

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**“ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA – ESPAÇO E
POSSIBILIDADES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI
DE SÃO THIAGO”**

NÚBIA RAQUEL KOMMERS CONTESSA

FLORIANÓPOLIS-SC
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**“ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA – ESPAÇO E
POSSIBILIDADES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI
DE SÃO THIAGO”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social. Orientadora: Prof^a Ms.Rita de Cássia Gonçalves.

FLORIANÓPOLIS
2010

NÚBIA RAQUEL KOMMERS CONTESSA

**“ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA – ESPAÇO E
POSSIBILIDADES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI
DE SÃO THIAGO”**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharelado em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social em 01 de Julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Rita de Cássia Gonçalves - Orientadora (UFSC)
Presidente

Prof^ª Dr^ª. Helenara Silveira Fagundes (UFSC)
1^ª Examinadora

Assistente Social Maria Aparecida Ferreira Fagundes (HU/UFSC)
2^ª Examinadora

DEDICO

À minha mãe Edi, por todo o amor, dedicação e atenção, por me ajudar a superar os momentos difíceis durante esse percurso, e aos meus filhos Fernanda e Daniel, pela paciência e compreensão que tiveram comigo.

A realização deste sonho torna-se realidade, e vocês percorreram comigo este caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por me conceder saúde, pela minha família e pelos meus amigos.

São tantas pessoas queridas que tenho a agradecer...

Obrigada à minha família – meu pai Eliseu que não está mais conosco, que me educou com amor; minha mãe Edi sempre paciente e amorosa e meus filhos Fernanda e Daniel, pela compreensão quando precisava estudar e não tinha tempo para vocês; à tia Dóris e tio Ditão, que sempre me incentivaram a estudar e acreditaram em mim; meu irmão Carlos e minha cunhada Ana Paula, pelo carinho e pelas palavras de apoio; vocês me deram a força que eu precisava para seguir em frente neste caminho.

Agradeço pelas amizades conquistadas durante o curso, algumas amigas tornaram-se especiais e com elas dividi anseios e alegrias, e todas serão lembradas com muito carinho.

Obrigada às minhas irmãs do coração, amigas verdadeiras, com as quais posso contar no choro e na alegria, agradeço pela amizade que temos; e aos meus amigos, do passado e do presente, que sempre me apoiaram e estiveram do meu lado.

À uma pessoa muito especial que voltou a fazer parte da minha vida, Ricardo, obrigada por fazer renascer um sentimento tão lindo entre nós.

Ao “tio” Valdir, meu tio de coração, obrigada pelo apoio, carinho e pela tua amizade.

Minha querida orientadora, Rita, obrigada por ter aceitado o meu convite, pela sua dedicação, pelo comprometimento, por seu vasto conhecimento e talento em ensinar e por ter me passado segurança durante a elaboração deste Trabalho.

À Assistente Social Maria Aparecida Ferreira Fagundes, “Cida”, minha supervisora de campo, uma pessoa maravilhosa, a qual sempre me incentivou, me auxiliou, e me cativou pela profissional competente que é e pela sua amizade, sempre disposta a ajudar. Agradeço as demais assistentes sociais do HU, com as quais convivi durante dois semestres, que contribuíram de forma expressiva para minha formação profissional.

Agradeço à professora Helenara Fagundes, por ter propiciado uma reflexão significativa na formação acadêmica, como também por ter aceito compor a Banca que analisa esta Monografia.

Às estagiárias do HU que trabalharam comigo neste segundo semestre, Janaína e Emmanuelle, obrigada pela amizade de vocês.

À toda equipe profissional da Clínica Médica III do HU, pela receptividade durante meu estágio, pela alegria durante o trabalho e pela confiança em mim depositada.

Agradeço às professoras do Departamento de Serviço Social que com capacidade de ensinar estabeleceram possibilidades de assimilação dos conhecimentos necessários para a minha trajetória acadêmica.

*"Somos donos de nossos atos,
mas não donos de nossos sentimentos;
Somos culpados pelo que fazemos,
mas não somos culpados pelo que sentimos;
Podemos prometer atos,
mas não podemos prometer sentimentos...
Atos são pássaros engaiolados,
sentimentos são pássaros em vôo."*

Mário Quintana

RESUMO

CONTESSA, Núbia Raquel Kommers. **“Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Espaço e possibilidades no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago”**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo desvelar como ocorrem os procedimentos adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, objetivamente no Hospital Universitário, espaço que possibilitou o estágio curricular necessário ao processo de formação profissional; direcionado aos usuários idosos, compreendidos a partir dos conceitos imputados para o envelhecimento populacional, segundo os aparatos legais. Está sustentado este trabalho pelos aportes teóricos e metodológicos construídos para a compreensão do envelhecimento e suas demandas.

Inserem-se neste contexto as políticas de saúde existentes no Brasil voltadas ao segmento idoso, bem como são implantadas e efetivadas, visando a garantia de acesso à saúde dos idosos, por meio destas políticas.

Localiza-se a Instituição onde é desenvolvido o trabalho do Assistente Social, inserido nas ações voltadas diretamente aos usuários idosos, tendo como referencial o atendimento humanizado baseado nos princípios do SUS, que busca o acolhimento ao usuário, a socialização das informações e o acesso destes usuários aos serviços e programas existentes em sua intervenção profissional.

Objetiva a sistematização do trabalho desenvolvido com os idosos internados na Clínica Médica III do HU, por meio da exposição de gráficos, traçando o perfil destes idosos, bem como do mapeamento das demandas.

Ordena seguir os procedimentos adotados pelo Serviço Social para usuários idosos que buscam atendimento de saúde no referido hospital. Para tanto foram utilizadas as ações de atendimento, entrevistas iniciais e dinâmicas de acolhimento, como possibilidade de recolher informações, ordenar e analisar quanto às condições e demandas dos usuários idosos.

Fica evidenciada nesse estudo a relevância de que a Instituição possa pautar seus atendimentos nas demandas dos usuários, bem como consolidar os procedimentos previstos pela Política Nacional de Saúde, introduzindo condutas mais apropriadas às demandas dessa população.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde, Idoso.

ABSTRACT

CONTESSA, Núbia Rachel Kommers. "**Aging and health of older people - Space and possibilities at the University Hospital Polydoro Ernani de São Thiago**". 2010. Conclusion of graduation studies in Social Service. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

The aim of this paper is to describe the procedures adopted by the Single Health System – SUS, specifically at the University Hospital, the institution that allowed the necessary curricular training for the professional training process. This paper is focused on the older people, based on concepts assigned to the aging population, according to the legal system. It is supported by theoretical and methodological intakes constructed for the understanding of aging and its demands.

In this context are presented the existing health care policies in Brazil focused on the senior citizen segment, as well as how they are implemented and carried out, aiming to guarantee access to health of the elderly through these policies. Presentation of the institution where is developed the activity of the Social Assistant, whose actions are focused directly on older users, taking as reference the humanized care based on the SUS principles, which seeks the reception of the user, the socialization of information and user access to existing services and programs through its professional activity.

Presentation of the systemization of the work developed with older inpatients at the Medical Clinic III of the University Hospital, by means of graphs, which show the profiles of these older users, as well as the mapping of their needs.

In the following are described the procedures adopted by the Social Service for elderly that seek health care in the hospital. For this propose the actions of care, interviews and dynamic initial reception are characterized, as a possibility to collect and organize information about the conditions and demands of the older users.

This paper makes evident the importance of the institution, which carries out its services based on the demands of the users, as well as consolidates the procedures laid down by the National Health Policy, introducing more appropriate processes to the population demands.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Estrutura etária relativa por sexo e idade	17
Gráfico 02: Idade dos entrevistados	71
Gráfico 03: Sexo.....	71
Gráfico 04: Estado Civil	72
Gráfico 05: Filhos	73
Gráfico 06: Renda	75
Gráfico 07: Tipo de Residência	77
Gráfico 08: Com quem reside	78
Gráfico 09: Município de origem	79
Gráfico 10: Doenças mais freqüentes	80
Gráfico 11: Religião	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAHU – Associação de Amigos do Hospital Universitário

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIHDOTT - Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

ENESSO - Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LEVA – Laboratório de Estudos da Voz e Audição

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC - Ministério da Educação e Cultura

NIPEG – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNH - Política Nacional de Humanização

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNS – Política Nacional de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SPO/SE - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
SEÇÃO I	16
1. A SAÚDE NO CAMPO DO ENVELHECIMENTO.....	16
1.1 O envelhecimento da população brasileira.....	16
1.2 Políticas Sociais voltadas à pessoa Idosa	30
SEÇÃO II	45
2. O SERVIÇO SOCIAL E A INSTITUIÇÃO.....	45
2.1 O Hospital Universitário – HU.....	45
2.2 A ação profissional e seus referenciais.....	51
SEÇÃO III	65
3. CONFIGURAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA	65
3.1 Considerações acerca dos procedimentos adotados.....	65
3.2 Quem somos: perfil dos usuários idosos internados no HU	70
3.3 Considerações acerca das demandas apresentadas.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	90
SITES CONSULTADOS.....	95
APÊNDICE A – Termo de Autorização.....	96
APÊNDICE B – Cartilha Informativa aos Pacientes e Acompanhantes.....	97
ANEXO A – Política Nacional do Idoso – PNI.....	103
ANEXO B – Política Estadual do Idoso de Santa Catarina.....	110
ANEXO C- Estatuto do Idoso.....	117
ANEXO D - Política Nacional de Saúde do Idoso	138
ANEXO E – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI.....	158
ANEXO F – Lei nº8.080/1990 - SUS.....	170
ANEXO G – Lei Estadual/SC- Cartilha dos Direitos do Paciente.....	185

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso: **“Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Espaço e possibilidades no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago”**, é resultado das discussões acerca dos idosos brasileiros que estão envelhecendo, sobre como o Estado responde às demandas deste segmento populacional, sobretudo pelo tratamento dado pelas Políticas Públicas para o atendimento destes idosos, inseridos no âmbito da saúde.

