

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA FLAVIA REBOUÇAS

O SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA DO ADULTO E IDOSO DO COMPLEXO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.

MATINHOS

2019

ANA FLAVIA REBOUÇAS

O SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA DO ADULTO E IDOSO DO
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR: RELATO DE UMA
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

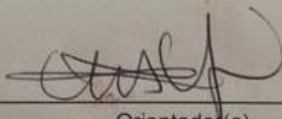
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Escorsim.

MATINHOS

2019

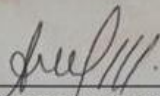
ATA DE AVALIAÇÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

No dia 11 DE JULHO DE 2019, às 17:00 horas, no Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná, reuniu-se a Banca Avaliadora do Trabalho de conclusão de curso, constituída pela . DRA. ANE BÁRBARA VOIDELO e pelo DR. ANTONIO SANDRO SCHUARTZ, sob a presidência da orientadora DRA. SILVANA MARIA ESCORSIM para avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante ANA FLÁVIA REBOUÇAS, sob o título O SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA DO ADULTO E IDOSO DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO., como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo o estudante sido APROVADA com conceito AS.



Orientador(a)

DRA. SILVANA MARIA ESCORSIM



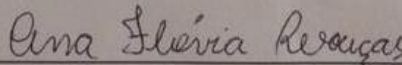
Integrante da Banca

DRA. ANE BÁRBARA VOIDELO



Integrante da Banca

DR. ANTONIO SANDRO SCHUARTZ



Estudante

ANA FLÁVIA REBOUÇAS

Dedico este trabalho ao meu falecido, amado e eternamente lembrado avô Wilson Roberto Rebouças, pessoa a qual penso todos os dias de minha vida. Meu pai em vida, meu avô, tudo ficou guardado para sempre dentro de mim. Quem dera você pudesse estar presente nessa minha conquista.

Agradecimentos

Para começar a destacar aqueles que junto comigo viveram momentos de muito suor e luta, tendo em vista as dificuldades ao longo da minha caminhada na academia, agradeço em primeiro lugar a Deus, pois foi apegada à minha fé Nele que cheguei até aqui.

Dando continuidade agradeço a minha mãe Joana D'arc, por toda a dedicação e inspiração durante minha vida, pelo suporte e apoio nesses quatro anos de graduação, superando a saudade e as barreiras junto comigo, não medindo esforços para me dar condições de estudar e ter uma vida digna. Obrigada mãe, pelo incentivo e por ser minha motivação, por ter me cuidado e zelado sozinha, e enfrentado o mundo para que eu crescesse e me tornasse alguém de caráter e conquistando metas. Você é um exemplo de coragem, perseverança e superação.

Agradeço a minha avó, Neuza Maria da Costa, Assistente Social aposentada, que foi minha maior incentivadora nesse caminho que escolhi para a vida. Nela espelhei minha profissão e meus objetivos de vida.

A minha irmã Rafaella Rebouças pelo apoio, conselhos, ajudas, por todos os momentos superados durante a vida, sempre unidas.

E a minha irmã Fernanda Cristina por ser meu suporte em tantos momentos de fragilidade, obrigada por me ouvir, por me aceitar, por chorar as minhas dores comigo, por nunca soltar a minha mão. Por sempre compreender meu coração sem que eu precisasse falar.

Agradeço aos meus sobrinhos Miguel e Alice, que me trouxeram nova perspectiva de vida, e paz na minha alma. Eles que me transbordam de felicidade, e que são o motivo da minha luta diária para meu crescimento.

Ao meu padrasto Wilson Fernando, por sempre estar ao meu lado, por embalar comigo em todas essas conquistas, por representar tanto em nossa família.

Aos meus amigos de Curitiba, especialmente Mariana Kawka, que mesmo com a distância, se mantiveram comigo.

Agradeço as amigadas que construí ao longo desses quatro anos e meio morando no Litoral. Tanata Landgraf, minha primeira amiga longe de casa, um ser de luz própria, cheia de graça e bondade.

Caroline Ribas te agradeço por ser a melhor ouvinte que eu já tive na vida, por diversos momentos me senti sozinha e encontrei em você alguém para ser meu amparo, meu ombro amigo, com toda a sua sinceridade, lealdade e cumplicidade.

Cassiano Kayan, obrigada por 2017. Josiane Rodrigues, Mariana Lopes, Rafael Jatoba, Geovane Oggione, Gabrielle Paula, agradeço a vocês por todos os momentos vividos até esse ciclo se fechar, vocês fazem parte da minha história.

Muito obrigada a família Landgraf Martinez por me amparar desde o início, me tratar como membro da família, e sempre me receber tão bem, vocês são iluminados.

A minha universidade UFPR LITORAL, pela oportunidade de ingressar nessa Instituição que além de me trazer ensinamentos profissionais, me trouxe experiências incríveis.

E por fim e não menos importante, agradeço a minha querida professora e orientadora Silvana Maria Escorsim, que foi peça fundamental para que eu estivesse aqui hoje, bem como a minha supervisora de campo de estágio Analise Molon. Todos os professores que contribuíram para a minha formação e aos que compuseram minha banca.

Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre. Porque alguém disse e eu concordo que o tempo cura, que a mágoa passa, que decepção não mata. E que a vida sempre, sempre continua. (Simone de Beauvoir)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência vivida no campo de Estágio, especificamente na Saúde do Idoso no Complexo Hospital de Clínicas, na Cidade de Curitiba. Tendo como base o Serviço da Clínica Médica do Adulto e Idoso. Baseia-se, principalmente, em pesquisa bibliográfica, sobretudo o contexto histórico da Política de Saúde no Brasil, desde o Período Colonial, até as Bases atuais do SUS, como também no Estatuto do Idoso e nos contextos sociais, políticos e econômicos em que esta política está inserida. Apresentara também como se deu todo o processo estrutural e histórico das políticas de saúde voltadas para a pessoa idosa. Além da experiência proporcionada pelo estágio supervisionado em Serviço Social. Identifica-se que ainda há grande precarização na efetivação da Política de Saúde no contexto atual, e que ela tem raízes nos processos históricos de mudanças dos padrões de regulação social e de acumulação, e que atinge diretamente as condições de saúde das pessoas, como também na qualidade dos serviços oferecidos pela instituição.

Palavras-chave: Assistente Social. Idoso. Processo Histórico.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Pública

CHC – Complexo Hospital de Clínicas

EBSERSH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUFs – Hospitais Universitários Federais

IAP - Institutos de Assistência Previdenciária

IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

PCB – Partido Comunista Brasileiro

PSD - Partido Social Democrata

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte, Energia

SUCAN - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UDN – União democrática nacional

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFPR UNIMULT – Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico Terapêutica

URSS - União Soviética

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	15
1.2 PERÍODO COLONIAL.....	15
1.3 PRIMEIRA REPÚBLICA ATÉ A REVOLUÇÃO DE 1930.....	16
1.4 POPULARISMO DE 1945 A 1960.....	19
1.5 DE 1960 ATÉ O FIM DA DITADURA MILITAR.....	20
1.6 DEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL (1981 A 1990)	23
1.7 BASES DO SUS.....	24
2. A SAÚDE DO IDOSO.....	26
2.1 O ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	26
2.2 POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA IDOSA.....	27
2.3 ESTATUTO DO IDOSO.....	28
2.4 A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE À GARANTIA DE DIREITOS NA SAÚDE DO IDOSO.....	30
3. RELATOS E ANÁLISES DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CHC.....	35
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERENCIAS.....	46

INTRODUÇÃO

A elaboração desse trabalho de conclusão de curso para obtenção do título bacharel em Serviço Social, visa relatar uma experiência em campo de estágio obrigatório, tendo sua intervenção na Clínica Médica do Adulto e Idoso, no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, na cidade de Curitiba. E discutir a política da saúde e dos direitos dos usuários do SUS. Para refletirmos sobre o trabalho interdisciplinar no campo da Saúde, que através da articulação entre diferentes saberes na prática cotidiana dos profissionais, pode contribuir para um melhor entendimento do processo saúde e adoecimento.

As Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social, aprovadas pela ABEPSS em 1996, apontam diretrizes para nortear o projeto pedagógico de cada unidade de formação profissional e tratam o estágio supervisionado como um momento ímpar do processo ensino-aprendizagem, elemento síntese da relação teoria-prática, da articulação entre pesquisa e intervenção profissional, e que se consubstancia como exercício teórico-prático, mediante a inserção do/a aluno/a nos diferentes espaços ocupacionais das esferas pública e privada. No estágio, exercita-se o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão teórico-metodológica e à utilização do instrumental técnico-operativo do Serviço Social, pertinente ao campo específico da ação.

O curso de Serviço Social da UFPR- Litoral, por meio das práticas de estágio, está inserido na política de saúde e tem como um de seus campos de estágio o Complexo Hospital de Clínicas, com a finalidade de promover a participação social da população atendida, proporcionando condições de assegurar seus direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988.

O estágio supervisionado é um espaço que capacita o acadêmico a uma postura crítica e reflexiva, constituindo um momento único para a formação profissional. Ele proporciona ao estudante a inserção na prática profissional, possibilitando entrar em contato com a realidade concreta e contraditória. Constitui um espaço de extrema importância para capacitar os discentes na intervenção social. No momento do estágio, é que o aluno passa a ter contato real com o campo de atuação do Assistente Social e com experiências vividas nas práxis, atrelada à teoria

adquirida academicamente, contribuindo de forma positiva para o processo de ensino-aprendizagem do ponto de vista prático, teórico e reflexivo. Segundo Buriolla (2001):

O estágio é essencial à formação do acadêmico, enquanto este lhe proporcione momentos específicos de aprendizagem, uma reflexão sobre a ação profissional, uma visão crítica da dinâmica das relações existentes na instituição campo apoiados na supervisão como processo dinâmico e criativo, tendo em vista sempre possibilitar a elaboração de novos conhecimentos.

