

O desafio de manter o CRAS como equipamento de portas abertas: garantia de acesso e de escuta do idoso durante a pandemia da Covid-19

The challenge of maintaining CRAS as open-door equipment: ensuring access and listening to the elderly during the Covid-19 pandemic

El desafío de mantener el CRAS como un dispositivo de puertas abiertas: garantizar el acceso y escuchar a las personas mayores durante la pandemia Covid-19

Alessandra Melo Anacleto de Oliveira
Ana Carolina Menon
Elisson Daniel Marciniaki
Francieli Maria Martins Princival
Roger Alloir Alberti
Denis Cezar Musial

RESUMO: Este artigo tem como proposta tecer reflexões sobre os desafios do trabalho profissional no âmbito do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) no contexto da pandemia da Covid-19, sendo resultado de uma pesquisa qualitativa que aborda, a partir de registros de trabalhadores(as), por hora pesquisadores(as), os principais achados diante da crescente presença do segmento idoso no serviço, gerando uma alta demanda de solicitações e de acompanhamentos de benefícios e auxílios da Previdência Social. O momento pandêmico exigiu que o CRAS se reconhecesse como equipamento de portas abertas, para garantir o acesso do idoso aos direitos sociais, e que, através da escuta, fortalecesse o papel das políticas públicas enquanto campo de proteção social para produzir novas práticas e inovar no acolhimento das velhices vulneráveis do município de Irati, PR.

Palavras-chave: CRAS; Previdência Social; Covid-19.

ABSTRACT: *This article aims to reflect on the challenges of professional work within the scope of the Social Assistance Reference Center (CRAS) in the context of the Covid-19 pandemic, being the result of a qualitative research that addresses, from the records of workers (per hour, researchers, the main findings in view of the growing presence of the elderly segment in the service, generating a high demand for requests and monitoring of Social Security benefits and aids. The pandemic moment demanded that CRAS recognize itself as open-door equipment, to guarantee the elderly's access to social rights, and that through listening to strengthen the role of public policies as a field of social protection to produce new practices and innovate in welcoming vulnerable old age in the municipality of Irati, PR.*

Keywords: *CRAS; Social Security; Covid-19.*

RESUMEN: *Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre los desafíos del trabajo profesional en el ámbito del Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS) en el contexto de la pandemia Covid-19, siendo el resultado de una investigación cualitativa que aborda, a partir de los registros de los trabajadores (por hora, investigadores, los principales hallazgos ante la creciente presencia del segmento de personas mayores en el servicio, generando una alta demanda de solicitudes y seguimiento de prestaciones y ayudas de la Seguridad Social. El momento pandémico exigió que el CRAS se reconociera como un equipo de puertas abiertas, para garantizar el acceso de las personas mayores a los derechos sociales, y que a través de la escucha fortaleciera el rol de las políticas públicas como campo de protección social para producir nuevas prácticas e innovar en la acogida de ancianos vulnerables. edad en el municipio de Irati, PR.*

Palabras clave: *CRAS; Seguridad Social; Covid-19.*

Introdução

Em meio à pandemia da Covid-19, observamos o aumento das fragilidades e incertezas vivenciadas pela população idosa; nesse contexto, o isolamento social se faz presente enquanto uma nova reconfiguração das relações sociais.

Segundo a Lei n.º 10.741/10, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos é considerado idoso, cujos artigos 8º e 9º descrevem que o processo de envelhecer é um direito personalíssimo e que o Estado deve promover políticas sociais que permitam um envelhecimento saudável e digno, sendo trabalho da Política de Assistência Social promover a inserção deste público em espaços que constroem possibilidades de reflexões e o exercício da cidadania (Brasil, 2010).

Por um longo período, a população brasileira, através da análise da pirâmide de faixa etária descrita pelo IBGE, foi predominantemente composta por jovens, quadro este que vem se modificando significativamente, ocorrendo a diminuição da população jovem e o aumento da população idosa (IBGE, 2010). Podemos notar com essa mudança, uma discrepância da transição demográfica e a atenção do Estado focada na promoção de políticas sociais para as velhices, enfrentando, contudo, estigmas decorrentes de uma visão estreita e cronológica. Nas palavras de Terra e Dornelles,

[...] Os idosos devem encarar essa fase da vida com mais naturalidade. Um envelhecimento com autonomia, independência, em que o idoso é saudável, participativo, seguro e produtivo, é cada vez mais comum e fácil de ser alcançado. Os indivíduos não devem se esquecer de que a energia, a capacidade de trabalho e de relacionamento com outras pessoas e o entusiasmo perduram por toda a existência da maioria das pessoas (2016, p. 42).