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência de estágio, na preocupação com a população que está envelhecendo e com as políticas de saúde previstas nos aparatos legais voltadas a este segmento; sendo isto verificado na realidade da Clínica Médica III, unidade do Hospital Universitário de Florianópolis, onde foi desenvolvido o estágio curricular obrigatório I e II, do curso de Serviço Social.

O estágio possibilitou identificar o atendimento com os usuários, especificamente com os idosos internados nesta unidade; os impactos do envelhecimento na vida dos usuários e as demandas decorrentes de seu estado de saúde, onde os problemas relacionados à manutenção da sua saúde, associados à grave condição sócio-econômica, exigem a implementação de medidas urgentes.

As atividades de promoção da saúde e o acesso universal de idosos aos serviços de saúde durante toda a existência da pessoa humana, de acordo com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2003), são as bases do envelhecimento com saúde. Uma perspectiva que leve em conta uma vida inteira supõe reconhecer que as atividades destinadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças devem concentrar-se em manter a independência, prevenir e retardar o aparecimento de doenças e proporcionar assistência médica e melhorar o funcionamento e a qualidade de vida dos idosos. As melhorias produzidas na situação econômica e social dos idosos geram também melhorias em sua saúde.

O envelhecimento da população mundial, especificamente da população brasileira é um fenômeno único e irreversível, que está ocorrendo de maneira significativa, o que vem contribuindo para o surgimento de diversos estudos sobre

esta condição de envelhecimento, refletindo-se no aumento das demandas para as instituições voltadas ao atendimento da saúde dos idosos.

De acordo com dados do IBGE (2006), o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, a perspectiva é de que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos.

Este fenômeno tem exigido respostas no que se refere especialmente às políticas sociais e de saúde voltadas à população idosa, com o intuito de preservar a saúde deste segmento populacional e garantir uma efetiva qualidade de vida.

Relacionado a estes aspectos e à crescente demanda de idosos que são internados na unidade, diante das dificuldades que se apresentam durante a internação, considera-se necessário uma reflexão sobre o que vem sendo realizado, referente às políticas públicas para com este segmento populacional, compreendendo sua dinâmica de vida, através da análise também de suas demandas.

Diante desta complexidade de elementos o trabalho em foco foi construído levando em conta os aportes teóricos acerca dessa temática, utilizando-se de pesquisa bibliográfica e documental, que se efetiva na discussão de materiais já produzidos e publicados.

Para a qualificação deste trabalho, foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre o processo do envelhecimento da população brasileira e seus desdobramentos, Políticas de Saúde voltadas para o segmento idoso, Leis que regulamentam o fazer profissional do assistente social, a Constituição Federal, bem como artigos e textos de diversos autores que abordam o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa.

Destaca-se neste contexto, a utilização da fundamentação da Política Nacional de Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Como material empírico recorreremos aos documentos da instituição onde se insere o trabalho do Serviço Social; o material obtido nas entrevistas de acolhimento realizadas durante o estágio, e no levantamento das demandas apresentadas no grupo de acolhimento.

Estas entrevistas são relatadas no sistema informatizado do HU, especificamente na área do Serviço Social, constando do estudo sócio-econômico de cada usuário; usado como ferramenta durante o estágio, onde foram retiradas as informações necessárias para a interpretação dos dados e posteriormente a elaboração dos gráficos.

Portanto, para a estruturação e desenvolvimento deste trabalho, facilitando sua compreensão, este se organiza em três seções. Na primeira seção realiza-se uma conceituação sobre o processo de envelhecimento da população, com especificidade ao envelhecimento brasileiro, apresentando o gráfico da Política Nacional de Saúde - PNS 2008, 2009/2011, sobre os efeitos deste processo na população brasileira; bem como um resgate histórico sobre as Leis e Políticas que vem sendo implementadas para garantir os direitos da população idosa e as Políticas de Saúde que visam assegurar o direito do idoso ao acesso universal à saúde.

Na segunda seção é apresentada a Instituição onde se realizou o estágio, suas características, seus princípios de atendimento humanizado, os programas desenvolvidos; significando o fazer profissional do Serviço Social na Instituição, na atuação deste profissional e no aprimoramento de suas ações, pontuando a importância do trabalho do assistente social junto aos diversos segmentos atendidos na Instituição.

Posteriormente, na terceira seção, o trabalho é focado nos procedimentos adotados com os usuários idosos internados na Clínica Médica III, apresentando um mapeamento do atendimento e das demandas, voltado na apresentação de um perfil sócio-econômico específico deste segmento, expondo, por meio de gráficos, os resultados do material coletado nas entrevistas realizadas com 30 idosos internados, bem como realizando uma análise sobre estes dados.

Por fim, tecemos as considerações finais deste trabalho, no sentido de qualificar o atendimento do profissional junto ao usuário idoso internado e mostrar as demandas desses usuários; evidenciando a importância da Instituição em pautar seu trabalho nas Políticas de Saúde voltadas aos idosos, priorizando seu atendimento, no sentido de responder às demandas deste segmento populacional.

SEÇÃO I

1. A SAÚDE NO CAMPO DO ENVELHECIMENTO

1.1 O envelhecimento da população brasileira

O envelhecimento da população é um processo único e irreversível, um fenômeno que está ocorrendo mundialmente, sendo que, particularmente no Brasil, esse processo incide em um ritmo mais acelerado do que em outros países.

A Iª Conferência Mundial do Envelhecimento, ocorrida em 1982 em Viena e a II Conferência Mundial transcorrida em Madri em 2002, incluíram na agenda dos países da América Latina e Caribe as metas a serem alcançadas para a atenção às pessoas idosas, e trouxe à tona a necessidade de pensar a questão do envelhecimento.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em um de seus últimos relatórios técnicos denominado: “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Desta forma, os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões). No critério adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. No Brasil, o número de idosos ultrapassou os 3 milhões em 1960, chegando a 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho.

A constituição da pirâmide etária populacional brasileira vem em constante alteração, onde no início a sua base era constituída por crianças, e gradativamente ela

vai sendo substituída pelos idosos, onde as crianças começam a ocupar o seu vértice (MOREIRA, O Brasil mais Idoso). A realidade dessas alterações demográficas como também com projeções da estrutura etária (1940-2050) está expressa no gráfico apresentado abaixo, extraído do Plano Nacional de Saúde/PNS (2008/2009-2011).