Durante o processo de estágio, na Clínica Médica do Adulto e Idoso, no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, apresentaram-se ao Serviço Social diversas demandas referentes a pessoas adultas, idosos e adolescentes, com diferentes contextos e em situação de vulnerabilidade social. Foram realizadas entrevistas com familiares dos usuários, orientações sobre os direitos e encaminhamentos a rede de serviços do Município de Curitiba, Região Metropolitana e interior do Estado do Paraná, entre os quais (Promotoria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Promotoria dos Direitos da Pessoa Idosa, Justiça Federal, Conselho Tutelar, Secretarias de Saúde, Consultório de Rua, CRAS, CRAS, CREAS, Centro POP, Unidades de Saúde, SAD- Serviço de Atenção Domiciliar, Defensoria Pública), ainda foi possível compreender os processos institucionais vivenciados pelo Profissional de Serviço Social, dentro do Complexo Hospital de Clínicas e a atuação interdisciplinar entre as diferentes profissões (serviço social, médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta).

O Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, é o terceiro maior hospital universitário do Brasil. Foi inaugurado em 1961. Atualmente possui 60.473 mil metros quadrados de área construída, sendo 261 consultórios e dispõe de 643 leitos distribuídos em 59 especialidades. Atende um universo populacional regional de 411 mil pessoas do Estado do Paraná (97% das pessoas atendidas) e realiza uma média mensal de 60.920 mil atendimentos, com um índice de 1.464 internações e 837 cirurgias. É o maior prestador de serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) do Estado do Paraná.

O Hospital tem como missão: Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida.

As Unidades de Clínicas Médicas Masculina e Feminina são compostas por 30 leitos, sendo eles divididos em IV setores, que compreendem o atendimento de clínica geral para investigação diagnóstica, de pacientes que internam pela Unidade Referenciada do Hospital e de pacientes referenciados pela UTI e CTSI. O setor II, é dedicado especificamente a pacientes em cuidados paliativos. Conta ainda com leitos de especialidades médicas de pneumologia, endocrinologia, reumatologia, nefrologia, gastrologia.

Os usuários do SUS, nas Unidades de Clínicas Médicas Feminina e Masculina, recebem assistência de profissionais Médicos, Psicólogos, Farmacêuticos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e de Residentes das especialidades Médicas e da Residência Multidisciplinar em atenção à saúde da pessoa adulta e idosa, composta por profissionais de Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Terapia ocupacional. O Serviço Social na Clínica Médica Masculina e Feminina é composto por um profissional.

Os atendidos como já dito anteriormente, passam por processos de investigação diagnóstica e pelo tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiológicas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias (DPOC, Fibrose Cística), diabetes, doenças infectocontagiosas, neoplasias, insuficiência renal crônica, doenças hepáticas, entre outras) que se encontram em cuidados paliativos em estágios mais avançados e complexos (múltiplas comorbidades), apresentando sequelas e desta forma, incapacidade para atividades da vida diária e instrumental da vida diária, o que representa o aumento das deficiências em pessoas adolescente (em menor número) e em pessoas adultas e idosas (em maior número).

Além de questões clínicas, os usuários apresentam dentro do contexto hospitalar, o reflexo de sua história de vida em vários aspectos, sendo estes, de condições de trabalho e desemprego, das condições de moradia e da estrutura familiar que com o agravamento da doença, perpassam pela complexidade das condições de vida do usuário e de seu familiar, sendo que estes últimos, muitas vezes são dependentes ou deixaram suas atividades para realizar o cuidado com o usuário.

O Serviço Social no Complexo Hospital de Clínicas iniciou em 1961, no ano de inauguração do Hospital, com a designação de Serviço Social Médico, nomenclatura utilizada até início de 2014, pela Divisão Médica. Neste mesmo ano, passou a ser identificado dentro da Instituição pela nomenclatura de Serviço Social,

após solicitação da Chefia de Serviço da época, pois compreendeu-se a necessidade de desvincular a profissão, do contexto predominantemente médico. Desde 2009 está sob a gerência da UNIMULT – Unidade de Atendimento Multiprofissional de Diagnóstico Terapêutica, formada pelos profissionais de Reabilitação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia e Serviço Social. Observou-se também a interação entre o Serviço Social da Clínica Médica e o Serviço Social de outros espaços de trabalho dentro da Instituição, como por exemplo, a importância da interação com o Serviço Social do Ambulatório de Saúde Mental, do Ambulatório Dedicado e do Serviço Social do Pronto Atendimento e de Acolhimento ao Luto.

O Serviço Social atualmente é composto por 36 profissionais, que se encontram lotados no atendimento nas Unidades de Internação e nos Ambulatórios. Os profissionais estão dispostos nos seguintes locais de trabalho: Internação – CTSI, UTI Adulto, UTI Cardíaca, UTI Cirúrgica, UTI Pediátrica, Maternidade, Emergência Pediátrica, Neurologia e Neurocirurgia, Leitos de Retaguarda, Clínica Médica Feminina e Masculina, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Transplante de Medula Óssea, Acolhimento ao Luto, Hematopediatria, Hematologia, Oncologia Adulto, Otorrino e Oftalmologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Infectologia e nos Ambulatórios de Saúde Mental, Violência contra a Mulher, Infectologia Adulta e Pediátrica, Implante Coclear, Hanseníase, Transplante de Medula Óssea, Hematologia e Oncologia, Puericultura, Neuropediatria, Síndrome de Dow, Endocrinopediatria. Ainda compõe, a Supervisão Técnica e Chefia em Serviço Social. Funciona por 24 horas, diante ao plantão noturno e dos finais de semana.

Em 15 de dezembro de 2011, foi criado pelo Poder Executivo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), autorizada pela lei n 12.550, e com estatuto aprovado pelo decreto 7661/11. É uma empresa pública unipessoal, ou seja, tem apenas uma administração, que é a UNIÃO. A EBSERH tem personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, isso significa que a empresa vai estar sujeita ao regime próprio das empresas privadas, inclusive com as questões trabalhistas, legais e obrigações civis. Ou seja, embora a EBSERH seja uma empresa da UNIAO, ela vai se sujeitar a todas as questões relativas a uma empresa privada.

A empresa é supervisionada e está vinculada ao Ministério da Educação, ela é dispensada de licitação para contratar com a administração pública. O lucro extraído da sua gestão é reinvestido nas atividades ligadas ao seu objeto social.

A EBSERSH tem duas finalidades: prestar assistência a comunidade em que são oferecidos serviços gratuitos nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e terapêutico a população, em que executado exclusivamente no âmbito do SUS, que devem respeitar as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A outra finalidade é prestar às instituições públicas federais, apoio no ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, aderindo a autonomia universitária.

As atividades desenvolvidas por essa empresa pública estão implantadas em 40 Hospitais Universitários Federais (HUFs), que realizam a função de centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura da EBSERSH é formada por uma diretoria executiva que trabalha junto com o conselho de administração, conta também com o conselho consultivo e conselho fiscal, auditoria interna e comissões e comitês.

O objetivo do Serviço Social no Complexo Hospital de Clínicas é: “trabalhar questões socioeducativas, visualizando o ser humano dentro do seu contexto individual e coletivo, desenvolvendo ações o atendimento globalizado de saúde ao usuário da instituição” (SSM-HC|UFPR).

Os profissionais do Serviço Social HC- UFPR desenvolvem suas atividades, visando, sobretudo garantir o acesso do cidadão a seus direitos. (XAVIER, 2014)

Os profissionais de Serviço Social desta unidade constroem no diálogo com o paciente um espaço para discussões e esclarecimentos de informações, possibilitando que o usuário, na condição de sujeito de direitos, acesse os bens e serviços existentes. Evidenciamos deste modo, a importância da documentação no cotidiano do trabalho do Assistente Social como possibilidade de sistematização de informações que permitirão a avaliação das ações desenvolvidas e consequente melhoras nos serviços prestados à população.

Perante o levantamento deste estudo, este trabalho tem como objetivo conhecer melhor a realidade do público alvo, relatar quais os direitos sociais da população idosa, ressaltar a atuação do profissional de Serviço Social para com essa população e analisar a experiência vivida no estágio obrigatório na Clínica Médica do CHC.

Utilizando a metodologia de natureza qualitativa, descritiva, exploratória e de campo, através de estudo bibliográfico, com literaturas disponíveis em sites, artigos,

livros, ensinamentos em sala de aula e levantamento de dados estatísticos. Também será usada uma pesquisa exploratória realizada durante o período de estágio, com os relatórios produzidas diante as situações atendidas.

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo a partir da categorização dos dados.

Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2009).

Os instrumentais técnico-operativos utilizados pelos profissionais na atuação junto aos idosos utilizados foram atendimento de caso, acompanhamentos, cadastramento, diagnóstico social, coleta e levantamento de dados, relatório social, atendimento ambulatorial, encaminhamentos, entre outros.

Essa pesquisa é relevante para identificarmos as vulnerabilidades da população idosa no contexto atual do país. E as contribuições que o estudo pretende dar ao analisar as demandas ocorridas, são para expor os direitos do Idoso.

1. A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL

Para melhor compreensão de todo o processo estrutural e histórico da efetivação da saúde como direito social para todos e todo período histórico anterior as políticas da saúde implantadas, precisamos resgatar os estudos de ROSSI (1980), para isso vamos relembrar um pouco sobre o Período Colonial, a Primeira República até a Revolução de 30 e o populismo de 45 a 60. Estão inclusos ainda subitens referentes aos períodos relativos aos anos 60 até o fim da Ditadura Militar; e da Nova República até a atualidade.

1.2 Período Colonial

No Período Colonial a economia do Brasil era mantida através da exploração do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e da exportação de café, fazendo com que país se submetesse econômica e politicamente a metrópole de Portugal. Como o pau-brasil era considerado uma extração vegetal, neste ciclo ainda não havia sido determinada uma estruturação de classes.

