

Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória



Simone Bruschi Pinheiro

Resumo: Este artigo objetivou realizar pesquisa bibliográfica sobre o modelo de atenção a saúde, pautado nas concepções biomédicas e biopsicossociais e suas conquistas, e retratar a importância e impacto na prevenção da violência social que sofre a pessoa idosa, especialmente neste período de enfrentamento a pandemia de coronavírus (COVID 19).

Palavras

chaves: biomédico, biopsicossocial, envelhecimento, desigualdade social.

Como tudo começou?

O modelo convencional de saúde surgiu a partir da influência da teoria mecanicista¹ segundo a qual tudo se explica pelos efeitos e suas causalidades. Na filosofia o mecanicismo é defendido pelo deísmo², que sustenta que o universo é um mecanismo, no campo da biologia, mecanicismo afirma que tudo que ocorre no ser vivo está determinado (COSTA, 2007).

¹Inspiradores: Galileu, Descartes e Newton.

²Deísmo - postura filosófica religiosa que admite a existência de um Deus criador, e considera a razão como uma via capaz de nos assegurar da existência de Deus, empregando os princípios da razão em lugar dos elementos comuns das religiões (Pacífico, 2014).

Modelo biomédico

No século XIV diferentes países foram assolados com a propagação de doenças contagiosas, entre as quais a Peste Negra (1347 e 1351), pandemia mais devastadora já registada na história humana, resultando na morte de 75 a 200 milhões de pessoas em virtude da ausência de saneamento básico e organização na assistência à saúde. A medicina estava em desenvolvimento e não existiam as vacinas para a imunização e a contenção da doença. Houve alta contaminação e mortes, e ficou evidente a necessidade das bases sanitárias nas cidades e intervenção em saúde, como resposta emergencial.

Afirma Guareschi (1991) que o filósofo Auguste Comte (1798- 1857)³, indicava que o conhecimento científico é o único, verdadeiro e possível. Segundo ele a 'essência' é inacessível, e a realidade é o que está aparente:

No estado positivo, o espírito humano, reconhecendo a impossibilidade de obter noções absolutas, renuncia a procurar a origem e o destino do universo, a conhecer as suas causas íntimas, para descobrir, graças ao raciocínio e à observação, suas leis efetivas, suas relações invariações de sucessão e de similitude. A explicação dos fatos resume-se de agora em diante na ligação estabelecida entre os diversos fenômenos particulares e alguns fatos gerais (COMTE, 1976, p. 9).

No processo econômico e político, caracterizado pela Revolução Industrial – em meados do século XVIII, inspirada na Inglaterra – que gerou profundas transformações econômicas e sociais - houve a passagem da manufatura à indústria mecânica, introdução de máquinas fabris, aumenta a produção global (ARANHA, 1995). Qual era a visão do que era saúde?

Neste período o conceito de saúde era definido como ausência de doença, e o sujeito visto como 'engrenagem' de uma grande máquina, com necessidades de reparos ao apresentar defeito, caracterizando a oferta do cuidado fragmentado, perdendo a visão do todo, e a possibilidade de questionamentos, como - o acesso que o operário teve para aprender a operar a máquina; a quantidade de horas que esteve submetido a produção diária; a qualidade de sua alimentação, fatores psicológicos, entre outros. A concepção de saúde/doença atual é considerada fenômeno individual que "pressupõe práticas de saúde dominantes, a doença é tomada individualmente, enquanto fenômeno individual" (MELO, 1987, p. 44).

Ao realizar um breve comparativo com as teorias dominantes, Minayo (2010) descreve que uma das nuances do positivismo é o funcionalismo⁴ - considera

³ Filósofo francês do século XIX, responsável pela criação da teoria positivista, influenciado por Saint Simon, também filósofo francês que se autoproclamava progressista. Comte considerado o "pai" da sociologia, foi o primeiro a teorizar a necessidade de uma ciência que estudasse a sociedade.