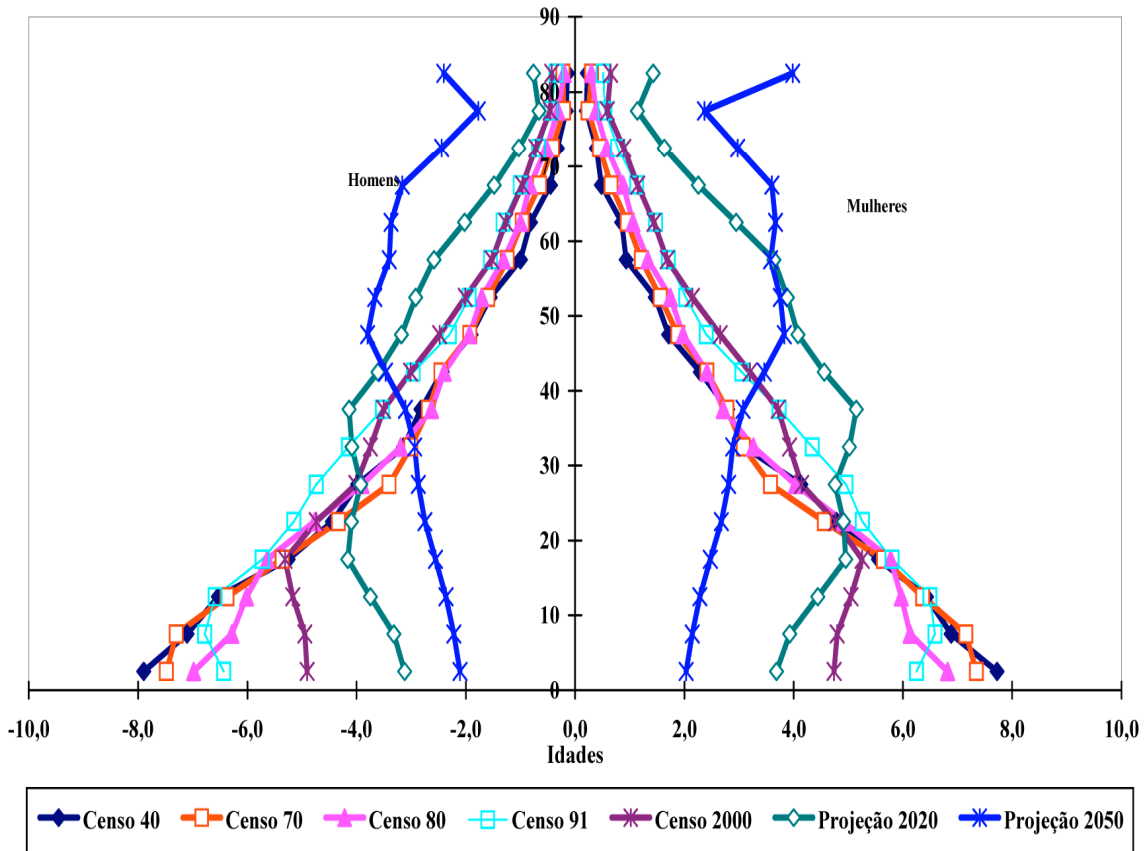


GRÁFICO 1- Estrutura etária relativa por sexo e idade. Brasil, 1940-2050

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS 2008, 2009/2011, pg. 09

O gráfico acima apresentado aponta os efeitos do processo de envelhecimento sobre as estruturas de distribuição etária da população, que com o passar dos anos, passou a alterar seu formato original, afinando sua base e alargando o seu ápice, fato demonstrado através das projeções do aumento da população idosa no Brasil.

Segundo análise situacional apresentada no Plano Nacional de Saúde (PNS 2008-2011), durante a década de 1980 a taxa de fecundidade da mulher brasileira manteve-se no ritmo de declínio, chegando às estimativas para 2000 a 2,4 filhos por

mulher e a 2,0, em 2006, valor indicativo de que a fecundidade no país já se encontra em seu nível de reposição, ou seja, com uma TFT¹ inferior a 2,1 filhos por mulher.

Trata-se de um vertiginoso declínio num tempo tão reduzido (30 anos), quando comparado com a experiência anterior dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares ao do Brasil (GONÇALVES, 2010).

De acordo com estudo do IBGE 2000/PNDS, o envelhecimento da população brasileira ocorreu antecipadamente ao que se estimava pelas projeções estatísticas. A divulgação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostrou que o país atingiu em 2006 a taxa de fecundidade de 1,8 filhos por mulher. O IBGE em sua estimativa oficial feita em 2004 previa que esse patamar só seria atingido em 2043.

Como pode ser observado nesse estudo, o processo do envelhecimento populacional caracteriza-se pela transição demográfica, onde ocorre a diminuição do número de jovens em função do aumento gradativo de idosos entre a população brasileira, marcada pela progressiva queda da taxa de natalidade.

Outra transição apontada pelos respectivos estudos diz respeito à transição epidemiológica, que indica as transformações em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte, traduzidas através do alto índice de doenças crônicas degenerativas, com declínio das doenças infecciosas.

Para uma melhor e mais rigorosa discussão sobre o processo do envelhecimento, introduzimos também a transição denominada econômico-social como elemento significativo que é manifestada em decorrência dos novos arranjos familiares, das novas configurações de trabalho e renda, incidindo nas relações de trabalho, na introdução de novos valores societários, acarretando importante alteração nos campos econômico e social.

Segundo documentos da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2002) muitas mudanças, que atualmente são imputadas e relacionadas somente à idade da população, podem ser resultados de uma multiplicidade de fatores que poderiam ser prevenidos. Os problemas de saúde de pessoas idosas, considerados hoje problemas patológicos, poderiam ser respostas a fatores tais como: condições de

¹ Representa a Taxa de Fecundidade Total - principal variável que determina o crescimento ou declínio de uma população, que mede o número médio de filhos por mulher.

saneamento, de nutrição, de habitação, condições de trabalho e educação. Inclusive pode-se observar que idosos que vivem em situação de vulnerabilidade manifestam maiores taxas de incapacidades relacionadas às enfermidades agudas crônicas sofridas ao longo da vida.

Esta realidade, que permeia as novas configurações da velhice e do envelhecimento, apresenta demandas expressivas que exigem ações também por parte do profissional de Serviço Social. Pereira (2005) desenvolve uma reflexão inserida neste processo, enfocando que:

Por ser uma profissão que atua em constante interação com as políticas e os direitos sociais, o Serviço Social não pode ficar alheio à tematização do fenômeno do envelhecimento [...] estudar o processo de envelhecimento torna-se uma tarefa complexa que também requer a particularização de condições, de necessidades, de exigências, de interesses e de possibilidades, de acordo com a classe social, o gênero, a etnia do idoso (Pereira, 2005, p.03 e p.06).

Esta preocupação com assuntos sobre o envelhecimento populacional começa a ser refletida nas universidades; Pereira afirma que este segmento constitui-se como objeto de análise e de práticas profissionais cada vez mais recorrentes, confirmando a atual preocupação e o crescimento de debates sobre as questões gerontológicas.

É com essa assertiva que Gonçalves (2010) destaca a relevância do tema em discussão, sob a égide da emergência do processo do envelhecimento e da velhice como na realidade brasileira e catarinense, objetivando reconhecer a problemática social do envelhecimento, desconstruindo a retórica capitalista que homogeneiza o envelhecimento na fórmula da terceira idade e dissimula as reais necessidades humanas desse segmento populacional.

O Brasil é um país que envelhece a passos largos, fato esse que nos leva a destacar o processo dentro das suas características e conformações.

No que tange ao aspecto demográfico do processo do envelhecimento, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE nos apresenta dados que caracterizam um expressivo crescimento da população idosa nos últimos anos, sendo que a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população; e de acordo com este parâmetro, quanto mais elevada é a proporção de idosos em relação à proporção

de crianças (menores de 15 anos), maior será expresso o fenômeno do envelhecimento populacional.

O notável crescimento da população brasileira na segunda metade do século passado, e que ainda se prolongará nesta primeira metade do século XXI, mostra com clareza duas fases da transição demográfica. A primeira, com um acelerado crescimento demográfico em função do declínio da mortalidade e da manutenção da fecundidade em um patamar extremamente alto, até a segunda metade dos anos sessenta. A segunda fase, imediatamente posterior, quando a fecundidade começa, também, a declinar e o ritmo de crescimento da população inicia a sua desaceleração.

Ainda com referência à transição demográfica do Brasil, esta tem sido muito mais acelerada do que nos países desenvolvidos, não se diferenciando, entretanto, do que vem passando outros países latino-americanos e asiáticos. Um bom indicador tem sido o rápido declínio da fecundidade. Comparando o Brasil com a França e a Itália, observa-se um expressivo diferencial nas respectivas taxas de fecundidade total, já no início do século passado, e que, nos dois países europeus, tiveram um declínio muito mais suave nos cem anos seguintes, sendo que a suas transições demográficas já tinham se iniciado no século anterior (BRITO, 2007).

Um dos fatores mais expressivos para o processo do envelhecimento foi realmente a redução dos índices de natalidade devido à queda da fecundidade, que se iniciou no fim dos anos 1960; porém, entre as décadas de 1940 e 1960, houve uma significativa redução das taxas de mortalidade, o que por sua vez acarretou um relativo aumento da taxa de crescimento populacional, diminuindo o número de crianças e aumentando relativamente a população de idosos. A partir dos anos 1960, através da diminuição da fecundidade (proporcionando uma redução do ritmo de crescimento da população), podemos considerar uma real mudança na distribuição etária brasileira (CARVALHO, 1993).