Já com a exploração da cana de açúcar, em que existiam inúmeras propriedades escravistas, a estrutura foi definida através dos pólos – senhor e escravo, pois os colonos (senhores) introduziram grandes capitais e utilizavam da exploração da mão de obra de trabalhadores (escravos) trazidos da África (ROSSI, 1980).

Com a mineração houveram avanços no desenvolvimento comercial e urbano, e um positivo crescimento do número de indivíduos daquela população, fazendo com que o giro capital fosse diminuindo para os senhores, resultando nos primeiros contornos estruturais de classes.

Com a extração de café, houve um grande desenvolvimento em variados âmbitos, principalmente na urbanização dos grandes centros econômicos. Como o Brasil tinha como vantagem possuir a maior parte da oferta do café para o mundo todo, o país tinha o controle dos preços e o poder de decidir de que forma iria atuar na economia internacional. Porém, como o crescimento da economia brasileira dependia especialmente do aumento da população dos países consumidores, que na maioria eram os europeus, a oferta do café começou a se tornar superior à demanda, o que demonstrou que a diminuição dos preços ocorreria gradualmente.

Nessa época, a saúde não tinha uma formação estrutural capacitada para atender a população trabalhadora, para isso era utilizada uma medicina popular “folk”, enquanto os senhores tinham acesso a médicos legais. Com isso foi construído a Academia Real de Medicina Social, que ficava na Bahia, cujo objetivo era assegurar a proteção da saúde da população, baseado nos moldes europeus, e a defesa da ciência, que gerou a hegemonia das práticas médicas no Brasil.

De acordo com Rosen (1994), a saúde pública no Brasil passou a ser pautada no Sanitarismo, que se reproduzia nos eixos urbanos das cidades.

1.3 Primeira república até a revolução de 1930

Com a abolição da Escravatura em 1888, os processos de emigrações ficaram cada vez mais frequentes e populosos, principalmente de imigrantes italianos, portugueses e espanhóis. Esse crescente número de pessoas fez com que as condições sanitárias no Brasil, não fossem suficientes para sustentar as demandas para permanência dos mesmos no país. Devido a essa falta de estrutura, políticas

sociais e condições básicas de saúde, alarmaram-se epidemias pelo país, como febre amarela e peste, entre outras.

Através da Proclamação da República foi elaborada a Constituição, que responsabiliza o Estado por decisões nacionais, por isso a saúde passou a ser incorporada pelo viés estatal.

No governo de Rodrigues Alves desencadearam-se ações que tiveram como vertente a chamada "Higienização". Através da figura de Oswaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política.

Como exemplo, pode-se verificar a lei sobre a vacinação e revacinação contra a varíola, no ano de 1904, processo que gerou uma série de revoltas no âmbito da população civil contra o sentido militar imputado à campanha (IYDA, 1994).

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social. Datam dessa época os primeiros encontros de sanitaristas que bradavam por soluções mais eficazes no que tocava às questões de saúde.

Esse movimento sanitário difundiu a necessidade da "educação sanitária" como uma estratégia para a promoção da saúde e o conteúdo dos discursos era permeado por uma intensa fermentação de ordem liberal (BRAGA; PAULA, 1987).

Na ocasião, os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram em embrião do Seguro Social, correspondendo ao primeiro período da história da Previdência brasileira. As CAPs foram regulamentadas através da Lei Elói Chaves (BUSS, 1995) e concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços do tipo de consultas médicas e fornecimento de medicamentos.

Para tanto, foi criado um fundo constituído pelo recolhimento compulsório do empregado: 3% do salário; do empregador: 1% da renda bruta das empresas e da União: 1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas (CORDEIRO, 1981).

A rápida expansão das CAPs fez com que ocorressem modificações, principalmente aquelas relacionadas às fontes de financiamento.

Cabe ressaltar que desde o início, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo (POSSAS, 1981).

Com a crise do padrão exportador capitalista e o conseqüente aumento da dívida externa acirraram-se os confrontos entre os republicanos e os liberais. Esse fenômeno, aliado à crise mundial do café de 1929, afetou de forma contundente a economia brasileira, criando condições propícias para a Revolução de 1930.

Nela, frações de oligarquias, o tenentismo e as classes médias urbanas, modificaram a estrutura de poder, diminuindo o poder oligárquico e aumentando o poder dos estratos sociais pertencentes à burguesia. O êxodo rural, decorrente da bancarrota do café, impulsionou o processo de industrialização e urbanização. Desta maneira, os surtos epidêmicos, que já se faziam presentes, se intensificaram, devido à piora das condições de vida, decorrentes principalmente, do excesso populacional e da falta de infraestrutura sanitária (ROSSI, 1980).

Devido às reivindicações dos grupos, o Estado Novo criou como resposta aos movimentos, o Ministério do Trabalho e dos Institutos de Trabalhadores.

Nessa fase estruturou-se uma política nacional de saúde, com bases no Ministério da Educação e Ministério da Saúde, porém o acesso a essa política cobria apenas alguns movimentos de trabalhadores.

Os programas de Saúde Pública destinavam-se a elaboração de condições sanitárias necessárias para assegurar a população migratória. Porém, devido ao custoso modelo sanitário assumido e a opção adotada pelo Estado em relação aos gastos, essas condições eram limitadas.

A expansão de investimentos que surgiu com o grande avanço no ritmo de produção industrial naquele momento, gerou uma resposta do Estado as imposições dos trabalhadores, em que este, deliberou um salário mínimo, que era limitado aos gastos para sobrevivência da classe operária. Isso, somado a grande inflação da época no país, resultou numa piora nas condições de vida dos operários, o que por vez, refletiu nas demandas por saúde e assistência médica. Diante disso, os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs), passaram a executar um serviço que a princípio não faziam, o de prestar serviços na assistência médica.

Perante um avanço significativo no crescimento industrial, alarmava-se uma preocupação com a manutenção e reintegração do operário nos processos de produção, pois isso implicaria no rendimento em serviço deles, portanto foram criados serviços de atendimento ambulatorial. Paralelamente a isso, desenvolvia-se a indústria farmacêutica, a fim de reintegrar a força de trabalho a produção.

1.4 Populismo de 1945 a 1960

Na gestão do então presidente General Eurico Gaspar Dutra, do Partido Social Democrata (PSD), apoiado pelo ex-presidente Getúlio Vargas, uma nova constituição foi aprovada, o presidente adota uma liderança mais liberal, com pouca intervenção do Estado na economia, o que desagradou seus colegas de partido, fazendo com que isso o aproximasse da União Democrática Nacional (UDN), partido este que era conservador e fazia oposição a Getúlio Vargas.

Na política internacional em época de Guerra Fria, o Brasil se torna forte aliado dos Estados Unidos da América, rompe relações com a União Soviética (URSS), e declara ilegal o Partido Comunista Brasileiro.

Com a intenção de combater a inflação vigente na época, o governo elabora o plano SALTE, cujo objetivo era gerar investimentos em Saúde, Alimentação, Transporte e Energia.

Com o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), Dutra apresentava a questão da saúde como uma de suas prioridades, mas a Saúde Pública, ainda que elevada à condição de "questão social", nunca esteve verdadeiramente entre as opções prioritárias da política de gastos do governo (ALENCAR et al, 1985).

O resultado disso foi a diminuição do salário mínimo pela metade, e com isso a popularidade do presidente caiu também.

Em 1950, acaba o mandato de Dutra, e a presidência passou a ser novamente de Getúlio Vargas, que na época já o tinha como desafeto.

Essa "Era Vargas", foi caracterizada pela criação da lei da sindicalização, pelo estabelecimento da jornada de trabalho de 8 horas diárias, com férias remuneradas, e foi estabelecido um salário mínimo.

Getúlio Vargas recebeu a fama de "pai dos pobres", pois utilizava de uma política nacionalista, e foi acusado de promover a esquerdização do Brasil. Conseqüentemente, o presidente enfrentou dura oposição da União Democrática Nacional (UDN) e foi duramente criticado. Ele defendia os interesses nacionalistas na exploração dos recursos naturais do país.

Em 1953 ele funda a Petrobrás, o que não agradou aos americanos, que por vez, cancelaram alguns empréstimos feitos ao País.

Em 1954 Vargas deixa uma carta para a população, e se mata com um tiro. E a presidência do Brasil passou a ser governada pelo seu vice-presidente, Café Filho. Em seu curto tempo de mandato, até uma próxima eleição, que seria conquistada pelo presidente Juscelino Kubitscheck, a época de Café Filho foi marcada pela criação Ministério da Saúde, que antes era fundido entre Ministério da Saúde e Educação, por hora a estrutura desse Ministério estava frágil e com orçamento limitado.

Já na posse do presidente Juscelino Kubitscheck de Oliveira, cujo sua proposta de campanha era o desenvolvimentismo, que ganhou o lema “50 anos em 5”.

Com a coligação Nacional-Desenvolvimentista do Presidente Juscelino Kubitscheck, a economia abriu-se ao capital estrangeiro e iniciou-se grande pressão por parte dos empresários no que toca à eficiência das indústrias. No campo da saúde, o Congresso de Hospitais, ocorrido nessa época, respondeu a essas demandas, instituindo os serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, através da emergência da medicina de grupo, que se constituiu em um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade (BRAGA; PAULA, 1987).

Ao final do governo de Juscelino, era intenso o crescimento da inflação.

E em nova eleição Jânio da Silva Quadros foi eleito presidente do Brasil, e suas intenções de governo visavam conquistar créditos internacionais para superar a crise que se desenvolvia no país.

1.5- De 1960 até o fim da Ditadura Militar

A fase inicial desse período foi governada pelo vice-presidente de Jânio Quadros, João Belchior Marques Goulart (JANGO).

Não existia um sistema de saúde pública que abrangesse a maioria da população, o que havia era o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1967, que servia para unificar todos os Institutos, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada. Só que o INPS atendia pessoas com trabalho formal, ou seja, trabalhadores com carteira assinada, então era

pequena a porcentagem de brasileiros que podia utilizar desse serviço que o governo mantinha.