Durante a pandemia, percebemos claramente essa “falsa sabedoria popular” em que, por meio de redes sociais, discrimina-se a população idosa através de virais como o do “cata-véio”, fato este corroborado na pesquisa “Saúde do Idoso em Tempos de Covid-19” pelos autores Hammerschmidt e Santana:

Durante essa pandemia, o mundo e o Brasil adotaram medidas de isolamento e distanciamento social, interrupção de aulas e trabalhos presenciais; gerando, além do sofrimento com o noticiário de mortes e hospitalizações, danos emocionais e financeiros, que afetaram diferentemente cada grupo geracional. [...] Verifica-se continuamente

visão preconceituosa, estigmatizada e estereotipada, instigando o ageísmo, que legitima a idade cronológica como diferenciador de classes, inclusive com envolvimento de crenças e atitudes que ridicularizam o idoso. A pandemia da Covid-19 aflorou o destaque aos idosos, principalmente devido ao potencial de risco dessa população, com direcionamento de ações e estratégias de distanciamento social especificamente para esse grupo (2020, p. 3).

Prado e Sayd (2004) problematizam o envelhecimento no Brasil como parte de um processo que ganha sua relevância a partir do século XX, e que foi neste contexto que as pesquisas e produções científicas ganharam intensidade; porém, os autores ainda ressaltam que há uma carência destas publicações para trazer uma maior visibilidade sobre a temática, em várias esferas.

Groisman (2002) reflete sobre os termos gerontologia e geriatria, enquanto um conjunto de ações não definidas em sua integralidade, e também não pré-estabelecidas em sua essência e ou território enquanto ciência do envelhecimento. Sendo assim, os conceitos parecem estar sempre em transformação, flutuantes e, com isso, em constante movimento com o intuito de abarcar outros saberes que se propõem a ampliar a leitura sobre o envelhecimento. O autor ainda problematiza essa relação conceitual, como o de Jordão Netto (1997), observando que os estudos do envelhecimento se propõem a discutir sobre a geriatria e a gerontologia enquanto conjuntos de saberes científicos e epistemológicos que problematizam os aspectos tanto sociais, biológicos e psicológicos da pessoa idosa.

Groisman (2002) comenta que a gerontologia nos convoca a ter um olhar interdisciplinar para estes estudos, com a inserção de vários saberes, tais como os advindos da Psicologia, Direito, Serviço Social, Engenharia, dentre outros. É importante destacar que há nesse campo uma dinamicidade epistemológica, pondo esse universo em constante mudança e de quebra da “verdade absoluta”:

A separação entre as duas subáreas, portanto, parece espelhar um jogo de forças. Colocando em segundo plano a denominação genérica ‘gerontologia’, os médicos parecem querer reafirmar o seu poder frente aos outros profissionais da área de saúde. De fato, fica óbvio que há um desequilíbrio entre as forças, pois a programação do

congresso estava majoritariamente voltada para os assuntos relacionados à ‘saúde do idoso’. Assim, embora a gerontologia, em tese, abranja um espectro amplo, na prática parecem ser privilegiados os assuntos da área de saúde, seja estritamente os da área médica ou os da biomédica, em um sentido geral (Groisman, 2002, p. 64).

Isso significa que há um processo hegemônico entre os saberes científicos, ainda com predominância biológica; porém, o trilhar desse processo ganha tons e eco diferenciados em abarcar no saber científico o saber da comunidade. A partir disso, o presente trabalho é resultado de uma pesquisa qualitativa que aborda, a partir de registros de trabalhadores(as), agora pesquisadores(as), os desafios do enfrentamento das situações, solicitações e acompanhamentos gerados pela pandemia da Covid-19. Os autores desta reflexão atuam no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no município de Irati, PR e, no momento pandêmico, registraram como o CRAS se reconheceu como equipamento de portas abertas, e de garantia de acesso do idoso aos direitos sociais, através do fortalecimento da escuta, o papel das políticas públicas enquanto campo de proteção social para produzir novas práticas e inovar no acolhimento das velhices vulneráveis.

Políticas Públicas

As políticas públicas passaram a ser alvo de diversos estudos que perpassam diversas áreas do conhecimento, compreendendo sua complexidade no cenário constituído. Denota-se com isso que as políticas públicas são alvo de diversas correntes teóricas e advêm de um conflito entre capital e classe trabalhadora para atender as demandas e o clamor da sociedade (Behring, 2000, p. 1).

Pessoto *et al.* (2015) endossam que as políticas públicas se sustentam a partir dos interesses públicos e em direção à qualidade de vida da população, o Estado tendo o dever de garantir esses direitos, sendo que, em meados dos anos de 1930, foi quando surgiram as primeiras atividades sistemáticas que darão base e subsídios para a construção dessas políticas, através do Estado Nacional Desenvolvimentista na “Era

Vargas”. Nos anos de 1970, foi quando houve uma maior exploração no debate das promoções sociais e de cuidado à população.