Outro estudo que nos serve de aporte foi desenvolvido por Moreira (1997), ao apresentar a nova dinâmica da realidade brasileira, que implica na redução dos níveis de fecundidade nacional como causa principal do processo de envelhecimento, incidindo nas transformações econômicas e sociais:

São amplos os impactos sócio-econômicos e demográficos da queda da fecundidade, em particular aqueles que resultam da redução da taxa de crescimento populacional, das mudanças na

estrutura etária e da dimensão absoluta das populações envolvidas. Essas modificações terão importantes conseqüências sobre o volume e a composição das demandas sociais. Elas ocorrerão principalmente nos segmentos de educação, saúde e previdência social. Também repercutirão sobre as instituições sociais, ao ampliarem ou reduzirem as responsabilidades da família ou do governo no provimento das demandas geradas pelas mudanças demográficas resultantes da queda da fecundidade. (Moreira, 1997, p.02).

Outra característica desvendada na transição demográfica diz respeito ao constante crescimento da população idosa do sexo feminino, já considerada uma demanda atual, tanto na preocupação da inserção social destas mulheres, na sua qualidade de vida na velhice, e na provisão de políticas públicas que estejam voltadas a este segmento; sendo que à medida que a idade avança, maior é a proporção da população feminina.

Essa realidade é consubstanciada por Moreira (1997), que em sua análise, ressalta o crescimento da população feminina entre os idosos, destacando que o crescimento dos diferenciais de sobrevivência entre os sexos, acaba agravando, ao longo do tempo, esta questão da feminização do processo do envelhecimento brasileiro:

Uma outra faceta a ressaltar no processo do envelhecimento da população brasileira é que ele é mais amplo entre as mulheres, que, por sobreviverem em maiores proporções e por um longo tempo aos seus parceiros masculinos, configuram problemática social a ser considerada, principalmente quando se tem em conta que, para garantirem uma sobrevivência condigna, elas poderão vir a depender, por um expressivo período de tempo, de arranjos institucionais ainda não adequadamente existentes no país ou de outros membros da família, o que ampliaria ainda mais as dificuldades das famílias pobres (Moreira, 1997, p.02,03).

O modo de vida no que tange o envelhecimento na realidade contemporânea indica que as mulheres idosas, em geral, apresentam uma forte tendência a viverem sozinhas, e esta tendência cresce com o passar do tempo. Isto ocorre devido ao fato de muitas delas encontrarem-se viúvas, separadas e divorciadas.

Para estabelecer indicativos no que se refere a essa discussão, os estudos de Camarano (2002) indicam que:

As mulheres viúvas constituíam 45% das mulheres idosas, as separadas 7% e as solteiras outras 7%. Por outro lado, quase 80% dos homens estavam em algum tipo de união conjugal. Os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal são devidos, de um lado, à maior longevidade das mulheres, e, por outro, a normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Isto se dá, possivelmente, pelo processo que associa às mulheres, em geral e às idosas, em especial, menores oportunidades de um recasamento, em casos de separação ou viuvez. (Camarano, 2002, p.07,08).

As mulheres idosas constituem-se como maioria entre os idosos, alterando expressivamente as relações de gênero, sendo este processo chamado por diversos autores² de feminização da velhice³. Elas representam hoje uma parcela da população cada vez mais significativa na sociedade brasileira, não apenas por serem mais numerosas, mas porque estão inseridas na conquista de um espaço na sociedade, buscando uma efetiva qualidade de vida na velhice.

Estudos mostram também que as esposas idosas assumem freqüentemente a função de cuidadoras, embora nem sempre estejam fisicamente aptas para esta função.

Diante das observações de Moreira (1997) sobre o processo de feminização da velhice, ressalta:

Em 2050 a população idosa alcançaria 38,3 milhões de pessoas, dos quais 58,4% (22 milhões de pessoas) seriam mulheres. [...] Fruto dos maiores contingentes de pessoas a adentrarem o grupo dos idosos no passado e do aumento projetado no diferencial de mortalidade na velhice entre homens e mulheres, em 2050 existiriam 14 mulheres para cada 10 homens idosos. O aumento no segmento feminino dar-se-ia a uma taxa média mais elevada (em torno de 3% ao ano) do que a do segmento masculino (2,8% ao ano). Como resultado haveria um aumento na participação das mulheres idosas no total da população feminina (20,8%) contra os 15,8% esperado para os homens. (Moreira, 1997, p.16).

Baseando-se nestes dados, pode-se observar que a população idosa do sexo feminino viverá mais tempo que seus companheiros; e por encontrarem-se sozinhas, dependerão de diferentes arranjos institucionais para lhes conceder um suporte na velhice. Esta nova realidade demográfica deve ser levada em conta e desvendada para

² Moreira, Camarano.

³ Processo onde a maioria da população idosa é do sexo feminino, sendo que à medida que a idade avança, cresce o número de mulheres idosas.

que possa incidir no planejamento de políticas públicas e programas sociais voltados para a população idosa.

Os estudos de Veras (2003) no que se refere à transição epidemiológica, indicam que o idoso é a faixa etária que utiliza em maior número os serviços de saúde no Brasil. Salientam que as doenças crônico-degenerativas prevalecem entre este segmento, perdurando por vários anos e exigindo um acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos; aumentando assim o tempo de internação nos hospitais, numa lenta recuperação do idoso, e num grande número de reinternações e também de invalidez; onde o país vem modificando-se, alterando o quadro de morbi-mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares as responsáveis por mais de 40% das mortes registradas no país.

Deve ser levado em conta o avanço da ciência, através de estudos e pesquisas na área da saúde e também a evolução da medicina no tratamento de doenças antes incuráveis e de diagnósticos precoces, bem como na prevenção de epidemias, que propiciou o aumento da expectativa de vida, da melhora na saúde da população em geral; também através das diversas pesquisas que se têm feito quanto à eficácia dos medicamentos, na descoberta de novas drogas que se tornam cada vez mais eficazes no combate às diversas doenças existentes, vem propiciando uma melhora na qualidade de vida da população.

Chaimowicz (1997) estabelece a existência de uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, conforme sua assertiva:

De um modo geral a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes "sobreviventes" passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que "se resolvem" rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde (Chaimowicz, 1997, p.05).

Expressa ainda o autor que a correlação dessas doenças ocorre através das seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as

amputações e cegueira provocados pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer.

Desenvolvendo percentuais das doenças crônicas que afetam os idosos, apresentamos estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), relatados por Camarano (2002), apontando que:

Numa coorte na qual 75% dos indivíduos que sobrevivem aos 70 anos, cerca de 1/3 deles serão portadores de doenças crônicas e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade associada⁴. Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde e os custos que isto acarreta. (Camarano, 2002, p.17).

A transição epidemiológica implica, portanto, nas modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que tem em sua dinâmica uma intrínseca relação com as transformações demográficas, sociais e econômicas.

Ainda no sentido de adensar outros elementos de análise nos reportamos ao Plano Nacional de Saúde-PNS 2008/2009-2011, que faz inferências sobre o processo do envelhecimento, ao abordar as doenças crônicas que afetam a população, alertando para o fato de que estas doenças têm em comum a maioria dos fatores de riscos:

Existem evidências científicas de que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabete tipo 2 e 40% dos vários tipos de câncer. Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde – OMS – indicam que um conjunto pequeno de fatores de risco é responsável pela maioria das mortes por doenças crônicas e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, a obesidade, as dislipidemias – determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gordura animal –, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física (PNS, 2008/2009-2011, p.18).

Ainda nessa esteira de discussões cabe destacar que o referido Plano, destaca os dados do IBGE (2002), contemplando como elementos significativos acerca da saúde do idoso:

⁴ Citado por Ramos e Saad (1990, p. 161).

O Brasil contava, segundo o censo de 2000, com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (PNS, 2008/2009-2011, pg.35).

Estudos de diversos autores clarificam as discussões acerca da saúde do idoso, e são apresentados no ordenamento do Plano Nacional de Saúde- PNS 2008/2009-2011. Firmo (2003) e Kearney (2005) indicam que a prevalência da hipertensão arterial na população idosa brasileira, baseada em estudos populacionais, encontra-se entre 60% e 80%, sendo esta doença o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares; Lima-Costa (2004), acrescentam ainda que esta doença representa a primeira causa de morte no país. Giacomini (2005) considera que as demências, por outro lado, representam um conjunto de doenças de maior impacto na capacidade funcional da pessoa idosa, levando à perda progressiva da autonomia e da independência, que invariavelmente demanda a necessidade de um cuidador para a pessoa idosa.

Tendo em vista o alargamento da velhice e as demandas decorrentes de saúde deste segmento populacional, os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, são apresentados no Plano como espaços para tratamento de diversas doenças:

A partir de 2002, com a implementação dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso e do protocolo para tratamento da doença de Alzheimer, os pacientes passaram a ter acesso gratuito aos medicamentos para tratamento específico desta enfermidade. Outro agravamento que compromete a qualidade de vida do idoso é a queda. Entre as causas externas, a queda em pessoas idosas configura-se como a primeira razão de internação hospitalar, respondendo por 54% do total, nesse mesmo ano (PNS, 2008/2009-2011, pg.35).