Uma das grandes discussões expostas na época, era sobre a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que arrecadava as contribuições da classe trabalhadora, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde se gerenciava aposentadorias, pensões e assistência médica de trabalhadores formais, não tendo inclusos nisso os trabalhadores rurais e urbanos que não possuíam carteiras assinadas. Estes, tinham atendimento em centros e postos de saúde pública.

Como a demanda por saúde era muito maior do que a oferta, o Governo Brasileiro através do INPs passou a investir no desenvolvimento do setor privado de saúde, o que acarretou na criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, e incentivou através de empréstimos com pequenos juros, a implantação de rede privada de hospitais.

A população pobre fez um êxodo rural em direção aos centros urbanos, mas foram morar em locais com precárias situações de vida, sem estrutura sanitária, gerou um quadro epidemiológico na população, aumentando os casos de doenças transmissíveis e de mortalidade infantil. Nessa época com as péssimas condições de saúde, e descaso do governo vigente, houve uma epidemia de meningite.

Com isso as ofertas de serviço se tornaram seletivas e discriminatórias, variadas de acordo com a posição social e atenção médica.

O governo federal anuncia grandes obras que irão impulsionar o desenvolvimento no país.

No que se refere ao setor saúde, em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, instituída por lei já em 1937, com o objetivo de oferecer orientações sobre as políticas de saúde.

Essa Conferência definiu como ideologia da saúde, a do desenvolvimento econômico, baseada que estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. Estes últimos eram princípios tidos como "fontes de saúde" (ROSSI, 1980).

Em 1975 na 5ª Conferência Nacional de Saúde e criado o Sistema Nacional de Saúde através da lei 6.229, como primeira tentativa de organizar o sistema de Saúde.

Na saúde, as políticas de Planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades (BRAGA; PAULA, 1987).

Com o golpe de 64, o poder foi assumido pelas Forças Armadas. Editou-se o Ato Institucional-1, que suspendeu as garantias constitucionais, permitindo a cassação de mandatos e suspendendo direitos políticos.

Além disso, foram extintas todas as organizações que exigiam reformas de base, como o Comando Geral dos Trabalhadores e as Ligas Camponesas (ALENCAR et al, 1985).

Foi nesse contexto que emergiu o movimento sanitário no interior das universidades, como decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. Assim, a Universidade passou a ser o espaço onde era possível a contestação às práticas do regime de então (ROCHA, 1988; TEIXEIRA, 1989).

A política econômica adotada levou ao aumento da produtividade.

Assim, a jornada de trabalho foi ampliada de oito para, aproximadamente, treze horas diárias. A isso se somou à baixa do poder aquisitivo do salário mínimo, seguida de uma elevada concentração de renda para uma parcela da população (ROSSI, 1980).

Segundo NORONHA; LEVCOVTTZ (1994), a derrota do Partido dos Trabalhadores, que representava a articulação das forças progressistas, impeliu ao arrefecimento da cena política nacional "de todos os setores comprometidos com o SUS".

Durante o período militar foram criados os institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAN); Conselho Consultivo de Administração de Saúde Pública (CONASP) e por fim o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Ao analisar o artigo Política de Saúde no Brasil, de Maria Inês Souza Bravo, compreende-se que com o decreto da Constituição de 1988, após o golpe militar de 1964, em que foi introduzida a ditadura do grande capital, inaugura-se um novo processo de proteção social, baseada na Seguridade Social, universalizando os

direitos sociais e responsabilizando o Estado pela Saúde, Previdência e Assistência Social.

A intervenção do Estado na assistência à saúde dos trabalhadores, passou a decorrer no século XX, já no século XIX por conta das modificações econômicas e políticas no país, foram implantados novos projetos na área da saúde pública, tais como a vigilância do exercício profissional e campanhas limitadas. Ao final do século, a classe operária inicia um movimento em reivindicação a questão da saúde, em que serão desenvolvidas algumas resoluções na organização do setor, no início do século XX.

Em 1923 aconteceu a reforma Carlos Chagas, cujo objetivo era estender o atendimento à saúde, estabelecendo como método a ampliação do poder nacional dentro da crise política.

1.6 Democratização do Brasil (1981 a 1990)

O Ministério da Saúde convoca e organiza a 7^o Convenção Nacional de Saúde, com o tema de “Serviços Básicos de Saúde”, o que gerou uma ampliação sobre o debate de descentralização da Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde existem desde 1941, porém só a partir de 1986 é que os trabalhadores de saúde e os representantes dos movimentos populares puderam participar.

Após a 7^o conferência, surge então o PREV-SAUDE, cujo pretensão era estender as ações em saúde nos serviços de base. Diante disto, surgiu o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que possibilitavam o aumento na qualidade e quantidade de atendimentos. Em 1986 ocorreu a 8^o Conferência Nacional de Saúde, juntamente com os movimentos de saúde da população, e decorrente a essa conferência foi aprovada a “Reforma Sanitária”.

O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava à realização da VIII Conferência Nacional do Saúde.

Em decorrência desse processo, em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VI11 Conferência Nacional da Saúde. Ao contrário das Conferências de Saúde que haviam sido convocadas até então, e que discutiam questões de caráter essencialmente técnico, a VI11 inovou, no que toca à escolha da temática - Direito à Saúde. Sistema de Saúde e Financiamento -, à participação da sociedade civil e ao processo preparatório que envolveu profissionais da

saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (BRASIL, 1986).

O então Presidente da República Jose Sarney, criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Foi aprovado pela Assembléia Nacional Constituinte a nova Constituição Brasileira, que dizia no artigo 196 que: A saúde é direito de todos e dever do Estado.

O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com a aprovação de um capítulo inédito da Constituição, que versava sobre a saúde, no qual se refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário (ESOOREL. 1993).

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhecia o direito de acesso universal à saúde para toda a população que dela precisasse. As diretrizes atribuídas ao Sistema era a universalidade, a integralidade das ações e a participação social.

Nos anos 90, foi elaborada a regulamentação da organização e funcionamento dos serviços oferecidos pelo SUS, e com isso foram implantados os Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais.

1.7 Bases do sus

O primeiro sistema de saúde brasileira se chamava Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), mas só os profissionais de carteira assinada e que contribuía com a previdência social tinham acesso a ele. Após isso na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), e instituiu a seção “Saúde” na Constituição Federal.

A Constituição Federal Brasileira é composta por 250 artigos, em que do artigo 190 a 200, tratam sobre a saúde.

Artigo 196 – dispõe que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Artigo 198 – constitui o Sistema Único de Saúde como uma rede regionalizada, hierarquizada de ações e serviços públicos de Saúde.

Com a 8ª Conferência, fica estabelecida a lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde, criada em 19 de setembro de 1990, ela cria e regulamenta o SUS, em todo território nacional. A Lei dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, regula em todo o território nacional as ações dos serviços de saúde, sejam

elas públicas e privadas. Ela também fala de como a instituição privada pode participar do SUS.

Como pode se verificar, estava em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implementação do SUS.

Como fruto disso, o governo sistematicamente adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), a qual teve sua aprovação após amplo processo de mobilização (BRASIL, 1991).

As áreas de atuação do SUS estão na: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral e assistência farmacêutica. E os princípios do SUS são divididos em:

Princípios Doutrinários:

Universalidade, em que todo cidadão tem acesso ao SUS.

Integralidade, que é o cuidado integral ao paciente.

Equidade, em que todos são tratados igual, sem nenhuma discriminação.

Princípios Organizacionais:

Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Participação dos cidadãos (controle social).

A IX Conferência Nacional de Saúde foi viabilizada somente em agosto de 1992 tendo sido considerada por muitos, como um processo de maior caráter mobilizatório que o anterior, na medida em que contou com a participação de mais de 5 mil pessoas. Os temas discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social. O seu relatório final reiterou as proposições da VIII Conferência e, na realidade, tornou evidente a palavra de ordem: “Cumpra-se a Lei”, exigindo a operacionalização da VIII Conferência, no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1992).

Mesmo com a grande movimentação política por parte da sociedade, após esse processo a reação governamental, especialmente em nível federal foi muito “tímida e insuficiente diante das demandas crescentes. O patamar mínimo dos benefícios previdenciários, sobretudo das aposentadorias, é garantido por algum tempo, apesar das pressões (ainda vigentes) sobre o salário mínimo (...).

Na área da saúde o caos se instala com uma brutal redução dos recursos de custeio e uma completa paralisação nos investimentos em manutenção e ampliação da rede de serviços. A saúde é seguramente o setor onde o retrocesso se torna mais visível em todos os sentidos” (SOARES, 1995).

2. A SAÚDE DO IDOSO

2.1 Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e, no Brasil, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento (Camarano, 2005; 2010).

No Brasil define-se como idoso uma pessoa com 60 anos ou mais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2000 os adultos maiores de 65 anos representavam 5% da população brasileira, já no último censo realizado pela mesma fonte em 2010, os idosos passaram a representar 10,8%. Estimasse que em 2020 esse número crescerá para 12%, e em 2025, o país ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

O envelhecimento humano, ressalta a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, e com isso reconhece os reflexos destas mudanças para a formulação de políticas públicas em nosso País.

Existem diferenças no processo de envelhecimento em países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento, vem ocorrendo de forma rápida, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes.

A função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo.

A redução dos níveis da fecundidade e a mortalidade no Brasil tem produzido transformações no padrão etário da população, sobretudo a partir de meados dos anos de 1980.

Nas questões epidemiológicas, a mudança do perfil de morbidade e a mortalidade de uma população, geram uma diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas.

Para responder às demandas da população idosa, sobre os setores previdenciários, segurança pública, saúde, assistência social, lazer e habitação, o Estado brasileiro desenvolveu duas principais leis ordinárias de proteção da pessoa idosa.

