

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

AURELISA PEREIRA DE AQUINO

SERVIÇO SOCIAL E IDOSOS PORTADORES DE DA: ASPECTOS
RELEVANTES DE UM PROBLEMA SOCIAL NA ATUALIDADE.

VITÓRIA

2016

AURELISA PEREIRA DE AQUINO

SERVIÇO SOCIAL E IDOSOS PORTADORES DE DA: ASPECTOS RELEVANTES DE UM PROBLEMA SOCIAL NA ATUALIDADE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Célia Márcia Birchler

VITÓRIA

2016

AURELISA PEREIRA DE AQUINO

SERVIÇO SOCIAL E IDOSOS PORTADORES DE DA: ASPECTOS RELEVANTES DE UM PROBLEMA SOCIAL NA ATUALIDADE.

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em

Aprovado em ___ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Célia Márcia Birchler
Escola Superior da Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Orientadora

Prof. titulação

Escola Superior da Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. titulação ...

Escola Superior da Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à DEUS, pela graça do viver, por ser cuidada, direcionada e protegida por ELE em todos momentos de minha vida. Pelas oportunidades de desfrutar das ricas bênçãos sobre minha vida. E por me ensinar a ter fé, a confiar e crer que tudo eu posso naquele que me fortalece.

Ao meu irmão, Rogério de Aquino, pelo amor, pelo cuidado, pelo zelo, pelos conselhos, pela motivação, e pelas correções que me deste. Se eu não tivesse você em minha vida eu não seria quem sou hoje. Sei que posso contar com você sempre.....você é o meu porto seguro que DEUS me deu. Amo você.

As minhas sobrinhas Letícia e Layla, que me inspiram na vida, com suas alegrias, descobertas e conquistas. E que tornam o meu viver alegre a cada dia com seu amor. Obrigada por me fazer feliz.

As amigos que conquistei durante o período acadêmico, em especial a Vanderléia, Vanessa, Paulo e Lorena, que alegraram minhas noites e me fizeram com que eu permanecesse acordada durante as aulas.

A minha orientadora Prof. Célia Márcia Birchler, pela atenção, pela dedicação e paciência. Obrigada pela dedicação destinada a mim.

A todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação acadêmica.

Muito Obrigada!

Aurelisa Pereira de Aquino

Não tema, pois estou com você; não tenha medo,
pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei;
eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa.

Isaías 41:10

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	
MÉTODO.....	
O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL: O IDOSO E A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	
A ABORDAGEM SOCIAL À FAMÍLIA DE IDOSOS COM ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÃO NOS SEUS CUIDADOS.....	
AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS COM ALZHEIMER.....	
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR: IDOSOS COM ALZHEIMER.....	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	

SERVIÇO SOCIAL E IDOSOS PORTADORES DE DA: ASPECTOS RELEVANTES DE UM PROBLEMA SOCIAL NA ATUALIDADE.

AURELISA PEREIRA DE AQUINO

EMESCAM – Escola Superior de ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

– AV. N. S. da Penha, 2190, Santa Luíza ES 29045402 Tel.: (27) 33343500

Submetido em 00/11/2016.

Resumo

Objetivo: Este presente estudo de conclusão de curso tem como objetivo compreender a atuação do profissional de Serviço Social no enfrentamento do envelhecimento populacional e suas dificuldades no enfrentamento da doença de Alzheimer (DA). Desse modo os impactos relacionados ao processo de envelhecimento populacional. **Método:** Constitui-se numa pesquisa bibliográfica onde os dados foram coletados em livros, em artigos, em revistas, em sites abordando os temas pertinentes a idosos, doença de Alzheimer e atuação profissional como estratégia de busca para o tema. **Resultado:** A pesquisa proporcionou uma compreensão dos aspectos relevantes sobre o envelhecimento populacional, proporcionando conhecimentos sobre a política de atenção aos idosos e uma compreensão do fazer do profissional do Serviço Social. **Conclusão:** O estudo proporcionou uma compreensão sobre a relevância das questões sociais referentes ao envelhecimento, compreender os cuidados e o fazer profissional diante de um processo de adoecimento do idoso, bem como as políticas de atenção à saúde.

Descritores (Palavra – chave)

Serviço Social; Idoso; Doença de Alzheimer; Atuação Profissional.

INTRODUÇÃO

O Brasil está em processo de envelhecimento. Até a década de 50 ou mesmo 60, as características demográficas do país indicavam uma população bastante jovem, com altas taxas de fertilidade e taxas de mortalidade que apenas começavam a diminuir. Nos últimos anos teve início um processo de redução das taxas de fertilidade que vem se acelerando. As taxas de fertilidade diminuíram em cerca de 30%, entre 1970 e 1980. A redução da taxa de mortalidade leva a um aumento da expectativa de vida, a qual cresceu de 33,7 anos em 1990 para 63,5 anos em 1980. Já em 2013 em diante, esse tempo médio a ser vivido passou a ser cerca de 20 anos para homens e 23 para as mulheres. (IBGE, 2014).

O processo de envelhecimento populacional é fenômeno mundial, mais evidenciado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais o Brasil se insere. As principais razões para este fenômeno são a redução da taxa de fertilidade e de mortalidade, decorrentes dos avanços da medicina.

De acordo com Mendes et. al. (2005), o envelhecimento é um processo natural que caracteriza uma etapa de vida do homem, onde ocorrem mudanças físicas, psicológicas e sociais. Nesse momento do envelhecimento, o homem pode refletir sobre sua trajetória de vida, sobre seus ganhos e suas perdas. Diante do processo de envelhecimento, é percebido transformações gradativas no homem idoso como: ausência de memória, movimentos restritos, dificuldade do metabolismo, diminuição dos cinco sentidos (visão, olfato, audição, paladar e tato). Nessa etapa do ciclo da vida, fica evidente a fragilidade do ser humano que passa a ser dependente de outra pessoa.

