.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Ver. Saúde Pública. 2001.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9.

POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica de. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do rio de janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 29-44, abr. 2008. Acesso em: 09 jun. 2022.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 20, n. 5, p.1342-1353, out. 2004.

REICHERT, Claudete Bonatto; WAGNER, Adriana. **Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade**. Estud. pesqui. psicol. [online]. 2007, vol.7, n.3, pp. 0-0. ISSN 1808-4281.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: práticas e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009. 182 p.

ROSA, Evelane Cristina. **O Serviço Social na garantia de direitos da pessoa idosa**: O exercício profissional nas Instituições de Longa Permanência para Idoso em Florianópolis. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2016). Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169847/TCC%20Evelane%20Cristina%20Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: jun. 2022.

SALCHER, Eduarda Brum Guedes; PORTELLA, Marilene Rodrigues; SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 259-272, jun. 2015.

SANCHES, Natália e SILVA, Rafael Bianchi. **A escuta qualificada na assistência social**: Da postura diagnóstica às formas (po)éticas de escutar. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2019, vol.19, n.3, pp. 604-622. ISSN 1808-4281.

SANTOS, Mariana Pereira dos; SILVA, Patrícia Baptista da; NOMINATO, Rosiani Apelfeler; BORBA, Roberta Daniel de Carvalho Fernandes. Um olhar do serviço social sobre o processo de humanização em ambiente hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Espaço Acadêmico.**, [s. l], v. 07, p. 87-99, jul. 2018. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/07/revista-espaco-academico-v07-n01-artigo-06.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

SANTOS, Jussara da Paixão dos. **A escuta qualificada – instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado**. 24. f. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas). São Paulo: Programa FGV in company, 2014. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/373251596/TCC-Escuta-Qualificada>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SILVA, Regina Célia Pinhero da; ARIZONO, Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**: UNITAU, [s. l], v. 1, n. 2, p. 1-12, 2008.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre brasil, américa latina e portugal. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 126, p. 215-234, jun. 2016.

SciELO – Scientific Electronic Library Online. **Portal**. Disponível em: <<https://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>>. Acesso em: jun. 2022.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade**: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 585-593, dez. 2008.

SOUZA, Mária Godinho Cerqueira de. (2002). **Musicoterapia e a clínica do envelhecimento**. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz. Tratado de Geriatria e Gerontologia. pp.872-881. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Disponível em: <https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022

SOUZA, Dayse. **Serviço Social na Terceira Idade: Uma Práxis Profissional**. Editora UFPA. Belém, 2003.

TEIXEIRA, Hélio Aparecido Campos. **Antropofagia: A publicidade cívica da prática social cristã**. 2014. 244 f. Tese (Doutorado) – Curso de Pós - graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2014.

TEIXEIRA, Solange. M. **Serviço Social e Envelhecimento**- Ed. Edufpi: Teresina Piauí, 2020.