Esse cenário vem sendo consolidado devido ao alargamento de um projeto neoliberal que culminou na década de 1970 e acompanhou uma ideia de redução do papel do Estado Social, expressa pelas políticas sociais, a defesa pela liberdade do mercado, e o reforço de uma proposta em defesa da propriedade privada, da família tradicional e de premissas do patriotismo (Pereira, 2016, pp. 43-44).

O sistema brasileiro, ao adentrar a esse ideário de restrição ao sistema público de proteção social, veio na contramão, numa ótica normativa-jurídica, instituindo a Constituição Federal de 1988¹ que propôs um sistema de proteção social público e universal na garantia de direitos e de estruturação de um sistema de seguridade social com fundo público, que na realidade não se efetivou.

A composição do sistema de Seguridade Social teve, em seu escopo, um olhar de direito via acesso ao tripé da política de Previdência Social, Saúde e Assistência Social, ofertando uma rede de serviços e benefícios para a população. O acesso à Previdência Social se deu de forma contributiva, o acesso à Saúde acontece de forma gratuita e universal em todo o território brasileiro, e a Assistência Social, a quem dela necessitar. Pondera-se que o processo construtivo da Seguridade Social é perpassado por questões históricas, fruto da resistência e conquista da classe trabalhadora em instituir um conjunto de serviços e benefícios executados via responsabilidade estatal mas que, na realidade, houve um distanciamento de sua materialidade. Nos estudos de Souza (2018), o sistema de Proteção Social brasileiro

tem a finalidade de assegurar os direitos sociais, que se consolidam mediante um conjunto articulado de ações. Tais direitos são concretizados por meio de políticas públicas e expressam o reconhecimento estatal de que a desproteção social é resultado da forma como se organizam as sociedades, cabendo ao poder público contribuir para que os indivíduos alcancem um mínimo de bem-estar social (Souza, 2018, p. 21).

¹ Ressaltamos que esse sistema jurídico é fruto de uma luta dos movimentos sociais que clamaram em serem ouvidos e que seus direitos fossem reconhecidos, em especial aqui, a proteção à velhice.

Já nos estudos de Albararia (2019), o ente federativo do órgão executivo descumpriu a Constituição Federal em não instituir a organização de um sistema de Seguridade Social, constituindo com preceitos neoliberais, um conjunto de normas específicas para a Saúde, Assistência Social e Previdência Social que caminharam de forma fragmentada e focalizada no atendimento.

Percebe-se que o caminho percorrido pelas políticas sociais no Brasil se distanciou da lógica de implementação de um Estado de Bem-Estar Social com políticas sociais integradas e acompanhou um projeto neoliberal de focalização e fragmentação das políticas sociais com critérios rígidos de elegibilidade e deslocada da realidade social e dos marcadores de desigualdade social no Brasil.

A partir disso, o campo da Assistência Social passar a ser reconhecido como política de Seguridade Social e de direito do cidadão e responsabilidade do Estado (Brasil, 2005). Ainda, no ano de 1993, foi promulgado a Lei n.º 8.742 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que dispõe sobre estrutura da Assistência Social;

É na LOAS que as questões de cidadania e direitos sociais têm destaque, com um novo modelo de gestão, fundado na existência dos Conselhos de Assistência em níveis nacional, estadual e municipal, que são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo da estrutura básica da secretaria ou órgão equivalente de Assistência Social enquanto Comando Único, tendo sua composição, organização e competência fixadas em lei (Pagani, 2013, p. 23).

Em outubro de 2004, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) elabora e aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que “busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da Assistência Social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado” (Brasil, 2005, p. 13). Em conformidade com a PNAS surge a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), por meio da resolução do CNAS nº 130 de 15 de julho de 2005, que segundo o Ministério de Desenvolvimento Social:

Representou um marco fundamental na estruturação da Política Pública de Assistência Social, imprimindo um grande salto quantitativo na implantação de serviços socioassistenciais em todo o território nacional, tendo como base critérios de partilha transparentes e objetivos, adequados à distribuição territorial das populações vulneráveis, com a alocação equitativa do cofinanciamento federal e a possibilidade de superação das distorções regionais históricas (Brasil, 2012, p. 13).

A Comissão Intergestores Tripartites (CIT), e na esfera do CNAS, fica pactuado em aprovar a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais em níveis de complexidade do SUAS sendo: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média Complexidade e Alta Complexidade (Brasil, 2009b).

Na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) se organizam como serviços da Proteção Social Básica, que objetiva garantir a prevenção de situação de risco e minimizar as vulnerabilidades sociais, promovendo o acesso aos direitos e a promoção dos bens e serviços nos âmbitos municipais, estaduais e federal (Brasil, 2009b):

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF. Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social (Brasil, 2009a, p. 9).