⁴ Funcionalismo - vertente de pesquisa que tem por objetivo explicar as ações sociais, coletivas e individuais, a partir da inclusão de um sistema. Emile Durkheim, um dos fundadores da Sociologia Clássica, constrói sua teoria, influenciado pelo filósofo francês Auguste Comte, no momento econômico vivido pela sociedade francesa de expansão das indústrias e o fortalecimento das lutas sociais. Considera que as estruturas e funções sociais não podem ser

que a sociedade está estruturada de forma coerente a um sistema, na qual cada sujeito tem sua função específica. Indica também que Parsons⁵ foi um dos filósofos funcionalistas que se destacou no âmbito da saúde, por ter tentado explicar a relação médico/paciente. Não trouxe grandes avanços, pelo fato de sua concepção, restrita e conservadora, sobre o conceito saúde/doença, procurando resposta apenas à cura de alterações ou doenças cometidas pelo indivíduo.

Aranha (1995), ao descrever a linha metodológica da Fenomenologia⁶, afirma a importância de aglutinar a saúde e a doença, pois o profissional que se apropria dessa teoria para atuação em saúde isolará o fenômeno para garantir à essência da causa, uma das vertentes da ideologia do modelo Biomédico.

O materialismo histórico dialético, apoiado nas teorias de Marx⁷ e Hegel, comprometido com a classe trabalhadora, desenvolve uma ciência na qual o objeto de estudo é o Ser Social, materialismo histórico significa construir a história a partir do objeto de pesquisa, já dialética,⁸ pressupõe a definição do movimento que se dá na história, construída a partir das contradições, por exemplo, riqueza e a pobreza (GUARESCHI, 1991).

Esta teoria, no cenário de saúde, gera o antagonismo do Estado em relação a prestação de serviços, sendo indispensável à participação popular na elaboração de políticas públicas efetivas, de acordo com a realidade da população, afastando do indivíduo a responsabilidade de melhorias na situação de doenças, de sua adaptação, cura, até mesmo do declínio em sua funcionalidade.

Modelo Biopsicossocial

De acordo com a Organização Mundial das Nações Unidas (OMS), o conceito de saúde foi modificado a partir da 2^a Guerra Mundial (1945), quando se definiu saúde como completo estado de bem estar social.

No campo da economia, ressalta-se que foi o momento de instauração do Estado do Bem-Estar Social (*Welfare State*), desencadeado pela realidade pós-guerra, e problemas advindos da industrialização. Outros países registraram esse estado assistencial, baseados na divisão entre relações de poder.

consideradas isoladamente, é preciso que funcionem juntas, atingindo a ordem social. Essa estrutura é descrita por Durkheim como família, escola, estado e igreja.

⁵Talcott Parsons (1902-1979) - sociólogo americano, fundador do sistema teórico chamado de “Funcionalismo Estrutural”, que comprehende que a sociedade é constituída por partes, e cada uma possui suas próprias funções, esperando-se que cada uma trabalhe em conjunto com as demais para promover a estabilidade social.

⁶ Fenomenologia, criada por Edmund Husserl (1859 – 1938) - filósofo alemão que rompeu com a orientação positivista, com objetivo de olhar para o fenômeno, levando em consideração sua intencionalidade, pretende superar a dicotomia homem/mundo. Afasta-se do sentido tradicional e metafísico.

⁷ Karl Marx (1818-1883), revolucionário socialista, estabeleceu a base para o entendimento atual entre trabalho e sua relação com o capital.

⁸ Dialética, para Hegel é formada pela Tese, Negação e Síntese, refere-se a um processo espiral, no sentido de algo que não se finda, partindo de uma ideia (tese), contrariada por outra ideia antítese (negação), para chegar à conclusão (síntese)

O Estado do Bem-Estar objetivou melhorar os padrões de qualidade de vida da população a partir da ótica dos direitos aos cidadãos, proporcionando padrões mínimos de educação, saúde habitação e renda. O Estado passou então a intervir na área econômica, no sentido de regulamentar as atividades produtivas e diminuir as desigualdades sociais. Engels⁹ (1820-1895) teceu críticas ao modelo biomédico, pois acreditava que a doença não é desencadeada apenas por um agente específico, mas através da interação do sujeito com as multicausalidades, ampliando a interpretação que a doença não é permanente, sim um estado-meio.