Neste final de ciclo da vida, a família é essencial ao processo do envelhecimento do idoso e dos cuidados a serem prestados, pois surgem doenças que são crônicas e múltiplas. Nesse contexto pode ser inserido como

exemplo de doença o Alzheimer, que é uma forma de demência que afeta o idoso e compromete sua integridade física, mental e social (MENDES et. al. 2005).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo compreender a atuação do profissional de Serviço Social no ambiente hospitalar. Tendo como objetivo específico abordar os aspectos da política de atenção à saúde voltada para idosos com Alzheimer e apontar para o processo de envelhecimento da população e suas consequências para a saúde do idoso.

O interesse pelo tema surgiu enquanto graduanda do curso de serviço Social, após participar de estágio supervisionado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES (HSCMV), quando ao acompanhar o atendimento da profissional na instituição fiquei instigada em aprofundar o estudo sobre a doença, sobre o trabalho do Serviço Social nessa área e pelo tipo de assistência prestada a saúde dos idosos com Alzheimer.

O estudo é relevante para o Serviço Social uma vez que poderá ampliar a produção de estudos e conhecimentos da temática proposta, visto que esta é uma área de investigação que necessita ser desenvolvida. O estudo poderá contribuir para uma reflexão do fazer profissional, melhorando a qualidade dos serviços prestados aos idosos com Alzheimer e seus familiares /cuidadores nos cuidados no acompanhamento nos serviços de saúde.

Metódo

Esse trabalho é resultado de um estudo bibliográfico, elaborado de forma a compreender os dados registrados em fontes, tais como livros, artigos científicos, revistas, sites pertinentes ao tema idoso, doença de Alzheimer e atuação profissional do Serviço Social, bem como as políticas de atenção ao idoso em que exigiu leitura, reflexão e análise, capacidade de síntese. A pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (GIL,1994).

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL: O IDOSO E A DOENÇA DE ALZHEIMER

É evidente em nossa sociedade as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais estamos passando. Essas transformações interferem no perfil populacional e no seu envelhecimento. Ocorrendo mudanças no que tange a incidência das doenças e óbitos em uma determinada população.

No que diz respeito ao envelhecimento populacional, esta é uma ocorrência que pode ser observado tanto pelo senso comum como pelos cientistas. Conforme afirma Minayo (2002), o envelhecimento populacional não ocorre de forma homogênea. Pois o envelhecimento traz todo um histórico relacionado à saúde, a educação e as condições financeiras dos indivíduos.

Mendes et. Al. (2005), destaca que o aumento da população idosa é devido à queda de mortalidade e aos avanços decorrentes da medicina, da melhora na urbanização das cidades, na melhora da alimentação, na higiene, na ampliação das vacinas, dos antibióticos e dos quimioterápicos, o que proporciona a cura ou a prevenção das doenças.

Minayo (2002), relata que o envelhecimento ainda é complicado explicar, pois o envelhecimento do ser humano traz uma bagagem de toda sua história desde o seu nascimento, a sua infância passando pela adolescência até a sua vida adulta. Para muitos a velhice ainda é associada a um sinal de ausência de liberdade, de tristeza, de doença, de dependência de outrem.

Esse aumento da população idosa, nós faz pensar e refletir sobre a existência da velhice como uma questão social. Essa questão está relacionada com a crise de identidade, ou seja, antigamente via-se o idoso como um sábio, uma pessoa que acumulava experiências. Hoje ele é visto como uma pessoa sem condições de atuar no mercado de trabalho, dependente e incapaz. Esta crise de identidade no idoso, o faz se sentir diminuído e desvalorizado. Ao passo que, esta mesma sociedade que rejeita o idoso, está presenciando o aumento

da população nesta faixa etária. Dessa forma, as mudanças dos papéis sociais, a aposentadoria, as perdas diversas e as diminuições de contatos sociais ocasionados pela velhice contribuem para esse processo (VIEIRA, 1996).

O envelhecimento é uma etapa natural do ciclo de vida do ser humano. Com seus aprendizados, sua história de vida, suas conquistas, suas perdas e suas dificuldades diante da expectativa de vida. Nesse contexto Mendes et. al. (2005), relata que o Brasil não está preparado para a mudança do perfil populacional do envelhecimento, o que torna esse contexto uma questão social, pois a qualidade de vida ainda não acompanha essa evolução. O que torna preocupante para a sociedade o envelhecimento sem qualidade e sem suporte social e político.

De acordo com Lemos (2002), perante o envelhecimento, a família exerce um papel de fortalecimento das relações, ainda que seja difícil aceitar esse processo. O ambiente familiar determina o comportamento do idoso. Pode-se perceber que em uma família onde há uma boa convivência familiar, o idoso é incluído em todas as funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração. No caso de uma família com relação conflituosa, ocorre à falta de respeito, e o não reconhecimento dos limites, e o relacionamento é carregado de frustrações, com idosos deprimidos e agressivos. Nesse contexto, as relações sociais na família começam a se inverter, os filhos passam a ser responsáveis pelos seus pais agora idosos. O que por fim gera um prejuízo ao idoso que perde sua posição de comando e decisão, e que outrora causa dificuldades nos relacionamentos, pois os filhos no decorrer de seu dever diário não conseguem conciliar o tempo para conversar e ouvir seus pais já idosos.