O recorte desta pesquisa refere-se a um CRAS² do município que atende em sua abrangência onze bairros urbanos e onze comunidades rurais. Para o atendimento a esta população, a equipe é composta por uma coordenadora com formação em Pedagogia,

² No município de Irati, existe quatro CRAS que se dividem em territórios (urbano e rural) para atender a demanda da população.

duas assistentes sociais, um psicólogo, uma assistente administrativa, um entrevistador social do Cadastro Único, um motorista, dois orientadores sociais, três visitadoras do Programa Criança Feliz e uma profissional de serviços gerais, todos os profissionais exclusivos a esse equipamento.

No âmbito da Proteção Social Básica oferta-se o Serviço de Atenção Integral a Família (PAIF), que consiste no trabalho contínuo com as famílias, com o objetivo de prevenir situações de risco e fortalecer a função de proteção e vínculos familiares para que estes não se rompam. Ainda, “prevê o desenvolvimento de potencialidades, aquisição das famílias e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo” (Brasil, 2012, p. 6).

Também através da Proteção Social Básica, é desenvolvido o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que, conforme descrição da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, é um trabalho realizado por meio de grupos, que objetiva atender as famílias de acordo com a faixa etária, a fim de complementar o trabalho social com as famílias, com o intuito de prevenir situações de vulnerabilidade social, construindo espaços de trocas e vivências em seus diferentes contextos (Brasil, 2009b, p. 9).

Ao acessar o dispositivo, os usuários são recepcionados pela assistente administrativa que faz o primeiro atendimento e realiza o encaminhamento para os referidos técnicos para a escuta e, caso necessário, para outros atores da rede socioassistencial.

O Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), através do Caderno de Orientações que trata do trabalho social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), conceitua e discorre sobre o termo “acolhida” como:

[...] o processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial, em especial do CRAS e demais políticas setoriais. [...] É o momento em que o profissional deve buscar compreender os múltiplos significados das demandas, vulnerabilidades e necessidades apresentadas pelas famílias, buscando também identificar seus recursos e potencialidades e como tais

situações se relacionam e ganham significado no território. [...] Essa primeira compreensão da realidade familiar, suas vulnerabilidades e potencialidades, é imprescindível para que o profissional possa estabelecer, juntamente com a família que está sendo acolhida, quais as possibilidades e limites da ação socioassistencial e qual será o prosseguimento dado no seu atendimento (Brasil, 2012, pp. 17-18).

O acolhimento da população idosa envolve um contínuo processo de escutar, entender e atender, realizado de forma humanizada, respeitando as características próprias desta faixa etária. Cesario (2018, p. 149) diz que “para humanizar o atendimento ao idoso é necessário utilizar recursos e instrumentos como forma de auxílio, e a comunicação é uma das ferramentas de maior importância na humanização”.

Nota-se com isso que o acolhimento, sendo uma estratégia humanizadora do atendimento, é utilizado também em outras políticas públicas, como no Sistema Único de Saúde (SUS), em que o acolhimento é considerado uma prática de atenção à saúde mental, em que qualifica o atendimento ofertado para o usuário, garantindo diálogo, construção de vínculo e confiança entre profissional e sujeito (Campos, Bezerra, & Jorge, 2018).

Esse acolhimento é realizado a partir do primeiro contato entre a população e os profissionais do CRAS, que pode acontecer através de contato telefônico ou presencial. Os técnicos de nível superior orientam, agendam atendimentos, e realizam acompanhamentos, diante das solicitações de benefícios e auxílios da Previdência Social.

Partindo dessa premissa, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome enfatiza a importância do profissional que trabalha com o acolhimento dos usuários em demonstrar sensibilidade para compreender as diversas situações enfrentadas pelas famílias/indivíduos acolhendo suas demandas (Brasil, 2012).

No CRAS, em alguns momentos, o idoso apresenta dificuldade em expressar suas demandas; nesse sentido, através dos mecanismos de acolhimento e de humanização, o profissional apura a sua sensibilidade para compreender as situações relatadas, e direcionar o usuário para o atendimento que lhe assegure o direito social e o acesso aos serviços ofertados pelo Estado.

Para o Ministério da Saúde (2013), o acolhimento é um conceito que vem sendo amplamente discutido, revelando diversos sentidos e significados, e afirmando que não há um conceito de acolhimento único, mas sim práticas e ações que vão sendo desenvolvidas de acordo com os atores e as situações que se apresentam, tendo como dizeres que “o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (p. 19).