Outro aspecto relevante, apontado pelos estudos de Camarano (2002), refere-se ao envelhecimento da população brasileira, considerando as condições de saúde e da qualidade de vida dos idosos:

A queda da mortalidade, conjugada às melhorias nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, bem como a universalização da seguridade social, maior acesso a serviços de saúde e outras mudanças tecnológicas levaram o idoso brasileiro a ter a sua expectativa de sobrevivência aumentada, a ter

reduzido o seu grau de deficiência física ou mental, a poder chefiar mais suas famílias e a viver menos na casa de parentes. Também teve seu rendimento médio aumentado, o que levou a uma redução no seu grau de pobreza e indigência (Camarano, 2002, p.22).

Como consequência é inferido, portanto, que um importante resultado do crescimento da população idosa é que esses indivíduos provavelmente irão apresentar um aumento de doenças crônicas, demandando serviços sociais e atendimentos médicos por um longo tempo.

Com ênfase para os estudos propostos neste trabalho, destacamos as alterações ocorridas na estrutura etária que expressam um progressivo envelhecimento da população brasileira acarretando importante alteração nos campos econômico e social; Gonçalves (2010) indica outra transição com determinantes importantes que apresentam realidades significativas, exigindo um conjunto de determinações e mediações da ação do profissional de Serviço Social.

Os reflexos desta transição tem se refletido na dinâmica das relações com a reordenação dos núcleos familiares, formando novos arranjos sociais, sendo que a maior parte dos idosos são mulheres, viúvas, que vivem sozinhas ou sustentam seus filhos e netos; ou são casais de idosos dependentes de seus familiares, necessitando de constante cuidado, sendo necessário que alguém da família assuma o papel de cuidador, onde este cuidador também necessita de atenção e deve ser inserido num sistema de suporte articulado com as diversas redes sociais. Mas por outro lado, a participação de idosos na composição familiar tem seu lado favorável, onde a presença destes idosos nos lares, principalmente em áreas pobres, acaba elevando a renda da família.

As diversas modificações ocorridas nas estruturas das famílias, que se tornam cada vez mais nucleares, enfrentando grandes mudanças nas funções realizadas por seus membros, dificultando a participação da família em fornecer assistência ao idoso, o que acaba contribuindo para uma carência assistencial com as pessoas mais dependentes.

Diante da nova configuração do processo do envelhecimento, ocorre uma nova dimensão constituída pelas necessidades e demandas e as condições e serviços disponíveis a este segmento; diante disto, Lima, Lebrão e Duarte (2005) ressaltam, portanto que:

A questão preponderante em relação à velhice atualmente está, portanto, relacionada ao equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível para atendê-las, em nível familiar ou coletivo, pois, nessa fase da vida, tais aspectos adquirem características especiais (Lima, Lebrão & Duarte, 2005, p.140).

Considerando o acesso e a disponibilidade de serviços destinados às novas demandas do processo do envelhecimento, estes autores apresentam que, nas diversas sociedades por eles estudadas, menos de 10% dos idosos são institucionalizados; isto se reflete no interior das famílias, pois elas representam a grande fonte de auxílio com que os idosos, em geral, poderão contar. Espera-se que a família cumpra seu papel fundamental de assegurar o bem-estar afetivo e material, absorvendo o impacto das tensões e mantendo o equilíbrio em toda a sua estrutura.

Cabe destacar, portanto, com o processo de envelhecimento, o surgimento de novas demandas na relação dos cuidados com os idosos, aumentando o número de idosos fragilizados com múltiplos problemas de saúde que são cuidados por outros idosos (Lima et al, 2005). Os jovens estão saindo de seus lares, muitos deles para a inserção no mercado de trabalho, que demanda por lugares mais distantes e com isso acaba diminuindo o número de famílias que agregam três ou quatro gerações. Mudanças nos padrões de mortalidade, fecundidade e nupcialidade, e a presença, cada vez mais freqüente, de divórcios e famílias de estilo alternativo, também afetam o equilíbrio entre as necessidades dos indivíduos e a disponibilidade real de auxílio. Quando um cuidador, geralmente alguém da família, está disponível, a carga sobre ele pode ser muito importante. Há que se ressaltar, ainda, que, na atual conjuntura socioeconômica, muitos filhos também estão voltando a residir na casa dos pais, em decorrência de questões financeiras, muitas vezes acompanhados de suas novas famílias e com demandas diferenciadas. Todos estes fatores acabam sobrecarregando as famílias e, conseqüentemente, os idosos.

Observa-se, também, a importância de se ter uma rede de contatos e um expressivo apoio social aos idosos, pois a falta de um convívio social na velhice acaba afetando a saúde física e mental, como nos apresenta os estudos emitidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (2005):

O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também

a uma diminuição na saúde e bem estar em geral. O rompimento de laços pessoais, solidão e interações conflituosas são as maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional (OPAS, 2005, apud Gironde & Lubben).

Discorrendo ainda sobre este estudo, nos deparamos com a realidade de que as pessoas idosas apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, sendo mais vulneráveis à solidão, ao isolamento social e de ter um grupo social reduzido. Em algumas culturas, como exemplo no Estado de Argélia, que situa-se ao norte da África, as mulheres idosas que ficam viúvas são excluídas da sociedade e até rejeitadas de sua comunidade.

Os estudos referenciados recomendam que governos, organizações não governamentais, indústrias privadas e profissionais do Serviço Social e também da área da saúde possam ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento e visitas em parceria, cuidadores, familiares, programas que promovam a interação entre as gerações, e serviços comunitários.

Outra relação significativa diz respeito às diversas mudanças nas relações do mercado de trabalho que acabam afetando a dinâmica dos empregos e das contratações, quando da inserção do idoso novamente neste mercado de trabalho; conforme afirma Pereira (2002), onde os anos de trabalho permitem a acumulação de uma experiência que facilita a execução de tarefas.

Temos também que assinalar a problemática identificada no desligamento das relações de trabalho do idoso através da aposentadoria; sendo que os idosos, ao se desligarem do trabalho, acabam perdendo sua função, sentindo-se inúteis em seus lares, e retornam ao mercado de trabalho; muitos deles por necessidade financeira, pois só a renda da aposentadoria não é suficiente para cobrir as despesas.

A análise das relações de trabalho, quando o empregado tratar de pessoa envelhecida, é empreendida por Camarano (2001) numa abordagem que nos remete a considerar que:

A análise da participação do idoso nas atividades econômicas tem um caráter diferente das análises tradicionais de mercado de trabalho. A preocupação central não é com a pressão que o idoso

possa fazer no mercado de trabalho, mas a de analisar a sua participação como um indicador de sua dependência (ou não). Reconhece-se, no entanto, que em algumas atividades econômicas o trabalho do idoso, que é muitas vezes aposentado, concorre com o trabalho do jovem. Pelo fato de ele ser idoso e até aposentado, traz vantagens para o empregador (Camarano, 2001, p.30).

Diante dessas novas configurações das relações de trabalho, outra análise diz respeito à contribuição financeira da pessoa idosa na renda familiar, segundo ainda os estudos de Camarano (2001):

Em 1997, em média, um idoso contribuía com 52% da renda das famílias em que vivia. Finalmente, não se pode deixar de salientar que o envelhecimento populacional já está afetando a composição etária da População Economicamente Ativa (PEA) brasileira. [...] Uma particularidade muito específica do mercado de trabalho brasileiro é a participação do aposentado. Mais da metade dos idosos do sexo masculino e quase 1/3 dos do sexo feminino eram aposentados em 1997 e a maioria estava trabalhando na agricultura com uma jornada não muito diferente da dos idosos não-aposentados. Em que pese a idade média dos trabalhadores masculinos aposentados ser mais elevada do que a dos não-aposentados, a aposentadoria precoce (por tempo de serviço) deve ser um dos determinantes importantes dessa participação. O aumento da esperança de vida da população como resultado de melhorias em sua condição de vida não deve ser um fator desprezado (Camarano, 2001, p.02).

Em nosso país, de acordo com estudos feitos sobre a centralidade do trabalho e o envelhecimento (Cavalcanti & César, 2010), a participação do idoso no mercado de trabalho é bastante expressiva, relacionada aos padrões internacionais; onde mais da metade dos idosos e quase 1/3 das idosas que se encontram trabalhando são aposentados; e a renda deste trabalho tem um peso significativo na constituição da renda familiar. Ainda que boa parte desta renda seja proveniente dos benefícios previdenciários, a contribuição da renda do trabalho aproxima-se de 29%, de acordo com o relato.

O segmento populacional de idosos também se torna alvo do mercado, através da melhoria nas suas condições de vida, fazendo parte de uma parcela da população que consome e que gera muita renda, introduzindo novos valores societários e possuindo papéis sociais importantes para a manutenção econômica do país, sendo que muitas empresas estão em busca deste segmento, como agências de

viagens, universidades, cursos de idiomas e de informática, entre outros, voltados especificamente para a população idosa.