O foco neste modelo não é apenas a doença em si e seu tratamento, mas todos os aspectos que estariam diretamente relacionados ao fenômeno do adoecer, sejam eles fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros, os quais também devem ser considerados para que o tratamento seja eficaz (Frota, 2012). A saúde foge do foco da individualidade e da justificativa de doenças desencadeadas a apenas fatores biológicos, busca a possibilidade da discussão ampliada, levando em consideração a complexidade do indivíduo e transcendência interdisciplinar.

O histórico da política de saúde no Brasil partiu do movimento pela saúde pública gratuita e universal - Reforma Sanitária - que culminou na promulgação da garantia de direitos na Constituição de 1988, baseada na carta de Otawwa¹⁰ (1986), e em especial com a LOS (Lei Orgânica da Saúde/1990), que estruturou o SUS. Desde então se busca aprimorar ações de estratégia de melhoria de saúde, justificada pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, e as diretrizes de descentralização e hierarquização (PNPS, 2002).

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTAWWA, 1986).

Verifica-se, assim, que a promoção de saúde está pautada em prevenção de doenças, seguindo a dialética de cuidado proposta pela teoria de Marx, o que significa compreender o sujeito a partir das dimensões estruturais e humanísticas, considerando a práxis regrada da multidisciplinaridade.

Conforme o ser humano envelhece, o corpo físico é submetido a mutações potencializadas por fatores de risco. Neste sentido os idosos brasileiros estão

⁹ Friedrich Engels foi um empresário e teórico revolucionário, nascido na Alemanha, que junto com Karl Marx fundou o chamado socialismo científico ou marxismo.

¹⁰ Carta de Otawwa - carta de intenções, apresentada pela OMS na I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, com metas de saúde com ações importantes para todos.

sujeitos à tripla carga de doenças – crônicas, agudas e violência social -, denominados “Determinantes Sociais,” englobando condições de vida, trabalho e hábitos cotidianos.

Na perspectiva da reorientação dos serviços e expectativa de eliminar antigas práticas tendenciadas a valorização de doenças, e atuação baseadas em queixa/conduta, o Programa Saúde da Família foi criado (1994), no panorama de vigilância à saúde de crianças e mães, objetivando a diminuição da mortalidade infantil no estado do Ceará. As ações de promoção de saúde eram realizadas por profissionais em domicílio, denominado Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹¹, na tentativa de reverter este quadro. Com a consolidação do programa, o trabalho passou a contemplar outros grupos da população, como hipertensos, diabéticos, entre outros.

A partir do reconhecido sucesso de assistência domiciliar *in loco* dos ACS's, o Ministério da Saúde investiu neste paradigma de atenção à saúde, tendo como base o modelo cubano de medicina familiar, e ampliou a constituição da equipe através da contratação de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. A equipe passou a ser responsável por uma população de determinado território com abrangência de mais de 2 mil habitantes.

Foi reconhecido que não se trata de um Programa, pois não aponta para uma atividade com ideia de fim, tornou-se Estratégia Saúde da Família para atenção qualificada ao sujeito, considerando todos os espaços de vida que está inserido, esforço para inaugurar o método Biopsicossocial - paradigma revolucionário de atenção a saúde, pois possibilitou seu aprimoramento, extraíndo do indivíduo a realidade perversa da culpabilização pela doença e escolhas (ou falta de escolhas) nos processos de vida.