Segundo Cesario (2018), a partir da instituição da Política Nacional de Humanização, no ano de 2003, há uma preocupação no desenvolvimento e na articulação no conceito de humanização, no que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS); assim, a partir destas reflexões qualificam-se as práticas em saúde, tais como o acolhimento, o vínculo e a valorização do usuário. Nesse direcionamento, a PNAS se organiza nesse mesmo sentido, refletindo sobre os processos de humanização, através de escutas, de produção de subjetividade, das produções de saberes e práticas desenvolvidas no cotidiano profissional.

No período da pandemia do novo coronavírus, as demandas trazidas pela população idosa tornaram-se predominantemente previdenciárias, mas distintamente acompanhadas por outras demandas relacionadas aos benefícios eventuais, como a solicitação de alimentos, da segunda via de documentos e de passagens de transporte terrestre intermunicipal. Essa mudança se deu, devido à paralisação dos atendimentos presenciais do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), com base na Portaria Conjunta n.º 7.806, de 18 de março de 2020, fazendo com que a única forma de acessar o INSS fosse através do *site*, aplicativo ou telefone.

Com isso, a população vulnerável, por nem sempre dispor de acesso à internet, telefone ou *smartphone*, ou ainda, dificuldades em acessar essas plataformas digitais, procuram o CRAS, solicitando os benefícios e consultando o andamento de seus requerimentos.

Dentre os benefícios que são disponibilizados pelo INSS, os usuários atendidos por este CRAS, procuram orientações sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC)

para idoso e para a pessoa com deficiência³, ambos previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei n.º 8.742 de 07/12/1993.

O BPC é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa idosa (65 anos ou mais) ou com deficiência, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Com isso, a renda familiar deve ser inferior a ¼ do salário mínimo federal (Brasil, 1993). Ainda, o CRAS atende usuários que buscam os benefícios e auxílios do próprio INSS, como o auxílio-doença, as aposentadorias por incapacidade ou por idade urbana e rural.

Para acesso ao BPC, o usuário deve estar inscrito no Cadastro Único do Governo Federal, sendo este um dispositivo que promove o acesso a informações das famílias em situações de vulnerabilidade. Ainda, o Cadastro Único permite a inserção das famílias em programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família e outros programas sociais.

Em consulta aos dados do Cadastro Único da abrangência do CRAS pesquisado, com data de atualização de setembro de 2019 até agosto de 2020, verifica-se que os idosos cadastrados representam cerca de 11% do total das pessoas neste território, ou seja, das 1.176 famílias pesquisadas, 248 dispõem de idosos na composição familiar, o que representa por volta de 8%.

Grande parte dos atendimentos do Cadastro Único são relacionados ao BPC; aproximadamente 28% dos idosos da amostra recebem este benefício. Outros 10% recebem o Bolsa Família. Uma parcela considerável possui o Cadastro Único devido às Tarifas Sociais de Água e Luz, não sendo possível, constatar a quantidade de idosos que usufruem desses benefícios.

A pandemia da Covid-19 e o acesso do idoso aos direitos sociais

Com o aumento da demanda de benefícios e auxílios da Previdência Social, constatamos que os usuários passaram a tomar conhecimento acerca da gratuidade dos processos previdenciários, pois, durante os atendimentos, alguns relataram que não

³ Pessoa com impedimento de longo prazo, seja de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual pode impedir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 1993).

dispunham dessa informação, e que acreditavam ser necessário um advogado para acessar esses benefícios.

Ainda, detectamos a dificuldade de os usuários entenderem os critérios para acesso aos benefícios e auxílios, muitas vezes até confundindo o BPC com a aposentadoria como, por exemplo, a caracterização de cada um, sendo o BPC um benefício de assistência que demanda critérios específicos em relação à renda, idade, deficiência e ainda inscrição no Cadastro Único. Em relação às aposentadorias e auxílio-doença, trata-se de um direito previdenciário que pode ser acessado através da contribuição, tendo critérios específicos que o diferem do BPC.

O Cadastro Único atualizado é um dos requisitos para a concessão e manutenção do BPC. Através dele, é possível verificar se a pessoa se enquadra dentro dos critérios do benefício. É recomendado atualizar o cadastro uma vez por ano ou no máximo a cada dois anos.

Carvalho e Lazo (2012) relatam que, com o aumento da população idosa nos últimos anos, houve mudanças significativas nas questões sociais, nas áreas da saúde e da própria Previdência Social; nesse sentido, observa-se que houve um forte impacto na consolidação previdenciária que, por sua vez, tem uma ligação direta com a diminuição da pobreza de idosos que recebem algum benefício da previdência. A nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) traz o BPC como um dos recursos de consolidação de direitos mais significativos no que concerne às populações vulneráveis (Silveira, 2016, p. 4):

Nas camadas sociais empobrecidas, a inclusão de idosos de 65 anos nos programas de transferência de renda resultou em melhorias no bem-estar social e familiar dos domicílios em que coabitam idosos, configurando uma transmissão de suporte intergeracional. Criado em 2003, o Benefício de Prestação Continuada (BPC- Loas) tornou-se essencial para o sistema de proteção brasileiro, pois gera mudanças significativas nos índices de pobreza e desigualdade no país (Salmazo-Silva, *et al.*, 2012, p. 101).