2.2 Política Nacional da Pessoa Idosa

A Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI), foi criada em 4 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto no 1.948, em 3 de julho de 1996. Ela tinha como articuladores principais os órgãos civis, dentre elas a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), e as entidades técnicas, como a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

A PNI resgata os princípios da promoção de saúde e da qualidade de vida por meio de diversas diretrizes. E tem por objetivo reafirmar e assegurar os direitos sociais do idoso, “criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (art. 1º da Lei no 8.842/1994).

Um dos conceitos da PNI, responsabiliza a família, o Estado e a sociedade o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; E o outro diz que o processo de envelhecimento diz respeito a sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; A pessoa idosa não deve sofrer nenhum tipo de discriminação, e deve ser o principal alvo para serem efetivas através desta política.

Para promover e defender os direitos da pessoa idosa, e zelar pela efetivação das normas sob o idoso, cria-se o Sistema Jurídico de Garantias, que ocorrerá com o Estatuto do Idoso.

Assim, em 1 de outubro de 2003 foi instituído o Estatuto do Idoso, lei nº 10.741, que nasceu através crítica em relação à não de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na PNI.

2.3 Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso é uma Lei Orgânica do Estado Brasileiro cujo objetivo era regulamentar os direitos assegurados a essa população idosa, e definir a proteção integral a eles. Ele serve como guia fundamental para que as políticas públicas sejam cada vez mais compatíveis ao processo de ressignificação da velhice.

Dispõe nele os principais artigos:

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Como trata-se de uma pessoa em processo de envelhecimento, ela é credora de uma atenção especial pois está numa situação de vulnerabilidade.

Art. 2.º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art 15. É assegurada 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 prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- I - Cadastramento da população idosa em base territorial;
- II - Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- IV - Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e

acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V - Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde;

§ 2º Incumbe o Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança dos valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16 Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17 Ao idoso que esteja no domínio de duas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I - Pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - Pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III - Pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - Pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I - Autoridade policial;
- II - Ministério Público;
- III - Conselho Municipal do Idoso;
- IV - Conselho Estadual do Idoso;
- V - Conselho Nacional do Idoso.

Nesta perspectiva, o Estatuto do Idoso em relação ao direito à vida institui no Art. 8.º “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (BRASIL, 2009, p.10). É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2009).

Apesar dessa categoria ter adquirido algumas conquistas, como a PNI e o Estatuto do Idoso, ainda existem muitos obstáculos a serem vencidos, tendo em vista que, o envelhecimento ainda é visto como uma expressão da questão social, devido ao desrespeito e abandono cometidos contra as pessoas idosas.

2.4 A participação do Serviço Social frente à garantia de direitos na saúde do idoso

A longevidade do ser humano na sociedade contemporânea representa “uma conquista social, a velhice passou a figurar como uma realidade inconteste em todo o mundo e nos países da América Latina” (SILVA; YAZBEK, 2014, p.103).

O Brasil é um país que está envelhecendo (BRASIL, 2009; SILVA; YAZBEK, 2014; RIOS; REIS, 2016, p.148), um reflexo, dentre outros fatores, do aumento da expectativa de vida devido aos avanços que o sistema de saúde vem conquistando (BRASIL, 2009; SILVA; YAZBEK, 2014).

A política de atendimento ao idoso é realizada por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo linha de ação de atendimento políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem de serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de

negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão (BRASIL, 2009).

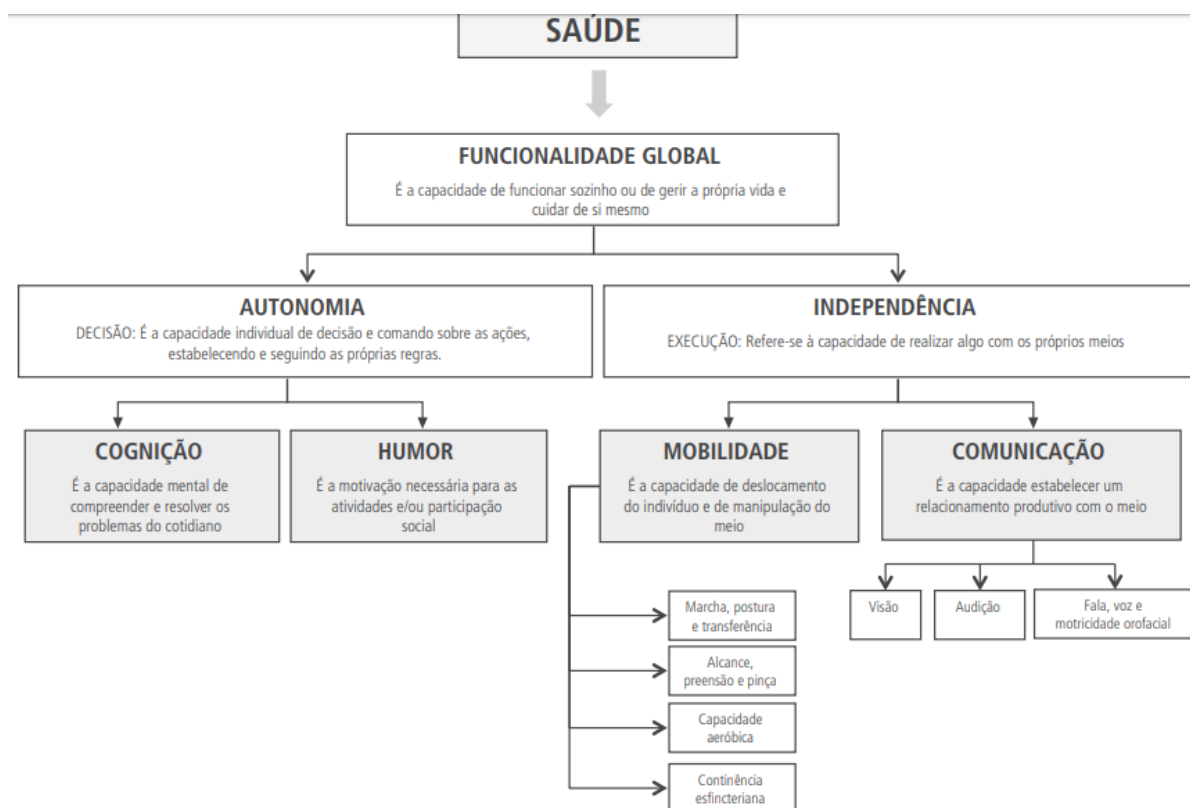
No Brasil, a maior parte da população idosa é de baixa renda e está exposta a condições diversas de trabalho, moradia e alimentação. O processo de envelhecimento é associado a imagens negativas de doenças, limitações e desprazer, que muitas vezes culmina na morte social do idoso. As unidades de Saúde que operam na lógica da saúde da família, têm se revelado mais adequadas do que aquelas direcionadas a assistência individual, para atender a população de maior idade.

As equipes multidisciplinares são formadas pelo Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Dentistas, Nutricionistas, Enfermeiros, entre outros, trabalham buscando fazer articulações nas ações tomadas e a integração de saberes diversos, garantindo a construção de um cuidado integral da saúde da população idosa.

A interação na equipe multidisciplinar e o envolvimento familiar, são indispensáveis no processo de atenção em Saúde. Ao atender os idosos na atenção básica, a equipe de saúde deve buscar compreender a situação de saúde física, contextualizada com aspectos emocionais, cognitivos, sociais e econômicos. Com essa análise, é possível formular um plano preventivo e terapêutico, adequado a realidade e necessidade do usuário.

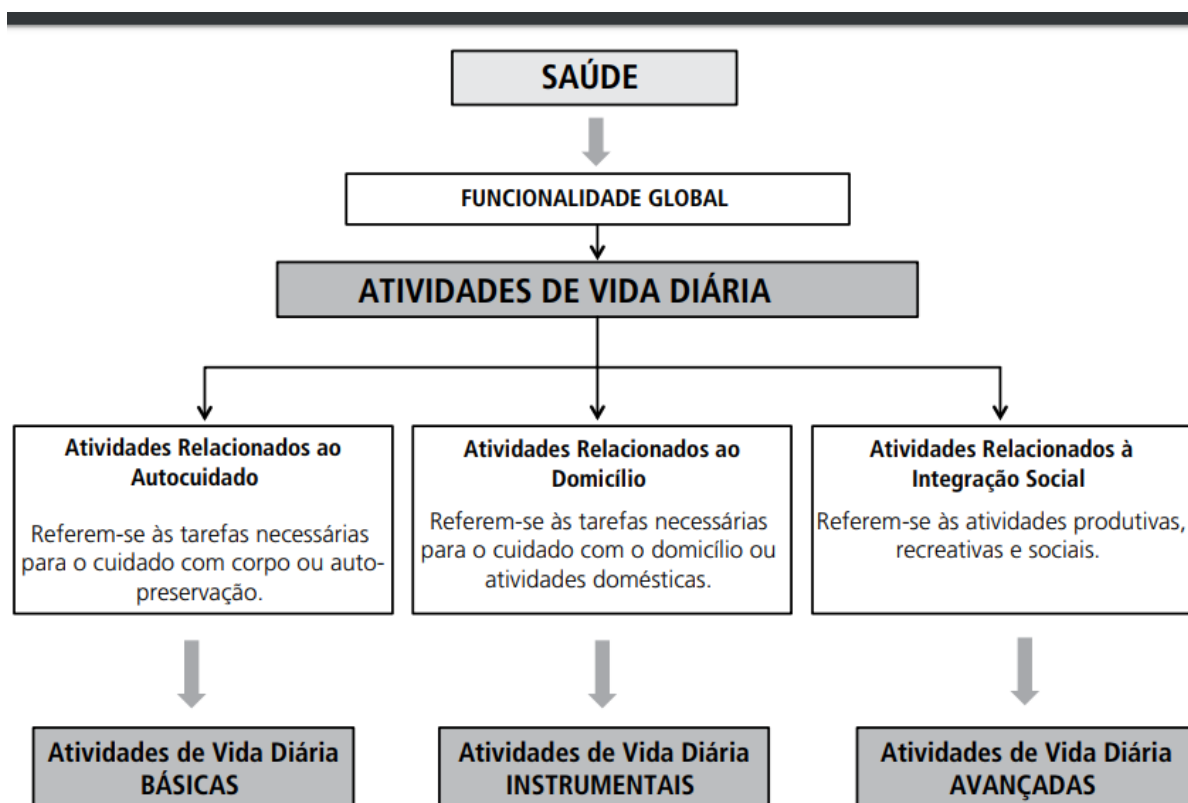
Na área da saúde, a transição demográfica e epidemiológica, são responsáveis pelo surgimento de novas demandas de saúde, principalmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”, fazendo com que isso prolongue o uso de serviços ofertados.