Perante o envelhecimento, é observado a diminuição da homeostase, do equilíbrio, que se juntar o tempo de exposição aos fatores de risco, percebe-se que os idosos são bem mais frágeis diante das doenças. E geralmente os idosos desenvolvem enfermidades crônicas e incapacitantes, o que gera um custo financeiro de sua saúde. Cerca de 30 a 50% dos indivíduos muito idosos (85 anos acima) são incapazes para pelo menos cinco das atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira,

usar o sanitário e manter a continência urinária e/ou fecal) e requerem cuidados pessoais em tempo integral. Eles são frágeis e apresentam elevado risco de quedas, confusão mental, hospitalizações freqüentes, sinais de maus-tratos e, em conseqüência, admissão em instituições de longa permanência (RESENDE et. al., 2001).

Atualmente, estamos vivenciando esse cenário de problemas sociais relacionados aos idosos, onde nesse contexto podemos inserir a doença de Alzheimer como enfermidade que afeta os idosos e como consequência seus familiares /cuidadores (VERAS, 1995).

De acordo com Pittella (2005), a doença de Alzheimer, é conhecida internacionalmente pela sigla DA, e recebeu esse nome em homenagem ao psiquiatra e neuropatologista alemão Dr. Alois Alzheimer em 1906, que observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher e com os primeiros sintomas demenciais por volta dos 51 anos. Naquela época, a causa da morte foi considerada como sendo uma doença mental até então desconhecida. Havia a suposição de que a DA estivesse restrita a uma categoria da doença chamada de demência pré-senil, pois afetava indivíduos com menos de 60 anos de idade. Com o tempo foi confirmado que as formas pré-senil e senil, apresentavam o mesmo substrato neuropatológico, indicando que o conceito da doença é o mesmo independente da idade em que ela possa ocorrer.

Para Pittella (2005), a doença de Alzheimer é relacionada ao processo de envelhecimento. A demência tem maior chance de se desenvolver nas idades mais avançadas, sendo que o envelhecimento constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença, uma vez que, envelhecimento e demência, compartilham qualitativamente das mesmas alterações neuropatológicas, na DA essas alterações ocorrem em intensidade muito maior. E até o momento não existe cura para a doença, que se agrava progressivamente até levar à morte.

De acordo com Camarelli (2002), a doença de Alzheimer é a causa mais comum de respostas cognitivas desadaptadas. Atinge a formação hipocampal, o centro de memória de curto prazo, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas. Compromete a memória, a orientação, a atenção, a linguagem, a capacidade para resolver problemas e as habilidades para desempenhar as atividades da vida diária. Sendo o Alzheimer uma doença que avança em níveis variados é possível caracterizar os estágios do processo demencial em leve, moderado e severo. Desse modo, os primeiros sintomas são geralmente confundidos com sinais relacionados com a idade ou manifestações de estresse. O sintoma mais comum é a dificuldade em recordar eventos recentes, o que se denomina perda de memória à curto prazo. À medida que a doença progride, o quadro de sintomas pode incluir confusão, irritabilidade, alterações de humor, comportamento agressivo, dificuldades com a linguagem e perda de memória à longo prazo. Em grande parte dos casos, a pessoa com Alzheimer afasta-se gradualmente da família e da sociedade.

As manifestações da doença geram múltiplas demandas, tornando o cuidado uma tarefa difícil de realizar, pois o idoso afetado necessitará de constantes cuidados e cada vez mais complexos. O cuidador familiar vai sendo absorvido concomitantemente ao aumento da carga de cuidados. É a pessoa que chama para si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o idoso doente lesado não tem mais possibilidade; tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família (KARSCH, 2003).

Perante o nosso cotidiano observamos que muitas vezes podemos envelhecer com perfeito desenvolvimento intelectual, sem grandes perdas de memória ou de saúde. No entanto, há uma parcela da população que envelhece com comprometimento mental e de saúde. No que tange a essa parte da população deve ser direcionado uma assistência ao idoso e principalmente à família que é centrada na figura do cuidador.

O cuidado a ser direcionado ao idoso em estado de demência, é muito mais complexo que em relação ao idoso sem comprometimento intelectual. Pois no cotidiano, os cuidados requerem atenção redobrada dos familiares /cuidadores,

o que acaba por desencadear um estresse e uma fadiga em relação aos cuidados, pois o familiar /cuidador pode apresentar uma carga excessiva de ansiedade, tanto pelo sentimento, quanto por constatar que a sua estrutura familiar está sendo afetada pela modificação dos papéis sociais.

No que tange a esse contexto Minayo (2002, p.52), descreve que o idoso e sua família necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida.

Ainda de acordo com Minayo (2002, p.52) a família passa a ter uma nova estrutura com novas adaptações e novas habilidades em relação a realidade familiar, que passa a exigir maior dedicação, mais compromisso, mais paciência e até mesmo desapego de sua vida em função de outra. Ao realizar esse compromisso, o familiar tem um desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional, podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando sua capacidade psicológica e sua postura de enfrentamento perante a vida.

Nesse processo de cuidar, Caldas (2000, p.52), diz que:

“o familiar é o principal responsável pelos cuidados e assume a maior parte da carga física e emocional. Por ter uma relação com o idoso anterior ao processo demencial, esse cuidador familiar demonstra de diversas formas a dificuldade de aceitar a transformação daquele ente querido que progressivamente vai assumindo um outro modo de ser, embora o mesmo corpo tão conhecido permaneça”.

A ABORDAGEM SOCIAL À FAMÍLIA DE IDOSOS COM ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÃO NOS SEUS CUIDADOS

Observando a transformação que ocorre na sociedade, percebe-se um aumento da população idosa em nosso cotidiano, o que demanda uma

observação cautelosa e que exige uma demanda de cuidados para a nova sociedade que emerge enferma ou não.

Perante essa transformação social, surgem demandas que irão incluir diversos tipos de cuidados, que segundo (Minayo, 2002, p.53), incluirá a família, amigos, vizinhos e membros da comunidade. Sendo esta uma atividade que será prestada de forma voluntária, sem remuneração, onde a família irá predominar como alternativa de um sistema de suporte informal.