Carvalho e Lazo (2012) afirmam que o BPC é uma forma de garantir um salário mínimo a pessoas que não conseguem contribuir para a Previdência Social, e que este

benefício começou a ser efetivar a partir de 1996, atendendo principalmente famílias que vivem em condições de extrema pobreza:

Os direitos sociais atribuídos a todos os âmbitos que constituem o cidadão como um todo são estabelecidos pelos fundamentos da igualdade, sendo que as políticas inerentes às referidas garantias legais têm se expandido significativamente na última década. Vale frisar que as primeiras garantias direcionadas à pessoa idosa, dispostas na Constituição, foram instituídas em meados da década de 1930, apresentadas como direitos inerentes ao âmbito trabalhista e previdenciário (Martins, Santos, & Carolino, 2015, p. 8).

Pode-se observar, ainda, que o número de pessoas que procuram o acesso ao BPC é maior que em relação à aposentadoria, e entende-se que isso se dá devido ao acesso de modo majoritário a trabalhos informais, uma forma de garantir a renda para a subsistência, independentemente da forma de contratação. A inserção dos idosos no mercado de trabalho e as relações do idoso com o labor, diante as sociedades cada vez mais aceleradas no campo capitalístico, necessitam ser discutidas, visto que há diferentes campos de atuação e também distintas maneiras de discriminação: “é importante garantir ao trabalhador uma qualidade de vida adequada à sua idade. Porém, para que isso ocorra, faz-se necessária a atenção dos governantes para uma gama de fatores e o planejamento de políticas específicas para esse segmento” (Paolini, 2016, p. 178).

A ausência de trabalho para a população idosa pode gerar uma redução da qualidade de vida; sendo assim, é importante o idoso atuar efetivamente na sociedade e em outros lugares que não sejam apenas na lógica laboral; mas, enquanto cidadão, em espaços em que o idoso seja presente, atuante e participativo, como, por exemplo, no meio religioso, nas atividades sociais desenvolvidas por programas diversos ou em áreas que possibilitam usufruir e cooperar de modo representativo (Paolini, 2016).

Strasburg, Alves e Aerts (2012) mostram que não há programa público que suprirá todas as demandas de pessoas que estejam em condições vulneráveis, mas que há, entre os profissionais da Política de Assistência Social, esforços para a garantia e possibilidades de uma vida mais digna a partir do acesso aos direitos que a Assistência Social pode mediar.

Nas pesquisas de Torres, Lima e Breda (2020), as ações no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são primordiais no contexto pandêmico para a proteção das famílias em situações de vulnerabilidade social. O poder público teve que desenvolver estratégias para garantir ações voltadas às famílias e aos indivíduos vulneráveis, a fim de evitar que o isolamento e o distanciamento social acentuassem as vulnerabilidades já vivenciadas.

Percebemos que, no CRAS, houve um aumento de demandas relacionadas à saúde mental devido à falta de trabalho e renda. Em princípio, porque grande parte destes idosos não estavam trabalhando e eram dependentes de seus familiares, e com a pandemia houve uma intensificação do desemprego e da pauperização de suas famílias.

No contexto pandêmico como acolher os idosos? Como levar o acesso para aqueles que buscam a melhor qualidade de vida? Como elaborar estratégias interprofissionais que estimulem a sintonia entre os serviços e os profissionais? Como fortalecer a Rede de atenção para garantir os direitos de todos?

Inicialmente aprofundamos nossos entendimentos na área da Gerontologia; nos apropriamos das políticas públicas ancoradas nos conceitos de acolhimento e de humanização; e compreendemos a importância de estudos a respeito das tecnologias leves, ferramentas para desenvolver e aprimorar estratégias inovadoras de atendimento ao segmento idoso.

Seguindo nesta perspectiva, vislumbramos que haveria, então, uma possível forma de diminuir o estresse e o sofrimento entre os idosos que traziam demandas relacionadas à saúde mental, mediando e construindo, conjuntamente de maneira gradativa, modos de lidar com situações adversas. Estratégias como o fortalecimento e a autonomia dos sujeitos são ferramentas que contribuem na execução das ações de profissionais que estejam atuando tanto na saúde quanto na assistência.

No entanto, entendemos que a pandemia da Covid-19 trouxe um (re)pensar os desafios para o trabalho cotidiano desenvolvido pelos profissionais da Assistência Social, visto que demandou rearranjos e movimentos heterogêneos ao longo do fazer profissional; além disso, procuramos atender de forma integral as famílias no que diz respeito às suas fragilidades e contingências sociais, buscando superar as situações de vulnerabilidade social.