Esta figura mostra o funcionamento integrado e harmonioso dos principais



sistemas funcionais, que definem a independência e autonomia do idoso:

Isso, capacita o idoso a exercer suas atividades da vida diária (AVD), que são tarefas básicas de autocuidado, parecidas com as habilidades que aprendemos na infância, que vão desde alimentar-se, vestir-se e tomar banho, até ir ao banheiro. Essas ações são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo. O grau do declínio funcional nas AVD básicas pode ser categorizado em: Independência; sem dependência; Dependência incompleta; Dependência completa.



As atividades de vida diária instrumentais são mais complexas que as básicas e são indicadoras da capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade. Incluem as atividades relacionadas ao cuidado intradomiciliar ou doméstico, como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa sozinho (LAWTON; BRODY, 1969).

Refere-se avaliação multidimensional o processo de diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso, ela é sistematizada através de diferentes instrumentos que permitem um “novo olhar” para com o indivíduo que envelhece em busca de uma compreensão ampla de sua condição de vida e saúde.

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Segundo o Estatuto do idoso, Art. 4.º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (BRASIL, 2009).

Diante disso, considera-se primordial a atuação do Serviço Social na promoção da Saúde do idoso e de seus direitos instituídos pelas Políticas Públicas no país.

A profissão do Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, regida pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, em resolução feita Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). O Serviço Social atua no campo das Políticas Sociais, e busca defender e garantir os Direitos Sociais da população, fazendo com que a Democracia seja fortalecida.

O profissional de Serviço Social tem como atribuições: planejar, assessorar, executar, avaliar programas e projetos em políticas públicas de saúde.

A Assistente Social norteia também suas ações na Política Nacional de Assistência Social, que tem como função a inserção, prevenção e promoção dos usuários enquanto cidadãos de direito (BRASIL, 1993). As atividades estão prioritariamente concentradas nos seguintes campos de atuação: ações em caráter emergencial, atendimento especializado, planejamento e assessoramento, promoção em saúde. (BRASIL, 1993).

Serviço Social é entendido como uma prática social que se desenvolve com responsabilidade social, solidariedade social junto aos sujeitos, aos seus direitos individuais, junto à humanidade, aos seus direitos coletivos, prospectivos e de bem-estar (CARVALHO, 2011).

Com base nisso, a Assistente Social trabalha e contribui para a defesa da política pública e de saúde, a garantia dos direitos sociais, o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais bem como, para a viabilização do Sistema Único de Saúde – const. de 1988 e nas leis 8080 e 8142 (1990). O Assistente Social, como profissional de Saúde, tem como competências intervir junto aos fenômenos sócios- culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, que seja ao nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde, esse é o espaço que o Serviço Social ocupa na estrutura organizacional da instituição.

A proteção social da Assistência Social basicamente visa a atender situações de vitimização, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e riscos que o cidadão e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana. Por meio

de suas ações, produz aquisições materiais, sociais, socioeducativas, para suprir necessidades de reprodução social de vida individual e familiar, desenvolvendo capacidades e talentos para a convivência social, protagonismo e autonomia.

A sociabilidade maior nos serviços ou atendimentos da saúde significa compreender de maneira ampla as várias dimensões do ser humano, em se tratando de assistência em saúde, aí entra a inserção do assistente social. Atualmente, nota-se a retomada da assistência em saúde que tem como elementos fundamentais o contato, o diálogo, a escuta do paciente, sujeito importante no processo de tratamento. Com isso podemos observar que o trabalho dos assistentes sociais tem suas próprias necessidades dentro do contexto da saúde pública, capaz de nos fazer refletir sobre o assunto e buscar entender melhor sua importância na área. O Serviço Social contribui para a formulação e a implementação de políticas sociais públicas. Este profissional atua diretamente no processo de organização e mobilização da sociedade, comprometido com a efetivação dos direitos sociais e o pleno desenvolvimento da cidadania.

O processo de trabalho do Assistente Social com o idoso deve ser desenvolvido com intuito de “garantir que família e sociedade respeitem não apenas a legislação brasileira, mas fundamentalmente os valores humanos, a qualidade de vida e dignidade dos cidadãos que estão em processo de envelhecimento” (RIOS; REIS, 2016, p.160).

O Serviço Social deve conjuntamente com os profissionais da equipe multidisciplinar somar esforços nas ações cotidianas e no fortalecimento de parcerias para a concretização dos direitos dos idosos, sobretudo garantindo o tripé da seguridade social: “saúde, previdência e assistência social” (RIOS; REIS, 2016, p.157).

Social deve em seu trabalho cotidiano interpretar e compreender a realidade social, facilitando a inserção do cidadão nas políticas públicas. Atender as demandas sociais e assistenciais dos usuários, favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade; criar projetos voltados para a saúde da mulher, materno infantil, saúde da criança e adolescente, saúde do idoso.

Segundo Netto (1996) toda ação profissional está fundamentada nos princípios ético políticos que embasam o Serviço Social enquanto profissão circunscrita na divisão sócio técnica do trabalho.

Para tanto podemos realizar uma análise de sua demanda e de sua realidade social, e a discussão da implementação de um serviço novo de uma das profissões da saúde que antes não fazia parte do quadro das categorias tradicionalmente incorporadas na Atenção Básica.

3. RELATOS E ANÁLISES DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CHC

Durante os meses no exercício de Estágio na Clínica Médica, foram atendidas pelo Serviço Social diversas situações com pessoas adultas, dentre elas homens e mulheres, e em grande parte pela população idosa. Em algumas dessas situações, nos deparamos com negligência parental, desinformação sobre os direitos da pessoa idosa, vulnerabilidades sociais e econômicas, entre outros.

Vimos também com frequência, pacientes que ficavam meses internados, mesmo tendo recebido alta médica, devido a vários fatores, dentre eles, relatos dos familiares sobre as dificuldades em acolher o paciente, que geralmente justificava-se devido às questões socioeconômicas. Isso gerava um atraso na alta social do mesmo, pois não é possível desospitalizar alguém com a incerteza de para onde ele vai.

Com isso foram notadas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Serviço Social, frente às tentativas de proximidade com as famílias dos usuários, na maioria das vezes nem o paciente nem os familiares tinham pleno conhecimento dos direitos os respaldam e nem qual as funções do Serviço Social na área da saúde.

O processo de institucionalização do paciente em casas de apoio, casas de longa permanência, etc., Após a saída do hospital, é extremamente difícil devido as poucas vagas restantes nessas instituições comparado ao número de demanda.

Eram realizadas pela Assistente Social responsável pela Serviço Social da Clínica Médica, escutas qualificadas, reuniões familiares, entrevistas individuais, encaminhamentos, contatos com as redes de apoio, coletas de dados, orientações, entre outras funcionalidades.

Durante esse processo, foram elaborados diários de campo, onde continha informações e relatos semanais sobre os casos aparecidos para o Serviço Social.

Diante disso, este capítulo pretende registrar e avaliar cinco diários de campo produzidos, para fazer uma análise qualificada das situações envolvendo a população idosa.

Relatório I

Em 10/08/2017, o Serviço Social da Clínica Médica Feminina e Masculina do Adulto e Idoso, atendeu o Sr. Pedro, de 74 anos de idade, tabagista paciente idoso com histórico de saúde mental e histórico de doenças crônicas. Não tem filhos, curatelado pela sobrinha.

O envelhecimento é vivenciado por grande parte das pessoas como um ciclo natural da vida. Caracteriza uma fase de mudanças onde muitas tarefas do cotidiano, consideradas banais e, portanto, de fácil execução, vão paulatinamente e muitas vezes de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, “[...] processo dinâmico, progressivo, inevitável, com ritmo e características específicas em cada pessoa, implicando alterações morfofisiológicas e consequente repercussão familiar, econômica e social” (MACHADO; et al, 2010).

O paciente solicitou o Serviço Social para que este, desse suporte a sua curadora, pois a mesma não estava conseguindo receber os recursos dele, que estava hospitalizado. A sobrinha relatou estar tomando as providências para a resolução da situação, mas referiu não ter certeza se continuaria responsável pela curatela do paciente, e pensava em dividir as responsabilidades com os irmãos do mesmo (formalizar curatela compartilhada) e se caso não tivesse retorno, desistiria da curatela.

Em contato com o CRAS regional do Sr Pedro, a Assistente Social do Complexo Hospital de Clínicas tomou ciência, que o paciente já tinha sido atendido pelo CREAS.

A Assistente Social prontamente orientou a curadora sobre os passos a serem dados para que os benefícios fossem liberados.

Por fim, após alta médica e em acordo com o Serviço Social, o paciente foi liberado para casa, em companhia da sobrinha.

Existe uma série de fatores que interferem na permanência dos idosos junto aos seus familiares, como o agravamento da pobreza, os conflitos geracionais, a vínculos familiares no decorrer de suas vidas, a saída dos membros da família para o mercado de trabalho e o aparecimento e/ou agravamento de determinadas patologias que geram certo grau de dependência, assim como o rompimento de laços afetivos. (CALDERON; GUIMARÃES, 1994).