De acordo com Caldas, (2002, p.53) apud Kosberg (1992), existe explicação para o cuidado familiar dos idosos. A influência da tradição é importante. Na sociedade a responsabilidade tem sido da família, logo o idoso já traz esta expectativa e a família não a questiona. Nesse contexto tradicional, o cuidado familiar faz parte da cultura. Quando não se cumpre essa função adequadamente, a família sofre sanções sociais, pois é considerada negligente e/ou irresponsável.

O art. 3º, parágrafo V, do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) revela que "é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, (...) ao respeito e à convivência familiar e comunitária", havendo "a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência" (BRASIL, 2003).

De acordo com Silveira (2003), algumas famílias cuidam de seus idosos por ser uma forma de expiação, relacionando às raízes judaico-cristãs, como se verifica pelo uso de palavras como "destino", "missão", ou expressões do tipo "fui escolhido", "é a vontade de Deus", as quais refletem os valores morais e religiosos envolvidos na situação.

De acordo com Minayo (2002, p53), as mulheres da família têm sido a maioria entre os cuidadores de idosos. Isso se explica pela tradição. No passado, as mulheres permaneciam dentro da casa, o que as tornava disponíveis para essa

atividade e a maioria das sociedades valorizam a interação entre as gerações como uma das bases da construção da cultura.

As famílias, nos casos de idosos com a doença de Alzheimer, realizam os cuidados pelos seguintes fatores relacionados a quem exerce o papel de cuidador: proximidade física, por viver junto, proximidade afetiva, condições financeiras, personalidade dos envolvidos, disponibilidade de tempo ou preparo para lidar com a situação. E a expectativa da família de origem em relação a eles, ou seja, é como se fossem designados pelos familiares para desenvolverem essa atividade. É possível ainda que a pessoa enferma escolha por quem quer ser cuidada dentro da família, ou seja, é como se esse papel já estivesse predeterminado e fosse endereçado a alguém (SILVEIRA, 2003).

Embora o cuidado familiar seja um aspecto importante da cultura, não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não têm família. Esses idosos podem não ter se casado, serem viúvos e/ou não ter filhos, ou os membros jovens da família terem saído em busca de oportunidades de emprego, deixando as gerações anteriores sozinhas ou vivendo entre seus contemporâneos. Existem idosos cujas famílias são muito pobres para prover os cuidados adequados. Outros têm familiares que precisam trabalhar e não podem fazê-lo em horário parcial ou deixar o mercado de trabalho para cuidar deles. Além disso, há os idosos que perderam o contato com as famílias ao longo dos anos. (CALDAS, 2000, p.53).

Desse modo, a família não pode ser vista como a única estrutura para realizar os cuidados das pessoas idosas. Pois as famílias podem apresentar um alto nível de ansiedade, tanto pelo sentimento de sobrecarga, quanto por constatar que a sua estrutura familiar está sendo afetada pela modificação dos papéis sociais. A família é cotidianamente testada em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige dedicação, responsabilidade, paciência e, mesmo abnegação. Ao assumir um compromisso que transcende uma relação de troca, a aceitação do desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, a família é invadida por uma carga emocional que pode gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando seus limites psicológicos e sua postura perante a vida (SILVEIRA, 2003).

Embora os idosos tragam a expectativa de serem cuidados por seus filhos, e os filhos adultos não tenham dúvidas sobre a sua responsabilidade pelos pais, estas expectativas e desejos vêm mudando. A crescente urbanização vem contribuindo para esse fato. A maior influência da urbanização é a transformação das estruturas familiares de famílias extensas em famílias nucleares, o que diminui a disponibilidade de parentes para cuidar dos mais velhos. Outra questão a se destacar é que muitas pessoas não querem ser dependentes de seus filhos adultos ou de outros membros da família. (CALDAS, 2000, p.53-54).

Quando um idoso portador da doença de Alzheimer recebe os cuidados de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado que os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou sobrecarregados por essa responsabilidade. Em tal contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade considere que os idosos devem ser assistidos pela família (por razões morais, econômicas ou éticas), não se pode ter como garantido que a família prestará um cuidado humanizado (CALDAS, 2000, p.54).

É importante salientar que, a família cuidadora deve receber apoio de outros membros da família, mesmo que este ocorra nos momentos de visitas, pois a exposição prolongada a uma situação potencial geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento e seu conseqüente sentimento de sobrecarga. Para além das tarefas de cuidados com os idosos portadores de Alzheimer, Coelho (2005), menciona que é necessário um esclarecimento acerca da doença, a comunicação entre os membros e a conscientização sobre a sobrecarga de papéis que muitas vezes é enfrentada pelas famílias /cuidadoras.

Diante da obrigação e das dificuldades encontradas no cuidado ao idoso com Alzheimer, o familiar precisa de atenção ao seu psicológico, o que acaba ficando em segundo plano devido à carga de cuidados direcionada ao idoso. E mesmo após receber o diagnóstico da doença do idoso, a família /cuidadora tem a sensação de uma catástrofe. Pois a doença os abala emocionalmente e psicologicamente, enfraquecendo a força do cuidador familiar que desenvolve

ansiedade, irritabilidade, depressão, angústia, estresse, cansaço físico, culpa, e até mesmo pessimismo e impotência diante do quadro. Toda essa mudança do perfil do idoso irá influenciar as relações familiares e o bem-estar familiar.

No que diz respeito ao idoso, os cuidados devem ser priorizados mesmo antes de qualquer diagnóstico, contudo é de suma importância que se conheça o seu contexto familiar, o grau de conhecimento e as percepções que a família tem sobre a doença, bem como os aspectos que mobilizam a família após o diagnóstico do idoso.