Autores como Wrublevski e Peixe (2008), abordam a preocupação com o processo do envelhecimento relacionado à importância da implementação de políticas públicas voltadas à essa população envelhecida, no sentido da afirmação de ações voltadas especialmente às políticas sociais de saúde, previdência e assistência social dirigidas à população idosa:

Diante destes fatos fica clara a necessidade de uma maior atenção a esta população em franca expansão, e desassistida. É de elevada urgência que se iniciem programas que volte sua atenção a estes idosos, que tem diversas vezes suas necessidades e problemas pouco conhecidos tanto pelo público em geral quanto pelos profissionais de saúde [...] vários itens envolvem um indivíduo no processo de envelhecimento - renda, saúde, moradia e aspectos sócio-culturais. (Wrublevski e Peixe, 2008, p.04).

A partir do que nos apresenta Gonçalves (2010), podemos, a partir de um olhar ampliado, realizar a reflexão de que o todo e as partes se imbricam na compreensão do processo do envelhecimento; como afirma a autora:

Pois se o ato de envelhecer é individual, mas o ser humano vive na esfera coletiva e, como tal, sofre as influências da sociedade na qual está inserido. Beauvoir (1970), ao refletir sobre o significado do envelhecimento e suas implicações, nos ensina que, para o ser humano definir o que seja progresso ou regressão, supõe-se que tome como referência um determinado fim; mas nada é dado a priori, no absoluto. Cada sociedade cria seus próprios valores: é no contexto social que a palavra declínio pode adquirir sentido preciso. (Gonçalves, 2010, p.07).

Cabe ainda ressaltar, nas palavras de Gonçalves (2010), que diante das diversas complexidades econômicas, sociais e políticas pelas quais atravessa a sociedade contemporânea, homens e mulheres se deparam com uma determinada realidade adversa, considerando a impossibilidade e a precariedade da reprodução social da vida, nos moldes da nova ordem do capital, levando em conta a perda do valor de uso da sua força de trabalho, pela produção e pelo tempo de vida desconectados dessa lógica.

Todas estas transições que permeiam o processo do envelhecimento geram demandas para serem efetivadas via políticas sociais e, principalmente, nas políticas

voltadas para saúde do idoso, desenvolvidas no sentido de garantir à esse segmento populacional o acesso à seus direitos inserido no contexto da saúde, como abordaremos a seguir.

1.2. Políticas Sociais voltadas à pessoa idosa

Nesta seção buscaremos abordar as Políticas de Saúde voltadas à população idosa brasileira, no sentido de compreender como a saúde está sendo tratada no que diz respeito a essa população que está envelhecendo. Abordaremos as políticas de proteção e atenção, o planejamento dos serviços sociais bem como os recursos humanos voltados para a especificidade da população idosa.

Na definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, são considerados idosos as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos. A Política Nacional do Idoso no Brasil define seu conceito de idoso em consonância com a OMS, e também caracteriza como idosa a pessoa de 60 anos ou mais.

Para compreender as políticas de saúde voltadas ao segmento populacional dos idosos, abordaremos neste tópico as Portarias do Idoso, as Políticas e os Planos de Saúde voltados para a pessoa idosa, reportando-se às diversas Políticas e como estão inseridas neste contexto do envelhecimento, bem como sobre as implicações destas na vida dos idosos.

Cabe, portanto, introduzir a discussão sobre as políticas de saúde buscando em uma primeira instância conceituar saúde e descrever elementos de sua historicidade.

Torna-se necessário explicitar no conceito de Saúde sobre as ações decorrentes do modelo adotado no Brasil. A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Assumindo o conceito da OMS, nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo de sua existência, viverá condições de saúde/doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com elas.

Inserido num conceito de saúde mais amplo, surge o movimento da Reforma Sanitária, que se efetivou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, sendo expressa na Constituição Federal de 1988, através da regulamentação do SUS, pela Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular.

O projeto da Reforma Sanitária, de acordo com Bravo (2000), é resultado das diversas lutas da sociedade brasileira frente ao Estado assistencialista e conservador, em busca de um Estado democrático, atuando frente a políticas voltadas para a área da saúde. Através das mobilizações dos trabalhadores da saúde, juntamente com reivindicações da população, é que surgiu o movimento da Reforma Sanitária, propondo um sistema único de saúde que atendesse igualmente à toda população.

Arouca (1987), fundamenta o conceito de saúde ampliado, apresentando a definição de saúde como:

É um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até à informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de auto-determinação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra os eu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...] (Arouca, 1987, p.41,42).

Tendo como sustentação a Lei Magna, no seu art.196, a Constituição Federal, apresenta a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (CF, 1988).

Com base nessa premissa constitucional a saúde não é vista apenas como doença, mas num conceito ampliado, envolvendo também aspectos sociais, e de conceder ao idoso o acesso aos bens e serviços de saúde, efetiva-se o Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecendo os direitos da população e ampliando este conceito de

saúde, sendo a saúde abordada em todos os aspectos de vida do cidadão, na garantia da satisfação de suas necessidades físicas, biológicas, psicológicas e sociais. Sem ter estas necessidades atendidas, o conceito ampliado de saúde acaba sendo falho. Após decorridos 22 anos da implantação do SUS, a saúde avançou em diversos aspectos, melhorando o atendimento à população, ampliando postos de saúde e demais serviços que antes não eram expostos à população.

O SUS foi efetivado na Constituição Federal de 1988, regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, estabelecendo princípios norteadores desta Política e direcionando a implantação de um modelo de atenção à saúde, voltado para a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, incorporando o princípio da territorialidade, facilitando com isto o acesso das demandas da população aos serviços de saúde.

O princípio da Universalidade é um dos eixos condutores do SUS, ressaltando que todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir com isso a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

Outro princípio de saúde inserido nesta Política é o da Equidade, concedendo a igualdade de atendimento pelo SUS a todo cidadão, sendo que este será atendido de acordo com as suas necessidades, a partir do pressuposto de que os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.

No que diz respeito ao princípio da Integralidade, as ações de saúde devem ser associadas e direcionadas, concomitantemente, tanto para a prevenção quanto para a cura; abordando também sobre as ações dos serviços de saúde:

Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações da vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser atendido como um ser social, cidadão, que biológica, psicológica e socialmente este sujeito a riscos de vida. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc); recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) (Almeida, Chioro & Zioni, 2001, p.35-36).

No contexto do envelhecimento populacional, onde inúmeros fatores se interrelacionam, cabe destacar os que denotam maior visibilidade e que são decorrentes das ações ligadas à previdência social e a saúde, sobretudo porque se constituem em desafios para o Estado. Cabe delinear os avanços conquistados pelo segmento envelhecido após a Constituição de 1988 com a criação do conjunto de políticas e leis imbuídas de proteger o senescente. Portanto, passaremos a discorrer sobre os princípios e estratégias incorporadas nesses dispositivos legais, para melhor clarificar essas políticas e os desafios a serem enfrentados pelos idosos na contemporaneidade.

De acordo com Augustini (2003), a Constituição Federal Brasileira de 1988 é um exemplo claro da mudança de postura em relação ao tema da velhice. Para o autor, diversos artigos desta Constituição abordam questões sobre a velhice e sobre os idosos em geral. Segundo o autor, o fato da Constituição incluir a velhice como uma de suas preocupações, não inclui explicitamente no artigo dos Direitos Sociais a proteção à velhice, como ocorreu em relação à criança e ao adolescente.

Somente com a Constituição Federal de 1988, em seu Art.203, é que a Assistência Social é considerada como política pública de proteção social, como direito do cidadão e dever do Estado; formando o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência Social.

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; a Previdência Social será organizada sob a forma de regime geral, de

caráter contributivo e de filiação obrigatória, observando critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atenderá, nos termos da Lei.

A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à Seguridade Social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, maternidade, infância, adolescência e velhice;

II – o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a Lei. (BRASIL, 1988, art.202).

Decorrente disto, a Assistência Social voltou seu atendimento aos grupos vulneráveis que não possuem acesso aos serviços básicos de saúde, educação, segurança, trabalho e geração de renda, gerados por deficiências nas políticas sociais básicas e pelo desequilíbrio do sistema sócio-econômico; adotando medidas mais efetivas, envolvendo a sociedade, criando em 1993 a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS.

Nesta conjuntura, a LOAS, além de abordar a organização das políticas de assistência nas três esferas de governo, dispõe sobre medidas específicas, como a garantia de programas e serviços de atenção básica à criança, ao jovem, ao idoso, ao deficiente e à família em condição de vulnerabilidade social e pobreza, desenvolvidos em parcerias entre as esferas.