Neste atendimento vimos um processo de curatela que segundo o Ministério Público do Estado do Paraná, é o encargo atribuído pelo Juiz a um adulto capaz, para que proteja, zele, guarde, oriente, se responsabilize e administre os bens de pessoas judicialmente declaradas incapazes, que em virtude de má formação congênita, transtornos mentais, dependência química ou doenças neurológicas, estejam incapacitadas para reger os atos da vida civil. Ou seja, compreender a amplitude e as

consequências de suas ações e decisões (impossibilitadas de assinar contratos, casar, vender e comprar, movimentar contas bancárias, entre outras).

Com isso foram notadas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Serviço Social, frente às tentativas de proximidade com as famílias dos usuários/as, na maioria das vezes nem a/o paciente nem os familiares tinham pleno conhecimento dos direitos os respaldam e nem qual as funções do Serviço Social na área da saúde.

O processo de institucionalização da/do paciente em casas de apoio, casas de longa permanência, etc, é bem complicado devido a grande demanda e poucas vagas. Isso gera um atraso na alta social.

Houve intervenção da equipe multidisciplinar entre a assistente social, estagiária, equipe médica, psicologia, enfermagem, usuário e o grupo familiar. E foram realizadas reuniões, encaminhamentos, entrevistas, cujo objetivo era a desospitalização do usuário e a orientação frente aos benefícios recebidos pelo usuário.

Relatório II

Em 13/06/2017, foi atendido pelo Serviço Social da Clínica Médica, o paciente Henrique, de 49 anos, tabagista, sem filhos, solteiro, etilista severo, com audição debilitada, paciente CID B24 trabalhava como pedreiro, morava sozinho de favor em uma pequena casa conjugada de um amigo, que era o único conhecido de Henrique. Até ser hospitalizado o paciente estava ingerindo álcool a doze dias seguidos.

O médico residente solicitou a Assistente Social que encaminhasse o usuário, para uma casa de apoio, caso ele fosse liberado do hospital. A profissional preferiu verificar as condições sociais do paciente, para coordenar a situação.

Conforme relatou o médico, o paciente foi encontrado no banheiro do leito, bebendo álcool, e anunciou que se jogaria pela janela do hospital, caso não o liberassem. Devido a isso as enfermeiras trancaram as janelas do quarto e a Assistente Social solicitou atendimento da Psiquiatria.

Em contato com o CRAS do Boqueirão, foi informado para a Assistente Social que o paciente pegava vale transporte para consultas periódicas sobre o aparelho auditivo, recebia bolsa família e benefício eventual (cesta básica). Após isso a rede relatou estar com problemas no sistema, por isso não teria como passar mais informações sobre o homem.

Após discutir sobre a situação do Sr Henrique com a médica, a Assistente Social entrou em contato com o amigo dele Sr João, que relatou ter amizade a dez anos com o usuário, portanto se responsabilizaria pela hospitalização do paciente.

Em contato com o INSS, foi informado ao Serviço Social que o paciente já não estava mais na qualidade de assegurado desde 2006.

Em primeira conversa entre o Sr João, a Assistente Social, e a equipe Multidisciplinar, a profissional de saúde advertiu o amigo, de que as possibilidades de sobrevivência do paciente eram quase nulas e, portanto, ele deveria se preparar e buscar orientações sobre o acolhimento ao luto dele.

A Assistente Social orientou-o sobre Sepultamento Gratuito, no qual ele deveria apresentar comprovante de renda, que confirmasse sua situação de vulnerabilidade.

Foi localizado através do Cartão SUS, uma senhora idosa, que de acordo com os nomes dos avós do paciente, seria a mãe dele. A Assistente Social entrou em contato com ela, que afirmou ir a Curitiba para vê-lo, mas não teria condições de recebê-lo caso ele tivesse alta do Hospital.

Após cinco dias internado, o paciente veio a óbito.

No caso de óbito, a única pessoa que pode informar isso com precisão e o médico responsável, não é função do Serviço Social, nem Enfermagem. A assistente social passou ao amigo e a família orientações sob o auxílio funeral, que é um benefício eventual, previsto pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), n 8742, criada em 07 de dezembro de 1993, para auxiliar famílias enlutadas quando encontram-se em situação de carência.

Nessa situação houve interação entre a Assistente Social, estagiária, usuário, equipe médica, Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutricionista. E foram realizadas reuniões, entrevistas, orientações,

Relatório III

Em 17/04/2017, foi atendida por este Serviço Social a senhora Maria, idosa de 79 anos, diabética e hipertensa, admitida na UTI dia 8/11/2016, diagnosticada com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Dependente de assistência máxima para mobilidade no leito e se locomover por cadeira de rodas, faz uso de fraldas, tem fala limitada, expressa-se por sons e gestos, alimenta-se de forma independente, mas precisa de auxílio para o uso de utensílios menores e preparação de alimentos, ou seja, não consegue executar atividades da vida diária. Morava sozinha em uma residência alugada, sem filhos, uma irmã e sete sobrinhos, aposentada.

Clinicamente em quadro estável e em alta médica, mas sem alta social.

Iniciado o atendimento pelo Serviço Social na Clínica Médica Feminina em 28/11/2016, os familiares relataram ter dificuldades em recebê-la em suas casas. Foi enviado pela Assistente Social, um relatório social para o CREAS, a fim de receber uma avaliação social da paciente.

De acordo com o Estatuto do Idoso é obrigação do Estado assegurar ao ancião total proteção a vida e a Saúde propiciando respeito, liberdade e dignidade.

Segundo Alcantara (2004), mesmo havendo tais instituições que oferecem os cuidados aos idosos, espera-se que os filhos/as adultos cuidem de seus pais quando estes não tiverem mais autonomia para isso. Entretanto, quando os filhos/as também não podem mais realizar esta tarefa de cuidar/amparar, a Instituição de Longa Permanência se torna algo viável para a realização deste cuidado.

Perante isto, foi solicitada uma vaga em casa de Longa Permanência para a idosa, mas a Matriz Regional fez uma devolutiva com a negação da institucionalização da paciente no Asilo São Vicente de Paula, justificando a casa estar sem vaga disponível no momento.

O fenômeno de institucionalização no Brasil surge com a criação de instituições filantrópicas destinadas a prestar cuidados à velhice sob a denominação de asilos, em sua origem, deu-se no século XX, [...] visava atender a velhice desamparada, que se configurava como uma população pobre e sem vínculos familiares (ALCÂNTARA, 2004).

Com a negativa da Institucionalização da idosa e do recebimento da família para com ela, o caso foi encaminhado para o Ministério Público, a fim de receber orientações para preservação do direito da idosa. Após isso foi encaminhado para o CREAS, e DPSE.

Ainda que prevaleça entre os estudiosos do envelhecimento a ideia de que a institucionalização provoca o isolamento, a baixa autoestima, entre outros efeitos, há uma corrente que recomenda essas instituições para aqueles idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperação, levando-nos a considerar o valor social dessas instituições (TELLES FILHO; PETRILLI FILHO, 2001).

Ao fim do estágio, a Idosa ainda não havia sido transferida.

Nesse caso vemos uma clara quebra de direitos da pessoa idosa, enquanto a família relata não poder recebê-la, a idosa fica sob responsabilidade do Estado, que também refere não ter solução no momento. Indo contra os princípios do Estatuto do Idoso, cujo artigo já citado na pesquisa diz: Art. 3º 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, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Daí tão necessária a defesa do direito subjetivo, que é essencial não apenas para a esfera puramente individual contribuindo para o direito em geral. “O interesse geral ligado a essa atuação não é somente para manter a autoridade e majestade da lei, é um interesse real eminentemente prático” (IHERING, 2007).

Neste atendimento houve interação entre a Assistente Social, estagiária, Usuária do SUS, Equipe Médica, Equipe de Enfermagem, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Residente Multiprofissional Adulto Idoso: Fisioterapia, Nutricionista e Farmácia. E foram realizadas entrevistas e reuniões com familiares, residentes médico e multiprofissional, Equipe Técnica do CREAS. E enviados encaminhamentos de relatório social para o CREAS e Ministério Público Federal – Promotoria dos Direitos do Cidadão.

Relatório IV

Paciente inicialmente não identificado, foi encontrado em via pública, e levado por algum civil a UPA Fazendinha e logo após transferido para o CHC. Encontrava-se em situação de rua, etilista severo, usuário de crack. No momento em que foi encontrado estava evoluindo de agitação psicomotora e esforço respiratório com nível

de consciência rebaixado. No CHC o paciente foi mantido sedado no leito, para combater a síndrome da abstinência.

A utilização de álcool e outras drogas é definida pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para os autores Martins e Corrêa:

O consumo de álcool e outras drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas. Isso porque, o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento. (MARTINS e CORRÊA, 2004, p. 12)

Como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de determinada substância.

A dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou a cocaína), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes (BRASIL, 2005).

Foi atendido pelo Serviço Social do Pronto Atendimento, onde a Assistente Social realizou busca com abordagem social, mas não obteve retorno.

Quando parcialmente consciente, foi atendido pela Odontologia e Fisioterapia.

Não era responsivo, e nem colaborativo, notava-se abstinência de difícil controle, sem abertura ocular, agitado no leito.

O Serviço Social enviou ofício para o Instituto de Identificação do Paraná, a fim de descobrir a identidade do paciente, logo, foi informado que o homem se chamava Ezequiel, de 37 anos.

Em contato com o FAS, foi relatado que o usuário do SUS já havia sido dito vários atendimentos da Fundação, através da central de abordagem.

Ezequiel reagiu a alguns estímulos após uns dias, demonstrando melhora parcial no quadro clínico, mas a agitação continua. Consegue abrir os olhos, sentar-se sozinho no leito, mas não responde a comandos feitos pela fonoaudióloga.

Em 24/9 já consciente e contactuante, respondendo coerentemente, está calmo, lúcido e orientado, portanto, é retirado da contenção de agitação.

Em conversa com a Assistente Social relata que está desempregado, e que seus pais e avós moram no Rio Grande do Sul, mas não tem contato com os familiares a anos, pois está em situação de rua a sete anos.