Quando a família tem a confirmação do diagnóstico da doença de Alzheimer do idoso, é chocante para a família, e diante da informação alguns familiares sentem vontade de falar, outros se calam e muitos não sabem como reagir. Contudo, o diagnóstico deve ser informado a família de modo positivo e sensível, considerado a sua capacidade de entendimento, suas expectativas, e seus medos.

Vilela e Caramelli (2006), apud Robles et al. (2011), interpelam sobre revelar ou não o diagnóstico ao idoso, pois a confirmação da doença causa embaraços na família, que padece de dúvidas entre contar ou omitir a informação, até que surja novos diagnósticos da doença. A família nesse contexto procura evitar danos ao idoso, afim de que os mesmos possam aceitar a doença sem oferecer resistência ao tratamento até um diagnóstico preciso.

Diante da confirmação da doença, as famílias tem uma reação de acordo com sua sensibilidade, demonstrando sentimentos de preocupação, de medo, de transtorno sobre o futuro incerto da evolução e duração da doença.

De acordo com Goldstein & Siqueira (2000, pp.113-124), diante da confirmação da doença, e dos medos e insegurança nos cuidados, a família tende a institucionalizar o idoso e a produzir o luto que são questões cruciais vivenciadas, principalmente, pela figura do cuidador /familiar. No entanto, as filhas tendem mais a institucionalizar do que as esposas, principalmente devido à sobrecarga de tarefas e à dupla jornada de trabalho, aliada ao próprio envelhecimento dessa filha cuidadoras.

A tarefa de cuidar do idoso não cessa com a institucionalização do mesmo, e geralmente quando a família toma essa direção, é uma decisão que apenas irá anular temporariamente o estresse do cuidador.

De acordo com Caldas, (2000, p.56), não há justificativas para defender a institucionalização do idoso. Pois a institucionalização não garante ao idoso atendimento correspondente à satisfação de suas necessidades. O que se torna imprescindível que a sociedade esteja habilitada e com mecanismos aptos a cuidar dos idosos com demência.

Cada família possui sua história e natureza, seus recursos e modos de agir perante os desafios da doença de Alzheimer. Alguns demonstram estado de choque, rejeição e muitos negam o fato do idoso estar com a doença. Essas reações estão relacionadas ao medo da perda do idoso e o a perda do lugar que o idoso ocupa no grupo familiar. Pois no convívio com o idoso com Alzheimer tem-se a sensação que ele está presente fisicamente e psicologicamente ausente.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS COM ALZHEIMER

Os programas de intervenção oferecidos aos familiares cuidadores de idosos com Alzheimer têm como objetivo principal: a propagação de informações sobre a doença, o desenvolvimento de habilidades para lidar com os idosos, o apoio à troca de sentimentos e experiências entre os membros do grupo e a ampliação da rede de apoio social. Essas informações que circulam por meio de esclarecimentos que a equipe presta e da troca entre participantes favorecem um melhor enfrentamento da situação e uma maior autonomia dos cuidadores (Coelho et. al., 2006, p.81-103).

O governo brasileiro criou a Política Nacional do Idoso, que é regulamentada pelo Decreto nº1.948, de 13 de julho de 1996. E uma das diretrizes que essa política recomenda é que o atendimento ao idoso deve ser feito por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. No entanto, para tal responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com seu familiar idoso à medida que este se torne mais dependente. Um dos pontos importantes dessa rede é a

formação de recursos humanos preparados para lidar com a família do idoso, particularmente do idoso mais dependente, como aquele que vivencia o processo de demência (BRASIL, 1997, 1999).

A família, a comunidade e o Poder Público têm o dever de garantir ao idoso, com absoluta prioridade, os direitos assegurados à pessoa humana (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) reconhece a importância da parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, apontando que esta deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, internações em asilos e outras formas de segregação e isolamento. (Caldas, 2002, p.56).

Os idosos necessitam para os seus cuidados de uma rede de suporte social e de saúde, que ofereça uma atenção adequada ao seu estado. Porém no nosso cotidiano pode-se perceber que existem poucas unidades direcionadas a esse público alvo. As unidades referenciais que existem são as universidades e as instituições públicas. Existe também um grupo voluntário de cuidadores que realizam a troca de experiência e ajuda mútua nos cuidados para com os idosos afetados pela doença de Alzheimer.

E essas experiências de trocas são muito produtivas, apoiando o cuidador em apoio psicossocial, pois a doença causa traumas e estresse no familiar. O grupo voluntariado não gera ônus e promove a preservação da saúde mental e coletiva dos participantes do grupo. Assim de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é aconselhado e estimulado a incorporação dessa modalidade de prática nos programas de educação para o cuidado da saúde, com vistas a ajudar pessoas a enfrentarem seus problemas desestruturadores do bem-estar e da qualidade de vida, sem sair de sua comunidade (ALVAREZ et. al., 2002, p.54-66).

Ainda na política pública se insere o Estatuto do Idoso, que é regido pela Lei Federal nº 10.741, e foi aprovado em setembro de 2003 e sancionada em 01 de outubro do mesmo ano e que entrou em vigor no dia 01 de janeiro de 2004, que trouxe grandes avanços nos campos dos direitos aos idosos, sendo composto por 118 artigos (BRASIL, 2003).

De acordo com Silva (2005), o Estatuto do Idoso, trouxe grandes avanços no que tange as medidas de punição para os casos de abandono do idoso em hospitais ou casas de saúde, assim como contra a violência doméstica, a exposição da integridade física e da saúde do idoso, bem como a negativa de emprego, acesso a cargos públicos e ao acolhimento em abrigos.

A Constituição Federal de 1988, Cap. VII nos art. 229 e 230 asseguram que: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

O art. 15 da Lei 10.741, vem assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Mediante esse contexto de políticas de Saúde da Pessoa Idosa, a portaria 2.528 de 19 de Outubro de 2006, é de suma importância a sua discussão para a elaboração de estratégias de ação que atendam a heterogeneidade da população idosa e as pluralidades de questões sociais.