Afirma a Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado; sendo uma política de seguridade social não contributiva, devendo prover os mínimos sociais, por meio de um conjunto integrado de ações da iniciativa pública e da sociedade, garantindo o atendimento às necessidades básicas do cidadão.

Ainda nesta direção, é de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social – Secretaria de Assistência Social (MPAS/SAS), a coordenação da Política Nacional de Assistência Social, priorizar o atendimento não asilar aos idosos, e efetivar de modo descentralizado as devidas ações:

- Benefício de Prestação Continuada – BPC;

- Centros de Convivência;
- Centros de cuidados diurnos;
- Casa Lar;
- Atendimento Domiciliar;
- Atendimento Asilar;
- Oficinas Abrigadas de Trabalho;
- Pró-rendas e
- Formas alternativas de atendimento.

Na direção de destacar os aparatos legais que sustentam os direitos da pessoa idosa, prevendo uma rede de proteção, de programas e projetos executados pelos Estados, Municípios, Distrito Federal e entidades sociais, visando assegurar os direitos sociais da população idosa, promovendo sua autonomia, participação efetiva na sociedade e integração, é que portanto, foi criada a Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (Anexo A), regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, garantindo ao idoso seus direitos como cidadão, garantidos pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Esta Política vem abordar sobre as delimitações no campo da saúde inseridos na vida do idoso, apresentando a perda de sua capacidade funcional, a perda de suas habilidades físicas e mentais, tão necessárias para o desenvolvimento de suas atividades rotineiras de sua vida diária, como sendo o seu principal problema de saúde.

Reconhecendo-se, portanto, que esta Política direciona uma parte da responsabilidade ao Estado em assegurar os direitos do idoso, assinalamos a importância de abordar também a Política Estadual do Idoso de Santa Catarina; criada pela Lei nº 11.436/2000 (Anexo B).

Visa esta Política assegurar a cidadania do idoso, criando condições para a garantia dos seus direitos, de sua autonomia, integração e a participação efetiva na sociedade.

Inserido no Capítulo III, apresenta-se o art.6º, que confere ao Estado, por intermédio do órgão responsável pela Assistência Social, sendo este a Secretaria Estadual de Assistência Social, Trabalho e Habitação:

- I – coordenar as ações relativas à Política Estadual do Idoso;

II – participar na formulação, acompanhamento e avaliação da Política Estadual do Idoso;

III – promover a articulação com as Secretarias Estaduais e Órgãos Federais responsáveis pelas políticas de Saúde, Previdência Social, Assistência Social, Trabalho, Habitação, Justiça, Cultura, Educação, Esporte, Lazer, Urbanismo, Agricultura, Segurança Pública, Ciência e Tecnologia, visando a implementação da Política Estadual do Idoso;

IV – apoiar o Conselho Estadual do Idoso na elaboração do diagnóstico da realidade do idoso no Estado, visando subsidiar a elaboração do plano de ação;

V – prestar assessoramento técnico às entidades, prefeituras municipais e organizações de atendimento ao idoso no Estado de acordo com as diretrizes definidas pelo Conselho Estadual do Idoso;

VI – formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos na área do idoso;

VII – garantir o assessoramento técnico ao Conselho Estadual do Idoso bem como a órgãos estaduais e entidades não governamentais, no sentido de tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos na Lei Federal nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948/96, e nesta Lei estadual;

VIII – prestar apoio técnico e financeiro às iniciativas comunitárias de estudo e pesquisas na área do idoso;

IX – coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de atendimento ao idoso no Estado (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2000).

Posteriormente, em 2004, com o objetivo de abranger com absoluta prioridade e instituir penas aplicáveis a quem desrespeitar ou abandonar o cidadão idoso, é que foi criado o Estatuto do Idoso.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso (Anexo C), criado através da Lei nº 10.741/2003, sendo efetivado em 01 de janeiro de 2004, elaborado com grande participação de entidades de defesa dos interesses da população idosa. O Estatuto altera alguns direitos demarcados pela Política Nacional do Idoso e acrescenta novos dispositivos, criando mecanismos para impedir a discriminação contra os sujeitos idosos. Prevê penas para crimes de maus tratos de idosos e concede vários benefícios.

Consolidando os direitos já assegurados na Constituição Federal, e protegendo o idoso em situações de risco social, o capítulo IV do Estatuto aborda especificamente sobre o papel do SUS, garantindo ao idoso o direito à saúde, assegurando-lhe atenção integral à saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto com as ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (art.15).

Encontramos no art.16 o aparato legal que assegura ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, cabendo ao profissional de saúde responsável pelo seu tratamento conceder essa autorização.

No âmbito do Estatuto, alguns dos principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º, onde apresenta:

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 (Estatuto do Idoso, 2003).

Paralelamente à regulamentação do SUS, o Brasil aos poucos vai organizando-se e respondendo às diversas demandas que são apresentadas pela população que está envelhecendo. Em preocupação à esse novo segmento populacional, em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (Anexo D), determinando que:

Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

Assumindo, assim, que o principal problema que vem a afetar o idoso é a perda de suas habilidades físicas e mentais, fundamentais para o desenvolvimento das diversas atividades cotidianas, inseridas na sua vida diária.

Inserida nesta Política estão suas Diretrizes essenciais, que são definidas: na promoção do envelhecimento saudável; na manutenção da capacidade funcional; na

assistência às necessidades de saúde do idoso; na reabilitação da capacidade funcional comprometida; na capacitação de recursos humanos especializados; no apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e no apoio a estudos e pesquisas.

Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada e na conformidade de suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, que é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Embora existindo todos estes aparatos legais visando a garantia de atendimento integral à saúde do idoso e no provimento de todas as suas necessidades, estes não foram suficientes. Com isto, tornou-se necessária a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criando este importante instrumento de acesso à saúde dos idosos, aprovada através da Portaria nº 2.528/2006 (Anexo E), tendo como finalidade primordial:

Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (PNSPI, 2006).

Fundamenta-se, através desta Política, a grande preocupação com a saúde do idoso, em todos os seus aspectos; na superação de muitos desafios, dentre eles a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, no suporte qualificado para idosos e suas famílias, voltados a promover uma ponte de ligação entre a alta hospitalar e ainda para sua residência; na falta de serviços de cuidado domiciliar ao idoso fragilizado, que é previsto do Estatuto do Idoso, pois como a família é responsável pelo cuidado do idoso, é necessário estabelecer um apoio qualificado e constante aos seus familiares.

Desafios também em trabalhar com um número reduzido de profissionais especializados na área do idoso, na falta de equipes multiprofissionais e interdisciplinares que tenham conhecimento em envelhecimento e em saúde da pessoa idosa, bem como na falta de implementação das redes de assistência à saúde do idoso.

É enfatizado nesta Política, a preocupação em conceder aos idosos um atendimento de qualidade na área da saúde, juntamente com os princípios do SUS de universalização dos serviços, baseando-se nas diferentes realidades e necessidades de saúde da população idosa.

Um dos propósitos da Política Nacional de Saúde do Idoso é:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (Portaria MS n.º 1.395/GM, 1999).

O arcabouço traz como justificativa primordial a implantação da Política de Saúde para o segmento envelhecido da população brasileira, inferindo como um importante parâmetro para o seu desenvolvimento:

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000).

A organização do Plano tem como postulado contundente a transição demográfica tecida nas argumentações onde aborda que essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003).

Ressalta, nesta mesma direção, que a maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral.

Cabem ainda neste Plano, elementos concernentes à transição epidemiológica, considerando as políticas públicas de saúde, como podemos observar:

Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003). As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção à população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública –

os idosos e idosas com alto grau de dependência funcional. (PNSPI, 2006).

Muitos desafios são postos para a elaboração de políticas sociais e programas na área da saúde, que sejam direcionadas ao processo do envelhecimento e suas demandas; alguns autores discorrem sobre este tema e suas colocações são apontadas no texto desta Política. Camarano (2004) desenvolve seu trabalho voltado para a diversidade no perfil sócio-econômico dos idosos:

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou sócio-econômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004, PNSPI, 2006, p.06).

Tendo ainda como foco as políticas de saúde, direcionadas ao segmento de idosos, na dimensão do novo contingente populacional como um desafio a enfrentar, tendo em vista responder às suas demandas, Lima-Costa e Veras (2003), analisam que:

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (PNSPI, 2006, p.06, apud Lima-Costa & Veras, 2003).

O idoso difere-se entre si, de acordo com o contexto social em que está inserido, seu grau de dependência e seu estado de saúde. Lima-Costa e Caldas (2003) enfatizam estas diferenças, apresentadas em sua história de vida, e através das demandas por serviços diferentes, sendo mais ou menos específicos.

Todos necessitam, contudo, de uma avaliação baseada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. É necessário que os serviços que prestam atendimento aos idosos respondam com ações baseadas em suas necessidades; ressaltando ainda que:

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de serviços de saúde e de assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (PNSPI, 2006, p.06, apud Lima-Costa et al, 2003^a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003).