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 alterou a dinâmica de toda a sociedade, promovendo diversas dificuldades que impactaram no trabalho dos profissionais que atuam na Assistência Social. O grande desafio foi manter o CRAS como equipamento de portas abertas, diante da crescente demanda de atendimentos advindos da população idosa, evidenciando as questões relacionadas à Previdência Social e o trabalho desenvolvido pelos técnicos do CRAS como fundamental para a garantia dos direitos sociais do idoso.

O INSS encerrou os atendimentos presenciais neste período de pandemia; assim, foi garantido aos idosos o acesso às informações, encaminhamentos e acompanhamentos no que concerne as suas demandas. Tais ações foram efetivadas em decorrência da construção de um ambiente humanizado, plural e acessível para a população idosa, visto que, no contexto pandêmico, emergiram fragilidades em decorrência do isolamento social, das questões familiares, do medo e da ausência de atividades coletivas.

O acolhimento da população idosa através de um atendimento humanizado foi um fator fundamental na qualidade do serviço ofertado, já que com a pandemia do novo coronavírus, houve uma significativa mudança nas relações cotidianas, como o distanciamento social e o uso de máscaras de proteção. Para isso, a equipe técnica utilizou de tecnologias leves como o acolhimento para que as necessidades dessa população fossem atendidas de forma qualificada e humanizada.

Os profissionais envolvidos neste processo buscaram compreender as prioridades desta faixa etária, seja através dos conceitos de gerontologia ou da reflexão em reuniões de equipe no formato remoto, para aperfeiçoar as atuações enquanto técnicos no campo da Assistência Social. Verificamos a escassez de trabalhos e publicações que abordassem a humanização no âmbito da Assistência Social, em sua maioria oriundos da Saúde.

Assim, enfatizamos que o CRAS assumiu seu papel fundamental na Proteção Social Básica, com a elaboração de estratégias de enfrentamento das situações de vulnerabilidades sociais, e de rearranjos das práticas cotidianas no atendimento à população.

Referências

Behring, E. R. (2000). *Fundamentos da Política Social*. ABEPSS. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 1-27. Recuperado de: <https://www.geplage.ufscar.br/audiotextos-e-videos-1/audiotextos-1/fundamentos-de-politica-social.pdf>.

Brasil. (1993). Lei Orgânica da Assistência Social. *Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm.

_____. (2005). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004. *Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Conselho Nacional de Assistência Social, p. 13. Brasília, DF. Recuperado de: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.

_____. (2009a). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*, p. 9. Brasília, DF. Recuperado de: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_1.pdf.

_____. (2009b). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais*, pp. 6-9. Brasília, DF. Recuperado de: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf.

_____. (2010). *Lei n.º 10.741, de 01 de outubro de 2010. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.

_____. (2012). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Norma Operacional Básica, NOB-SUAS*, pp. 13-14. Brasília, DF. Recuperado de: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf.

_____. (2012). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas sobre o PAIF*, 2, pp. 17-23. Brasília, DF. Recuperado de: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf.

_____. (2013). Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea*. Vol. 1. Brasília, DF. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.

_____. (2020). Ministério da Economia/Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. *Portaria Conjunta n.º 7.806, de 18 de março de 2020. Estabelece medidas quanto ao funcionamento das unidades de atendimento da Secretaria de Trabalho, em caráter excepcional, em razão da pandemia de Covid-19.* (Processo n.º 19955.100318/2020-91). *Diário Oficial da União*: seção 1, ed. 55, p. 66. Recuperado de: [.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%207806-20-me-sept.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%207806-20-me-sept.htm).

Campos, D. B., Bezerra, I. C., & Jorge, M. S. B. (2018). Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. Brasília, DF: *Rev. Bras. Enferm.*, 71. (Supl 5), 2101-2108. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ppXdx8LHmndvZKXyC3dbKdQ/?lang=pt&format=pdf>.

Carvalho, D. F., & Lazo, A. C. G. V. (2012). Os arranjos domiciliares dos idosos atendidos pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC). Recuperado de: Unicamp: *Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, pp. 1-13, realizado em Águas de Lindoia, SP, Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012. Recuperado de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/2011-5899-1-PB.pdf>.

Cesario, A. (2018). A humanização na terceira idade: uma abordagem acerca das políticas de saúde. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 13, Ano 03, Ed. 08, 140-149. Recuperado de: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/terceira-idade>.

Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 9(1), 61-78. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100004>.

Hammerschmidt, K. S. A., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 25, e72849. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Atlas Nacional do Brasil*. Recuperado em 24 setembro, 2020, de: geoftp.ibge.gov.br/atlas/nacional/atlas_nacional_do_brasil_2010/3_sociedade_e_economia/atlas_nacional_do_brasil_2010_pagina_140_evolucao_da_piramide_etaria_brasileira.pdf.