Importante registrar o avanço na atenção a saúde, na oportunidade de participação social, através dos Conselhos Gestores de Saúde, incorporados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Conselhos municipais, estaduais e nacionais, cujo objetivo é aprovar projetos de acordo com a realidade regionalizada, preocupando-se com o caráter de distribuição desigual de renda, o acesso diferenciado aos recursos da saúde, saneamento, educação e outros componentes sociais. Esses investimentos contribuíram para aumento na expectativa de vida, influenciada pelos fatores tecnológicos, de saneamento básico e acesso à saúde.

Para orientar e direcionar ações de saúde, no ciclo do envelhecimento foram sendo construídas legislações, garantindo os direitos sociais à pessoa idosa, como Política Nacional do Idoso (1996), destacando “corte” para se considerar idoso, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, para regulamentar o acesso à políticas sociais, reafirmado com a publicação do Estatuto do Idoso (2003), indicando a responsabilidade de prover saúde, através do Sistema Único, de maneira igualitária e universal. No entanto, em 1999, a Assembleia Geral da ONU intitulou o ano do envelhecimento ativo, em reconhecimento à maioridade demográfica da humanidade, após a conferência internacional sobre o envelhecimento.

No ano de 2002, a OMS publicou indicativos de ações para o envelhecimento, com objetivo de aumentar a expectativa de vida saudável para todas as

¹¹ ACS profissão criada pela lei 10.507/2002.

pessoas, implantando serviços e programas como metas para uma velhice ativa.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (ENVELHECIMENTO ATIVO, 2002).

Em 2006, foi publicada nova portaria relativa ao envelhecimento, estabelecendo o critério da funcionalidade, no qual a perda de funções de órgãos e sistemas, não pode ser tratada isoladamente sem considerar os determinantes sociais, corre-se o risco de tornar hegemônicas as manifestações e implicações para a vida, limitando a pessoa que porta a doença.

Violência contra idosos

A violência contra o idoso faz parte da violência social, e se expressa da forma que a sociedade se organiza em relações de classe, gênero, etnias e grupos etários (MINAYO, 2004), podendo se manifestar como *estrutural*, que refere-se às desigualdades sociais; violência *interpessoal*, expressa nas formas de comunicação e interação com o meio; *institucional*, refere-se às relações de poder, domínio, menosprezo e discriminação.



Ao retratar os modelos de saúde, citados no cenário da violência social na velhice, este propõe um desinvestimento, em especial na saúde da pessoa idosa, pois retrata as questões biológicas como universais e únicas, não compreendendo que neste ciclo de vida é possível pensar em saúde enquanto capacidade de satisfazer necessidades, indiferentes da presença ou não de enfermidades. Conforme Manso (2019), é preciso olhar para além das

funcionalidades apresentadas, caso contrário corre-se o risco de armadilhas ideológicas, na qual o velho é tido como desprezável e desvalorizado.

Pesquisadores descrevem que em determinadas tribos africanas, a divisão por grupos etários é rigidamente cumprida, e as pessoas idosas são levadas para morrer em cavernas distantes da tribo. Na economia atual valoriza-se a juventude e o ideal de vida 'eterna', estabelecendo a necessidade de ser reconhecido como sujeito de direitos aqueles que estão diretamente em constante produção, integrando uma engrenagem, compreendendo, assim, os ciclos de vida também como dispositivo de poder (FOUCAULT, 2011).

Neste mesmo contexto insere-se a 'indústria da beleza' que promete manter a vida e a beleza a qualquer custo, mesmo que tenha de usar automutilação, com cirurgias estéticas, na fantasia de manter-se jovem para manutenção da sociedade e do estereótipo do velho com juízo de valores negativos.

Do ponto de vista epidemiológico, a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno recente de notificação, e no Brasil só ganhou visibilidade na década de 1990, entrando na agenda da saúde pública, com advento do Estatuto do Idoso (2003).