Ao idoso que estiver portador de doença degenerativa ou acamado ou com perda de mobilidade é assegurado pelo art. 45 da Lei 8.213/91 dispõe que: “O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento)”. Tal previsão também está contida no art. 45 do decreto 3.048/99. Esse acréscimo de 25% na aposentadoria de idosos com Alzheimer e outras doenças degenerativas.

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR: IDOSOS COM ALZHEIMER

É notável em nosso cotidiano que a área da saúde é o setor em que mais absorve os profissionais de serviço social, sendo esses profissionais direcionados para atuação em hospitais - universidades, unidades de saúde e clínicas voltadas a essa finalidade. Nesse contexto, Correia (2005), relata que a saúde passou a absorver os profissionais de Serviço Social por adotar o conceito de saúde no aspecto biopsicossocial e na elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa.

De acordo com Santos apud Oliveira (1996), os assistentes sociais são considerados profissionais de saúde através da Resolução do CEFSS N° 383/99. Nesse contexto da saúde os assistentes sociais executam intervenções na dinâmica sócio cultural e econômica, na execução de serviços em níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como atender as demandas diversas da população facilitando o acesso de informações e produzindo ações educativas da saúde relacionados as relações sociais, econômicas e políticas da atualidade. Os assistentes sociais são portadores de conhecimento teórico-prático que contribuem no desenvolvimento de ações para a cidadania, direitos sociais e políticas públicas.

De acordo com o (CFESS/99), o profissional formado em Serviço Social não é específico da área da saúde, mas tem a possibilidade dos profissionais atuarem com competência nas diferentes expressões da questão social e, como tal, com habilidades de elaborar, programar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as de saúde.

O Serviço Social, na área da saúde atua em parceria com outros profissionais. Integrando as profissões de saúde regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Desse modo os assistentes sociais, bem como os demais profissionais da saúde devem ter a consciência coletiva para que o bem-estar do paciente seja o foco principal (OLIVAR, 2006).

De acordo com Martinelli (2011), o profissional de Serviço Social atua no ambiente hospitalar executando sua atividade laboral com atendimentos diretamente aos usuários, tendo como público fim de suas intervenções os pacientes e seus acompanhantes. Estes se encontram em um momento de fragilidade e vulnerabilidade, necessitando de um atendimento humanizado, e de um profissional que lhe auxilie e direcione para a solução de suas demandas. Esse profissional deve ter um olhar atento para a situação do usuário, uma escuta atenciosa, um gesto acolhedor que proporcione uma relação de respeito e confiança.

O assistente social é um referencial para o idoso e sua família durante o atendimento hospitalar. Cabendo ao profissional de Serviço Social procurar agir de forma que seja garantido o cumprimento de direitos dos usuários e atendimento de suas demandas momentâneas. O assistente social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais.

O assistente social no ambiente hospitalar é de suma importância principalmente no que tange ao atendimento ao idoso com Alzheimer e seus familiares. Pois devido ao processo da doença os idosos e seus familiares se tornam vulneráveis e necessitam de um atendimento humanizado. Isso fica ainda mais evidenciado quando se considera que, além de estarem vivendo um momento de fragilidade e ansiedade devido à enfermidade, muitos idosos e seus familiares têm seu sofrimento agravado por desconhecerem seus direitos de cidadania. (FERREIRA; LUNARDI, 2007).

O Serviço Social intervém junto ao idoso e seus familiares no sentido de fortalecer sua autonomia e informar-lhe sobre seus direitos como cidadão. O trabalho do assistente social está voltado à promoção da emancipação do usuário, para que possa ser agente no processo de mudança de sua própria realidade.

Ferreira (2007), destaca a atuação dos assistentes sociais objetiva, também, a promoção da saúde mental integral do paciente. A atuação do Serviço Social visa atender, apoiar, facilitar a compreensão, dar suporte ao tratamento,

auxiliar a entender os sentimentos, prestar esclarecimento sobre a doença e fortalecer o grupo familiar.

O Serviço Social no ambiente hospitalar é importante pela democratização da informação e pela garantia dos direitos dos usuários. É de suma importância da atuação dos assistentes sociais nos hospitais em um processo de humanização do atendimento. (OLIVAR; VIDAL, 2006).

No espaço do ambiente hospitalar, o assistente social lida com a vulnerabilidade dos idosos e seus familiares, são visíveis às emoções instáveis. São reveladas as mais diversas manifestações, sejam relações sociais ou vida social.

O serviço humanizado no ambiente hospitalar é essencial e decisivo. O Serviço Social é comprometido com a emancipação igualitária e baseia suas ações na efetivação dos direitos, que é determinado no projeto ético político do Serviço Social que é a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, tendo como princípio fundamental de suas ações a busca pela garantia dos direitos dos cidadãos na sua forma íntegra e igualitária na defesa da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida, com posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (FERREIRA, 2009, p. 32).

Segundo Martinelli (2011), o assistente social é um profissional que trabalha diretamente com usuário, exercendo atendimento com pessoas que estão internadas em hospital, com fragilidade e a vulnerabilidade. O assistente social é inserido na área da saúde com seu papel mediador nas relações sociais. E para garantir esse direito o assistente social possui o papel de desenvolver estratégias cabíveis para cada caso de acordo com suas peculiaridades, independentemente de raça, crença, gênero e classe social, o profissional de Serviço Social trabalha com a contínua busca por atendimento humanizado e igualitário em hospitais, sendo esse um diferencial na identidade do Serviço Social.