Jordão Netto, A. (1997). *Gerontologia básica*. São Paulo, SP: Lemos.

Mariani, F., & Mattos, M. (2012). [Resenha]. Clandinin, D. Jean; Connelly, F. Michael. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. Trad. Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores. Uberlândia, MG: *Revista de Educação Pública*, 21(47), 663-667. Recuperado de: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/1766/1329>.

Martins, K. D., Santos, E. F., & Carolino, L. N. (2015). Integração Social da Pessoa Idosa: Políticas Públicas Relacionadas e Atuação do CRAS de Redenção, PA, na Inserção do Idoso em Programas de Proteção Social. *Libertas*, 15(1). Recuperado de: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18316>.

Pagani, G. C. L. (2003). *A contribuição do Serviço Social no processo de inclusão da pessoa portadora de deficiência*. Repositório Institucional da UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, TCC Serviço Social. Florianópolis, SC, 23. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/114393>.

Paiva, V. L. M. O. (2008). A pesquisa narrativa: uma introdução. *Revista brasileira de linguística aplicada*, 8(2), 261-266. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbla/a/gPC5BsmLqFS7rdRWmSrDc3q/?format=pdf&lang=pt>.

Paolini, K. S. (2016). Desafio da inclusão do idoso no mercado de trabalho. *Rev Bras Med Trab*, 14(2), 177-182. Recuperado de: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n2a16.pdf>.

Pessoto, U. C., Ribeiro, E. A. W., & Guimarães, R. B. (2015). O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 9-22. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001>.

Piedade, D. da C., & Pereira, P. A. P. (2016). Crise do capital e atuais tendências da (des)proteção social: traços ilustrativos da seguridade social brasileira. Campinas, SP: *Serviço Social e Saúde*, 15(1), 51-70. Recuperado de: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647308>.

Prado, S. D., & Sayd, J. D. (2004). A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 57-67. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PwMrmj7WPdsTVzVDwD6MQPM/?lang=pt&format=pdf>.

Salmazo-Silva, H., Lima-Silva, T. B., Barros, T. C., Oliveira, E. M., Ordonez, T. N., Carvalho, G., & Almeida, E. B. (2012). Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(Especial 6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, 97-116. Recuperado de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/17289-Texto%20do%20artigo-43107-1-10-20131121.pdf>.

Silveira, F. G., Jaccoud, L., Mesquita, A. C., Passos, L., & Natalino, M. A. (2016). Deficiência e dependência no debate sobre a elegibilidade ao BPC. *IPEA: Nota Técnica*, 31. Brasília, DF. Recuperado de: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7338/1/NT_n31_Disoc.pdf.

Souza, C. G. (2018). *Sistema único de Assistência Social: A Proteção e o atendimento à família*. (188 p.). Ponta Grossa, PR: Ed. UEPG.

Strasburg, V. J., Alves, G. G., & Aerts, D. R. G. de C. (2012). Contribuição de cesta básica na segurança alimentar de idosos diabéticos de programa assistencial em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 469-480. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300008>.

Terra, N. L., & Dornelles, B. (2002). *Envelhecimento bem-sucedido*. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.

Torres, L. V. P., Lima, J. R. T., & Breda, R. de L. (2020). *Pandemia e Desigualdade Social: Centro de Referência da Assistência Social e o enfrentamento à Covid 19 em Arapiraca/Alagoas*. *Revista P2P & INOVAÇÃO*, 7(Edição Especial “A pandemia por Covid-19: desafios e oportunidades”, 161-183. Recuperado de: DOI: <https://doi.org/10.21721/p2p.2020v7n1.p161-183>.

Alessandra Melo Anacleto de Oliveira - Assistente Administrativa do Centro de Referência de Assistência Social, CRAS.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9105-0163>

E-mail: alessandra_m_a_oliveira@yahoo.com.br

Ana Carolina Menon - Assistente Social do Centro de Referência de Assistência Social, CRAS.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6706-1698>

E-mail: anamenon@outlook.com

Elisson Daniel Marciniaki – Cadastrador do Cadastro Único do Centro de Referência de Assistência Social, CRAS.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6071-5698>

E-mail: elissonmarciniaki@hotmail.com

Francieli Maria Martins Princival - Assistente Social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4895-9996>

E-mail: francieli Princival@gmail.com

Roger Alloir Alberti – Psicólogo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4695-581X>

E-mail: rogeralberty@hotmail.com

Denis Cezar Musial - Assistente Social, especialista em Gerontologia, Doutorando, Programa Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, UNICENTRO e professor colaborador do departamento de Serviço Social da UNICENTRO.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8096-5686>

E-mail: dinao58@hotmail.com