No campo específico da Saúde, portarias e decretos foram formuladas na tentativa de convocar o profissional a compor o sistema de garantia de direitos em ações de prevenção às violências, como as notificações compulsórias - instrumento de garantia de direitos e de proteção social, dando subsídios ao poder público para o planejamento das ações de prevenção e intervenção. Destacam-se os esforços a nível governamental, ainda não suficiente, pois o Estado mantém seu papel regulador exercendo e reproduzindo a discriminação, e causando imenso sofrimento à maioria das pessoas - longas filas em serviços públicos; comunicação confusa; falta de retorno; culpabilização; ausência de olhar humanístico, e práticas de homogeneização que tornam o sujeito objeto, em especial os idosos (MINAYO, 2004).

Na atualidade, a epidemia causada pelo novo Coronavírus¹² - denominado SARS-CoV-2 - tem provocado preocupação na sociedade de forma geral. Em dezembro de 2019, houve o início da transmissão, identificado em Wuhan na China, a COVID-19, sendo em seguida disseminada e transmitida de pessoa a pessoa no mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de Janeiro de 2020, declarou emergência em saúde pública de âmbito internacional, devido à epidemia de COVID-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Com o aumento mundial dos casos, em 11 março de 2020, a disseminação do vírus foi classificada como pandemia.

¹² Coronavírus - grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais (camelos, gatos e morcegos) que raramente infectam pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV. O coronavírus, denominado SARS-CoV-2, apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2020), a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

No dia 24 de março, o Governo do Estado de São Paulo decretou o período de quarentena para diversos municípios do estado, incluindo o município de São Paulo. Desse modo, medidas de proteção foram implantadas, para garantir a diminuição da proliferação e assegurar o enfrentamento da doença. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo construiu um documento orientador com recomendações para a rede básica de saúde, com medidas de controle à pandemia, suspendendo de forma temporária alguns agendamentos, implantando monitoramento telefônico frequente e reorganizando as prioridades de visitas domiciliares aos idosos com perfil de declínio funcional e com sintomas respiratórios, uma das manifestações da atual doença.

Na tentativa de proteção de determinados grupos, por apresentarem redução da capacidade de limpeza do sistema respiratório e restrição da resposta imune, grupos de pessoas como idosos, portadores de doenças crônicas, síndromes de fragilidades, gestantes, foram aconselhados a aderirem medidas de restrição de contato social, com objetivo de evitar a contaminação pelo vírus.

A preocupação maior dos líderes de todos os países foi com o potencial de propagação do vírus entre a população, ocasionando colapso nos serviços de saúde. Apesar do receio do poder público, prestando protocolo de cuidados aos grupos de maior risco, este quadro impulsionou na imagem da pessoa idosa, ainda mais, os estereótipos acerca do velho, como se não fosse uma conquista da civilização, dispondo desse direito com falsas concepções, influenciando negativamente o conceito do envelhecimento, resultando em *idadismo*¹³.

Neste período, pode-se identificar uma crescente violência social, em especial ao idoso, utilizando-se de palavras depreciativas, inclusive humor negativo para narrar tragédias como a contaminação pelo vírus, exemplo disso o elemento construído pela sociedade denominado caminhão do “cata véio”, como forma de controle social, imposição de poder mobilizando no idoso sentimento de inferiorização e medo.

Pela magnitude e rapidez na quantidade de pessoas infectadas, com necessidades de hospitalização, resultou em discussões, em todo o mundo sobre critérios de escolha em recursos escassos, num sistema de saúde colapsado. Assim, surgiu a primeira publicação do protocolo de alocação de recursos escassos, em março nos EUA, na qual a universidade apresentou, de maneira sutil, a temática “prioridade dos ciclos de vida”, pressupondo possibilitar direitos iguais de viver os mesmos ciclos de vida, consequentemente o jovem possuiria precedência.

Além de impactos diretos na saúde, a crise trouxe prejuízos na economia, na educação e nos serviços públicos, sendo suas consequências agravadas de

¹³ O termo *idadismo* foi definido como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexism o fazem com a cor da pele e o género” (*Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1969, p. 243).

acordo com a renda, a localização, o gênero, a raça, idade e crenças das pessoas.