Informa que é usuário de álcool e outras drogas múltiplas drogas desde a adolescência, e que no período que havia sido encontrado desacordado, estava consumindo 1 litro de álcool diariamente por 8 dias.

Veio a este Serviço Social em 26/9, solicitando constatar os familiares.

A Assistente Social conseguiu contato com o pai do paciente, que referiu não ter intenções de localizá-lo.

O que se espera da família:

É o cuidado, a proteção, o aprendizado dos afetos, a construção de identidades e vínculos afetivos, visando uma melhor qualidade de vida a todos os seus membros e a inclusão social em sua comunidade. É a família quem, primeiro encoraja o usuário a se tratar. Muitas vezes o dependente não consegue entender o quanto a família o quer recuperado, mesmo que ela tome partido da situação, a fim de ajudá-lo (ARAGÃO, 2009, p. 117).

Porém precisa-se enfatizar:

Nas últimas três décadas os pesquisadores têm reconhecido o papel que as famílias podem desempenhar no tratamento por abuso/dependência de substâncias psicoativas, em termos de prevenção e/ou influência no curso do problema da dependência, ajudando a reduzir os efeitos negativos em seus membros (MOREIRA, 2004, p 117).

Após alta médica, o paciente foi encaminhado para o Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, cuja lei prevista no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal.

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), cuja lei prevista no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal.

Ao contrário do CREAS, que atua com diversos públicos e oferta, obrigatoriamente, o PAEFI, o Centro POP volta-se, exclusivamente para o atendimento especializado à população em situação de rua.

Relatório V

Gabriel, 40 anos, sem filhos, desempregado, proveniente do Haiti chegou ao Hospital acompanhado por dois primos, mora no país a 8 meses, foi diagnosticado com anemia por deficiência de vitamina B12. Não fala português, portanto foi difícil a compreensão no diálogo.

A Assistente Social fez contato com a associação dos Haitianos, Pastoral do Imigrante, CRASS e Unidade de Saúde.

A Associação dos Haitianos forneceu cesta básica, e a Pastoral ofereceu outra, e encaminhou Gabriel para uma vaga de trabalho após a alta hospitalar, o qual foi contratado.

A Pastoral do Imigrante forneceu também os medicamentos que não tinha na farmácia do SUS.

O CRAS realizou o Cadastro Único (CadUnico), e encaminhou para programas ofertados pela rede, disponibilizados pelo SUAS.

Nesse caso, pode-se notar a efetivação da lei 8080/90, que diz que saúde e direito de todos.

Com a Constituição de 1988, foi possível incorporar os direitos sociais ligados à cidadania, inspirando-se no modelo da Seguridade Social. Depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a Constituição fez referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Segundo a ONG Conectas, os imigrantes haitianos se encontram em situação extremamente precária ao chegar no Brasil e assim permanecem enquanto aguardam a documentação necessária de trabalho.

Segundo a ONG Conectas, os imigrantes haitianos se encontram em situação extremamente precária ao chegar no Brasil e assim permanecem enquanto aguardam a documentação necessária de trabalho.

Por isso, muitas vezes acabam aceitando quaisquer propostas de trabalho, que em suma maioria são preconizados e sem condições mínimas de Saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer dessa pesquisa vimos que com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde deixa de ser direito apenas da classe burguesa e dos trabalhadores registrados, e torna-se direito de todos, e o Estado passa a ser responsável pela efetivação desse direito, o que demonstra um avanço significativo Seguridade Social e na Saúde. Neste cenário, após muitas lutas e reivindicações da população, regulamenta-se o Sistema Único de Saúde.

Percebe-se que após a década de 90, em que a política neoliberal começa a aparecer no Brasil, essas conquistas feitas através da Constituição de 88, até os dias atuais, estão cada vez mais em declínio, devido esse modelo político que precariza as políticas sociais, e provoca a intenção do desmonte da Seguridade Social.

Analizamos desde sua constituição até a efetivação da Política de Saúde, que pela lógica neoliberal vem sofrendo precarizações, focalizações e privatizações.

Diante desse contexto, abordamos nesta pesquisa, algumas inquietações analisadas ao longo da vivência no estágio supervisionado.

Neste estudo observamos que é dever do Estado-Governo, desenvolver planos e estratégias, necessárias à concretização dos direitos dos cidadãos idosos, tendo em vista dignidade de todos e a solução dos problemas sociais, como também a preservação do bem-estar social da população idosa.

Com isso, nota-se que o enfoque do trabalho do Profissional do Serviço Social tem como objetivo possibilitar as interlocuções entre as classes, e lutar pela garantia dos direitos da população. Desta forma considera-se primordial discutir ao que rege o Estatuto do Idoso e as melhorias da rede de serviços na atenção básica, objetivando fornecer uma assistência qualificada ao idoso, garantindo de forma mais efetiva seus direitos.

Nesta perspectiva sugere-se uma capacitação/sensibilização aos profissionais para refletir frente as aproximações para com a rede de atendimento.

Destaco a importância de um referencial teórico e metodológico que seja comprometido com as necessidades sociais e os interesses coletivos, para ampliar a perspectiva de garantia de direitos contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, O. de Alexandre. **Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: A difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa.** Disponível em:

<<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9128/1/Da%20Pol%C3%ADtica%20nacional.pdf>>. Acesso em: 5 Mar. 2019.

ALENCAR, F. et al. **História da sociedade brasileira.** Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico S.A., 1985.

BERTOLOZZI, Maria R; GRECO, Rosângela M. **As políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectiva atuais.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>>. Acesso em: 3 Jun. 2019.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de **Saúde e Previdência - Estudos de política social.** São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 70 p. Disponível em: Acesso em: 15 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** – Portaria n 2.528/MS de 19 de outubro de 2006. 2 ed., 3ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil de Fato - Uma visão do Brasil e do Mundo. **Ditadura não garantia acesso à saúde pública; SUS surge apenas na redemocratização.** Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/04/04/ditadura-nao-garantia-acesso-a-saude-publica-sus-surge-apenas-na-redemocratizacao/>>. Acesso em: 22 Jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

BUSS, P. M. **Saúde e desigualdade: o caso do Brasil.** In: BUSS, P.M.; LABRA, M.E. (org.). Sistema s de Saúde: continuidades e mudanças. São Paulo, Hucitec/Fiocruz, 1995. p.61-102 .

CAMARANO, A.A. **Brazilian population aging: differences in well-being by rural and urban areas.** Rio de Janeiro, Ipea, 2002 (Texto para discussão, 878)

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. **Ética, Serviço Social e "responsabilidade social": o caso das pessoas idosas**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 239- 245, Dez. 2011 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000200011>>. Acesso em: 29 Jun. 2019.

COFEN. **Lei 8080 – Lei orgânica da Saúde**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html>. Acesso em: 17 Jun. 2019.

CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil**. São Paulo, 1981. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

_____. Decreto no 6.800, de 18 de março de 2009. **Dá nova redação ao art. 2o do Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências**. Brasília, 2009.

EBSERH. Hospitais Universitários Brasileiros; **Sobre a Rede Ebserh**. Disponível em: <<https://www.ebserh.gov.br/sobre-a-rede-ebserh>>. Acesso em: 22 Jun. 2019.

EGITO, Melissa Barbosa Tabosa do. Comentário ao art. 79. In: PINHEIRO, Naíde Maria (Org.). **Estatuto do Idoso comentado**. Campinas: LZN, 2006.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, 1993. Tese (mestrado), ENSP/Fiocruz.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista , 1994.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living**. Gerontologist, Washington, v. 9, p. 179-186, 1969.

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

_____. Lei no 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 2011.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002. 294 p.

L. COSTAL, M. FERNANDA; VERAS, RENATO; **Saúde pública e envelhecimento**. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300001&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 4 Mar. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 7 Mai. 2019.

MORAES, N. Edgar; **Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. Disponível em: <<https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 18 Mar. 2019.

NORONHA, J. C. D.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: **Os caminhos do direito à saúde**. In: GUIMARÃES, R.; TAVARE S, R. (org). Saúde e sociedade no Brasil - anos 80 . Rio de Janeiro, Relume do Mará, 1994.p. 73-111.

O. DUARTE, Yeda. A. **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa**. Disponível em:<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/apresentacoes-das-videoconferencias/avaliacao_mutidimensional_da_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 3 Mar. 2019.

POSSAS, C. de A. **Saúde e trabalho - a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

RIOS, Thamiris Inoué; REIS, Josefina Maria dos. **A Assistência da família no cuidado do idoso sob a ótica do Serviço Social**. Revista da Católica, Uberlândia, v. 3, n. 6, p.148- 162.

ROCHA, J. S. Y. **O movimento da reforma sanitária no Brasil**. Previdência Dados, v.3, n.2, p.5-11, 1988.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994. 400p.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980. /Mimeografado/.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; YAZBEK, Maria Carmelita. **Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil**. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Campinas, 1995. 445p. Tese (doutorado) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: SBGG divulga Carta Aberta à população**.

Disponível em: <<https://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>>. Acesso em: 3 Mar. 2019.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **O que é o Estatuto do Idoso?**

Disponível em: <<https://sbgg.org.br/o-que-e-o-estatuto-do-idoso/>>. Acesso em: 3 Mar. 2019.

SBGG. **Atividades da vida diária – o que são?**. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/pub/atividades-da-vida-diaria-o-que-sao/>>. Acesso em: 3 Mar. 2019.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **O que é o Estatuto do Idoso?**

Disponível em: <<https://sbgg.org.br/o-que-e-o-estatuto-do-idoso/>>. Acesso em: 3 Mar. 2019.

SBGG. **Atividades da vida diária – o que são?**. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/pub/atividades-da-vida-diaria-o-que-sao/>>. Acesso em: 3 Mar. 2019.

TEIXEIRA, S.M.F. **Política de saúde na transição conservadora**. Rev. Saúde Debate, n.26, p.42-43, 1989.

XAVIER, Patrícia Regina Hella. **As práticas do assistente social do Hospital de Clínicas de Curitiba**. 2014. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2014