Segundo Olivar e Vidal (2006), estas são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no ambiente hospitalar: Visitar pacientes das

enfermarias, ambulatórios e emergências, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos a cerca das normas e rotinas do hospital; Notificar os conselhos municipais: de idosos, de assistência social, entre outros; Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar. Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica); Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral; Orientar os familiares e/ou paciente, Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, riscos e agravos para o tratamento médico. Reforçar a importância de campanhas e multidões que o hospital realiza; Oferecer palestras, orientações grupais e individuais.

O Serviço Social, tanto no âmbito público como no particular atua em parceria com os demais profissionais da saúde. No entanto, de acordo com Olivar (2006), a falta de tempo para reunir os membros da equipe e, principalmente, o não pensar de forma coletiva fazem com que a fragmentação do trabalho em saúde seja uma característica do trabalho muitas vezes não acontecer de forma homogênea.

O Profissional de Serviço Social na divisão do trabalho é chamado a atuar nas instituições de saúde a fim de administrar a tensão existente entre as demandas dos usuários dos serviços requeridos. Dessa forma as principais atividades do Serviço Social concentram-se em atendimentos individuais. O problema é que no atendimento individual, entre quatro paredes, acaba priorizando o aconselhamento, o encaminhamento e o apoio psicológico, esquecendo-se do social, sobre tudo porque a “questão social” não é individual / peculiar, mas sim coletiva (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Diante da fragilidade e da ansiedade vivenciadas pelos idosos e seus familiares, é que muitos deles não têm conhecimentos de seus direitos de cidadania, o que acaba aumentando seu sofrimento. Os assistentes sociais no hospital devem procurar articular o exercício profissional com a constante pesquisa sobre a realidade, com esse conhecimento fica mais fácil compreender todas as transformações na contemporaneidade e, dessa forma

buscar, junto à população usuária, as alternativas de enfrentamento (OLIVAR; VIDAL, 2006).

A partir do SUS o assistente social passou a atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. Os assistentes sociais que atuam nas instituições de saúde tentam administrar a tensão que existe entre as demandas postas pela população e os limitados recursos para a prestação de serviços. Deste modo, o exercício profissional mantém as características observadas, como a triagem e a seleção socioeconômica (BRAVO, 1996).

O Serviço Social na saúde recebe a influência da modernização das políticas sociais, na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, maior empregador dos profissionais. São enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (Bravo, 1996).

Compreende-se que cabe ao Serviço Social a articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003; Bravo & Matos, 2004).

O assistente social na saúde tem como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários (MATOS, 2000).

De acordo com CEFSS / 93, o Código de Ética apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho do assistente social na saúde. Destacando-se entre seus onze (11) princípios fundamentais: “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”.

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

Considerações Finais

Do estudo realizado, pode-se concluir que as expressões da questão social que permeiam sobre o envelhecimento populacional são aspectos relevantes de um problema social da atualidade. E mesmo com várias legislações consolidadas acerca dos direitos e garantias para os idosos se faz necessário a intervenção do assistente social na garantia de direitos e deveres constituídos pela constituição vigente.

O Serviço Social percebe o envelhecimento como uma expressão questão social a partir do período de 1970. Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a reconhecer o idoso como um cidadão, pessoa dotado de direitos, e tem se tornado um desafio constante para a sociedade na compreensão do processo de envelhecimento e dos direitos.

A doença de Alzheimer não tem cura até o presente momento e à medida que ela avança no idoso, traz graves consequências em seu corpo como o afastamento do convívio social, o isolamento, a perda de identidade, podendo lembrar de acontecimentos de anos atrás, mas esquece fatos presentes, dificuldade em realizar atividades rotineiras básicas, perde sua capacidade de aprendizado, de atenção, de orientação, de compreensão e de linguagem. Tornando-se cada vez mais dependente, seja de um familiar ou um terceiro nos seus cuidados.

A família ao receber o diagnóstico do idoso tem sentimento confuso como pena, pois é natural devido assimilar que aquele idoso sempre ativo na família não exercerá mais a posição de comando. E sentimento de raiva e culpa por

desconhecer sobre a doença aliados a sentimentos de impotência perante os novos desafios.

O assistente social intervém no processo de tratamento e cuidado dos idosos junto aos seus familiares fornecendo informações, criando mecanismos que possibilite autonomia perante as dificuldades, busca soluções, conhecimentos e sendo proativo perante os desafios. Oferta proposta de trabalho com a família dos idosos com DA, desenvolve metodologia que lhe permita sair do lugar de isolamento, gerando condições de enfrentamento das condições econômicas, sociais e políticas.

O assistente social executa sua atividade cotidiana utilizando técnicas e instrumentos que o auxiliem na produção dos resultados finais de seu trabalho. Esses instrumentos são os elementos mediadores e potencializadores do trabalho, ou seja, é a estratégia por meio da qual se realiza a ação. As técnicas são a habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos para que ele se torne o mais utilizável possível. O que se coloca para o assistente social, então, é sua capacidade criativa.

Dessa forma, é importante resaltar que o processo de envelhecimento é inerente a todos. Sendo que o envelhecimento pode acarretar aspectos negativos e positivos. Isto vai depender do processo de vida econômica, cultural, psicológica e ambiental do indivíduo. Sendo percebido desafios no que tange a sociedade em se preparar para o envelhecimento saudável ou não, com relação aos cuidados e na prevenção, é observado uma carência de profissionais qualificados para cuidar dos idosos, sendo um desafio para os idosos envelhecer com saúde, com capacidade funcional, sem dificuldades para realizar tarefas e a obtenção de uma política de assistência que englobe desde a saúde, direitos e previdência para uma velhice amparada.