Como medida de enfrentamento ao novo coronavírus, a população periférica foi a mais atingida em todas as áreas, em decorrência das desigualdades sociais vivenciadas no Brasil - ausência de saneamento básico, que permitisse a materialização das medidas preventivas de higienização; infraestrutura insuficiente para o isolamento domiciliar em situações de pacientes contaminados com a COVID-19; renda familiar exígua, pois a realidade do trabalho está pautada no comércio ambulante ou informal; necessidade de recorrer a esteios financeiros; supressão de acesso e tecnologias, para ingresso em serviço de saúde em locais desabastecidos da ESF; restrição de crianças e adolescentes a participarem de aulas, ofertadas remotamente, por escassez de energia elétrica ou acesso relativo às tecnologias.

Considerações finais

É indiscutível o quanto os métodos influenciaram no modelo de atenção à saúde, cada um com a sua importância, em detrimento ao tempo e ao momento político econômico vivenciado.

O primeiro modelo encara a doença como elemento separado do sujeito, sendo o corpo um conjunto de sistemas relacionados, porém independentes um do outro, neste sentido contém a pessoa somente na doença. Este modelo reforça o preconceito sobre a velhice, pois coloca em primeiro plano a doença, não o sujeito.

O modelo biopsicossocial é um avanço na prática de saúde, mas ainda continua sendo um grande desafio para prestação do serviço de saúde ampliado. Faz-se necessário a mudança de paradigmas na formação acadêmica de profissionais da saúde em destituir-se do 'ser' especialista, disposto a construir planos de intervenção com o interlocutor, não somente prescrevê-los, refletir sobre o adjetivo "paciente", entre outras formas dominação, além de formato no tempo de consulta e os benefícios da indústria biofarmacêutica com o método.

Na contemporaneidade, temos prescrições para um bom envelhecer e discursos que se aproximam do neoliberalismo, mas há uma omissão do sujeito que envelhece neste universo desigual. O coronavírus é reflexo da urbanização, desenvolvimento econômico e globalização. Se envelhecer é sinônimo de problema, é compreensível a negação da velhice, sendo assim fundamental a modificação do pensamento, em que a velhice seja um horizonte desejado. A expressão da linguagem do envelhecimento precisa ser transformada, mudar a chave de "ser um problema" para "ter um problema," faz toda a diferença na maneira de olhar o sujeito e pensar em serviços e políticas.

O motivo que afugenta o isolamento social na periferia é diverso, o principal é a necessidade das pessoas trabalharem para sobreviverem; ausência da relação do Estado com a periferia, ora fazendo-se presente de maneira agressiva e coercitiva, agravando ainda mais o quadro de desigualdade no país. Por outro lado, constata-se a potência das lideranças religiosas locais, que influenciam a

cura por forças sobrenaturais, retomando a análise de Comte. De acordo com o coletivo de favelas, na cidade de São Paulo, a chance de morrer de COVID-19 no bairro periférico da Brasilândia é dez vezes maior do que no conhecido bairro dos Jardins, a chance de envelhecer em bairros periféricos torna-se cada vez mais utópicos.

Diante do exposto, precisamos de um sistema de Seguridade Social que comporte a população e preserve a dignidade do cidadão. Bem como, estratégias tecnológicas de enfrentamento à corrupção, e aumentar a confiança no governo e o vínculo com a população. Perspectivas de cotas para além de questões raciais, ampliando para possível abordagem de gênero e idade. Na educação, preparar o jovem para o processo de envelhecimento como etapa de vida, principalmente em dirimir o estereótipo do velho como algo negativo. Além de outros direitos sociais que poderiam ser revistos, como mobilidade das pessoas entre regiões, bairros e transportes, políticas de habitação e infraestrutura, pautadas na abordagem inclusiva, sendo assim de uso universal.