A família enfrenta o desafio de se readaptar a nova realidade como as mudanças de papéis sociais, dificuldades relacionadas à saúde do idoso, os cuidados, a manutenção da autonomia. O assistente social tem o desafio de manter a autonomia do idoso bem como os desafios para o exercício profissional do assistente social em consonância com o Projeto Ético-Político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ AM, SCHNEIDER P., GONÇALVES L.H.T. Grupo de ajuda mútua de familiares de idosos portadores de Doença de Alzheimer e doenças similares do HU/UFSC. Rev Ciênc Saúde. 2002; 21(2):54-66.

BRASIL - Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03 de 1º. de Outubro de 2003). Obtida em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf> Acessado em 26/07/2016.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: Secretaria de Assistência Social, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 237-E:20-244, 13 de dezembro 1999.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006. <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf > Acessado em 21/08/2016.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRASIL - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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

CARAMELLI P., BARBOSA M.T. **Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência** Rev. Bras. Psiquiatria. 2002 Rev Bras Psiquiatr 2002;24(Supl I):7-10. <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8850.pdf>> Acessado em 18 de Dezembro de 2015.

CALDAS, C. P. **O idoso em processo de demência: o impacto na família**. IN MINAYO M.C.S. & COIMBRA JÚNIOR C.E.A. (Orgs.), Antropologia, saúde e envelhecimento. (PP. 51-71) Rio de Janeiro: Fiocruz. (2002)

CALDAS, C. P. **O Sentido do Ser Cuidando de uma Pessoa Idosa que Vivencia um Processo Demencial**, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

COELHO, V. L. D. & Diniz, G. R. S. (2005). **Da solidão à solidariedade: grupos de familiares de idosos com demência**. Em T. Féres-Carneiro (Org.), Família e casal: efeitos da contemporaneidade, (pp.177-199) Rio de Janeiro: PUC.

COELHO, V.L.D., FALCÃO, D.V.S., CAMPOS, A.P.M. & VIEIRA, M.F.T. (2006). **Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demência**. Em D.V.S. Falcão & C.M.S.B. Dias (Orgs.). **Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas** (pp. 81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo. Psicol. estud. vol.14 no.4 Maringá Oct./Dec. 2009 <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000400018>> Acessado em 20/07/2016.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CEFSS. Conselho Regional de Serviço Social, 2005. RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> Acessado em 14/09/2016.

Conselho Federal de Serviço Social – (CFESS). 10 Edição – Revista Atualizada Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8662/93

http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acessado em 19/09/2016.

-FERREIRA, M,S,S; LUNARDI,L,S. Artigo: Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana. WWW.portalmedico.org.br/revista/bio14v1/simposios/simposio04.htm
Acessado em 18/08/2016.

FERREIRA, Conceição Rosa Paula. Assistente Social na busca pela democratização dos direitos sociais – coletânea Leis e Resoluções. 4º Ed., Mato Grosso do sul: Revista e Ampliada, 2009. p. 1267. Revista Eletrônica da Univar. On-line <http://revista.univar.edu.br> agosto de 2013, n10, vol-2, p.36-40.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDSTEIN, L. & SIQUEIRA, M.E.C. (2000). **Heterogeneidade e diversidade nas experiências de velhice**. Em A. L. Neri & S.A. Freire (Orgs.), E por falar em boa velhice (pp. 113-124). Campinas, SP: Papyrus.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm> Acessado em 10 de Setembro de 2016.

KARSCH UM. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cadernos Saúde Públ. 2003 Maio-Jun; 19(3): 861-6.

LEMOS, Naira e MEDEIROS, Sônia Lima. Suporte social ao idoso dependente. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Organizadores: DE FREITAS, Elizabete Viana, PY, Ligia, NERI, Anita Liberanesso, CANÇADO, FlávioAluízio Xavier, GORZONI, Milton Luiz, DA ROCHA, Sônia Maria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O Trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 107, jul./set. 2011.479-505.

MATOS, Maurílio Castro. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 74, Cortez, 2003.

_____ MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinias (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa; GUSMÃO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussi; LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. **A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paul. Enferm. [online]. 2005, vol. 18, n.4.

MINAYO, M.C.S., COIMBRA JUNIOR, CEA. orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. P.15.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, H. M. J. de. Assistência social: do discurso do estado à prática do serviço social. Florianópolis: Editora UFSC; 1996.

OLIVAR, M, S, P; VIDAL, D, L, C. **O trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais de Emergência.** (Revista do Serviço Social e Sociedade, Edição 92, p 140 a 155 - 2006).

PITTELLA J E H. Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: Tavares A, organizador. **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica.** Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. P.235-48. <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8850.pdf>> Acessado em 18 de Dezembro de 2015.

RESENDE, A.L.; NASCENTE, C.M.; COSTA E.F.A.; STEFANI, G.P.; GONÇALVES, M.S. Número de Pacientes Idosos Internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás de Janeiro/2000 a Abril/2001. Tema livre apresentado durante o II Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia realizado em Brasília-DF, nos dias 9 a 12 de agosto de 2001. COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia.** *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line (www.proec.ufg.br)* Acessado em 11 de novembro de 2015.

SILVA, A. C. da S **Negligência junto ao Idoso no contexto familiar: um estudo dos casos denunciados ao Projeto Disque Idoso de Florianópolis.** 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVEIRA, T.M. (2003). "**Fomos escolhidos**": um estudo sobre cuidadores familiares principais". Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. *Psicol. estud.* vol.14 no.4 Maringá Oct./Dec. 2009<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000400018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em 18/08/2016.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Parâmetros para Atuação do Assistentes Sociais na Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social (CEFSS). Brasília, 2009. P42.

VERAS, R. P. **País Jovem com Cabelos Brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.2 no.1 Rio de Janeiro Mar./June 1995.

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701995000200014>> Acessado em 12 de Agosto de 2016.

VIEIRA EB. Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. Rev. bras. geriatr. gerontol. Vol.14 nº. 2 Rio de Janeiro Apr/Jun e 2011 <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200015>> Acessado em 10 de Julho de 2016.