Referências

- ARANHA, M.L.A. *Filosofando: introdução à filosofia*. 2^a ed. São Paulo: Moderna, 1995.
- COMTE, A. *Curso de filosofia positiva*. 2^a. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1976.
- GUARESCHI, P. *Sociologia crítica: alternativas de mudança*. 25^a.ed. Porto Alegre: Mundo Jovem, 1991.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- CAPRARAS, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, p.139146, 2004.
- COSTA, R.V. *Atenção a Saúde: Discussão sobre os modelos biomédicos e biopsicossocial*. São Paulo, SP. 2007
- FOUCAULT, M. As grandes funções da medicina em nossa sociedade In MOTTA, M.B. *DITOS E ESCRITOS. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FROTA, A.M.M.C. Origens e Destinos da abordagem centrada na pessoa no cenário brasileiro contemporâneo: reflexões preliminares. *Revista Abordagem Gestáltica -XVIII(2)*, jul/dez, 2012.
- LOPES, J.M.C. *Abordagem Centrada na Pessoa*. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Artmed. Porto Alegre, RS, 2004.
- MANZO, M.E.G. Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência. *Revista Longeviver*, Ano I, n3, jul/ag/set. São Paulo, 2019.

MELO, R. S. Epistemologia e hermenêutica. *Revista Tempo Brasileiro*, jul. set. 1987.

MINAYO, M.C.S. *Violência contra idosos: é possível prevenir*. Secretaria de Vigilância e Saúde /Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, M.C.S. *Violência e Saúde – Temas em Saúde*. Editora Fiocruz, 2010.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social*. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 17/07/2020.

Violência contra idosos no Brasil: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003.

PSICOLOGADO. Relação paciente e equipe. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/os-cuidados-paliativos-e-a-relacao-da-equipe-de-saude-com-o-paciente-sem-possibilidade-de-cura>. Acesso: 17/07/2020.

MINISTÉRIO da Educação. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/cotidiano/conceito-de-saude/43939>. Acesso em 20/07/2020.

MINISTÉRIO da Educação. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/conceito-de-saude-perspectiva-historica/>. Acesso em: 20/07/2020.

MINISTÉRIO da Educação. Sociologia. Disponível: <https://querobolsa.com.br/enem/sociologia/funcionalismo>. Acesso em: 10/07/2020.

MINISTÉRIO da SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*: Saúde boa e vida melhor para 50 milhões. Ano 2, nº 5, maio, p. 7. Brasília, 2002

MINISTERIO da SAÚDE. *I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Carta de Ottawa*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 18/07/2020.

MINISTÉRIO da SAÚDE. *Notificações compulsórias*. Disponível: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria>. Acesso em 15/07/2020.

MINISTÉRIO da SAÚDE. *Política Nacional de Saúde*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 12/07/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estatuto do Idoso*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 15/07/2020.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. *Política Nacional do Idoso*. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 12/07/2020.

Organização Mundial da Saúde OMS. *Peste Negra*. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiag/pandemia-de-peste-negra-seculo-xiv.htm>. Acesso em 20/07/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. *Conceito novo coronavírus*. Disponível: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 14/07/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Disponível http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 10/07/2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Pessoas Idosas*. Disponível: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/> Acesso em: 12/07/2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999.html>. Acesso em: 12/07/2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Plano de enfrentamento ao novo coronavírus*. Disponível: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano_de_Acao_COVID_19_31_03_2020.pdf. Acesso: 10/07/2020.

Data de recebimento: 25/11/2020; Data de aceite: 18/12/2020

Simone Bruschi Pinheiro - Assistente social (FMU-2003); Especialização em Trabalho Social com Famílias (2009); Especialização Saúde Pública (2016); 9 anos de experiência em Ong direcionada à pessoa com deficiência intelectual e psicossocial; 9 anos atuando na Saúde Pública, especificamente 2 anos como coordenadora do PAI - Programa Acompanhante de Idosos. Texto produzido no curso de extensão *Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social e Atendimento*. PUC/SP, junho 2020. E-mail: simoneassocial@gmail.com.