Diante desses parâmetros, torna-se imperioso reconhecer uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde.

No ano de 2006, foi homologada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, na qual aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006; Consolidação do SUS com seus três componentes, os Pactos pela Vida⁵, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida, através de seus diversos compromissos sanitários, concede prioridade à saúde da população brasileira.

Considerando as demandas crescentes por serviços, identificamos na área específica para atendimento ao idoso na referida portaria, que a saúde do idoso se constitui uma das seis prioridades⁶ contidas neste Pacto, tendo como diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar.

Compreender do conceito de Promoção da Saúde, as suas estratégias e processos são passos iniciais para implementação da P.N.S.I. e para promoção do envelhecimento saudável (Caetano, 2006).

As Diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso constam de parâmetros importantes, sendo estes a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o estímulo à participação e

⁵ O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

⁶ As prioridades deste Pacto são: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

fortalecimento do controle social; na formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Como também a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e também ao apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Desenvolvendo a linha de pensamento destas Diretrizes, ressalta-se a importância da atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa, que deverá ser estruturada nos modelos de uma linha de cuidados, baseando-se nos direitos do usuário, nas suas necessidades, preferências e habilidades; facilitando o acesso aos níveis de atenção, através de infra-estrutura adequada e equipe profissional qualificada.

Finalizando a reflexão sobre a importância de se trabalhar a saúde do idoso em um contexto mais amplo, a Política Nacional de Saúde do Idoso nos apresenta:

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (PNSPI, 2006, p.05, apud Lima-Costa et al, 2000).

Observa-se também a carência de profissionais qualificados para atender esta demanda, no cuidado ao idoso, inserido nos diversos níveis de atenção. É importante ressaltar, através dos apontamentos de Ramos (2002), que a saúde do idoso não representa apenas o controle das doenças crônicas e degenerativas; ela deve ser pensada também na interação entre a saúde física, saúde mental, sua independência financeira, sua capacidade funcional e toda a rede de suporte social.

Apresentando no decorrer deste trabalho, sobre as políticas voltadas para a saúde da população brasileira, nos direcionamos ao Plano Nacional de Saúde/PNS 2008-2009/2011, que teve início em fevereiro de 2007, quando a Subsecretaria de

Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva (SPO/SE) submeteu ao colegiado de gestão do MS o projeto de construção do instrumento a ser submetido ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este Plano apresenta alguns objetivos fundamentais que visam prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população; ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde; promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população; e fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo para melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.

Para o alcance destes objetivos, são indicadas as diretrizes que constam de vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos; prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços; aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde; ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada; implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos.

Seguindo-se também do aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar; aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas; desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde; implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde; aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS; ampliação e fortalecimento da participação e do controle social e o fortalecimento da cooperação internacional.

O objetivo destas políticas deve ser direcionado para conceder uma atenção adequada e digna à toda população idosa do país, especialmente aos idosos que, devido à vários fatores, passaram por um processo de envelhecimento expresso por doenças e dificuldades, impondo expressivas limitações para o desenvolvimento de uma vida digna e satisfatória.

Faz-se necessária a introdução de um expressivo trabalho com políticas e programas sociais que sejam voltados à este segmento da população, necessitando de um atendimento diferenciado, expondo demandas bastante significativas para serem desenvolvidas no âmbito entre Estado, sociedade e a população idosa.

Abordaremos na seção a seguir sobre o Hospital Universitário, voltado seu atendimento aos princípios do SUS, de universalidade, equidade, integralidade; juntamente com a ação profissional do Serviço Social inserido nesta instituição.

SEÇÃO II

2. O SERVIÇO SOCIAL E A INSTITUIÇÃO

Apresentamos nesta segunda seção a instituição de saúde onde o Serviço Social está inserido, bem como sobre o trabalho e as ações dos Assistentes Sociais na

área da saúde, especificamente no Hospital Universitário; expondo sua atuação profissional frente às demandas concernentes a profissão.

2.1. O Hospital Universitário – HU

O Hospital Universitário é um centro de atendimento hospitalar mantido pela Universidade Federal, utilizado como base para o aprendizado dos alunos de diversos cursos de graduação. Foi inaugurado em Maio de 1980, seu fundador foi o professor Polydoro Ernani São Thiago, sendo o Hospital totalmente público (página oficial do HU, 2009).

As obras de construção do HU iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente tornou-se realidade em 1980, após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração em 1980. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínicas médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e Finalmente, em 1996, a Maternidade.

O Hospital foi concebido dentro da lógica do ensino superior, na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão, atendendo a população do estado de Santa Catarina. O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se, permitindo que o HU se estruturasse em quatro áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia em outubro de 1995, após longo período de preparação de recursos humanos, equipamentos e técnicas de intervenção, buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento.

O local de grandes demandas do HU é o seu atendimento de emergência 24 horas, atendendo adultos e crianças em áreas separadas e que atinge a média de 400 pacientes por dia. Há uma grande demanda da população, que vê o HU como centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica e atendimento humanizado.

Atuando nos três níveis de assistência: o básico, o secundário e o terciário, o Hospital Universitário é também referência estadual em patologias complexas, com

grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades, além da realização e desenvolvimento de pesquisas, através da sua equipe, como exemplo a que testa a eficácia da vacina contra o HPV (human papiloma vírus).

Seu corpo clínico é constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; formado por médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, possuindo elevados níveis de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e práticas clínicas, conferindo ao HU grande força e prestígio social e comunitário.

A equipe do HU vem trabalhando intensivamente na filosofia do atendimento humanizado, baseado na Política Nacional de Humanização⁷, contando nos últimos anos com o apoio da Associação dos Amigos do HU-AAHU, entidade sem fins lucrativos, formada exclusivamente por voluntários, que se dedica a assistência aos pacientes e acompanhantes, durante a sua estada no Hospital Universitário, buscando levar conforto e assistência humana e espiritual, e de entidades da sociedade civil, que realizam diversas atividades inseridas no contexto do hospital.

Em 1998, um grupo de profissionais do HU veio discutindo amplamente a questão do parto humanizado⁸. A idéia do parto humanizado evoluiu também para a criação do Grupo de Casais Grávidos ou Gestantes, para o estímulo ao resgate do parto natural e para a adoção de medidas como o método Mãe Canguru, para assistir os recém-nascidos de baixo peso, que necessitem de cuidados especiais. A criança é colocada junto ao corpo da mãe e dela recebe o calor suficiente para se manter aquecida. O método tem permitido a alta precoce de unidades de UTI neonatais e até a alta hospitalar. Hoje, a maternidade é reconhecida em nível nacional como centro de excelência em assistência obstétrica. O HU, pela qualidade do trabalho desenvolvido e

⁷ Esta Política está expressa em um documento que tem seus pressupostos na direção e valorização das ações dos gestores e dos trabalhadores do SUS, voltadas para o desenvolvimento do acolhimento com o usuário, garantindo-lhe o acesso aos serviços e aos bens de saúde, de acordo com as suas diversas necessidades. A PNH é norteadada pela autonomia e pelo protagonismo dos sujeitos.

⁸ Surgiu na formulação de um projeto que fosse possível a presença de um acompanhante durante o parto. A proposta, encaminhada através de deputados, foi aprovada em nível estadual e em 2005 a “Lei do Acompanhamento” foi aprovada na esfera federal.

pela assistência humanizada, conquistou o reconhecimento de “Hospital Amigo da Criança”.

Dentro de sua lógica organizacional, a missão do HU consiste em “preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, voltados para a ética e a responsabilidade social”. Tendo como base as premissas contidas em sua missão, destacam-se o objetivo do HU/UFSC em “ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar”.

O HU está organizado tendo como valores: a ética, qualidade, humanização, valorização e qualificação profissional, compromisso social, construção e socialização do conhecimento, atendimento público e gratuito, competência profissional; respeitando os princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade, resolutividade; articulando ensino, pesquisa, extensão e assistência.

O Hospital Universitário é um hospital totalmente público, sustentado financeiramente e atendendo somente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Florianópolis; sendo uma instituição social, de caráter governamental. É um órgão complementar da Universidade de Santa Catarina – UFSC, sendo subordinado a reitoria desta universidade e ao Ministério da Educação e Cultura – MEC.

O HU desenvolve diversos programas voltados à população atendida no hospital, à comunidade local e circunvizinha, com ações voltadas aos usuários do SUS, dentre elas a associação de voluntários, sendo formada por pessoas da comunidade que dispõe um período de seu tempo para a realização de trabalhos voltados aos pacientes do HU; atividades recreativas, como apresentações de teatro e grupos de artesanato.

Recebeu o prêmio Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que é concedido pelo Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas (UNICEF). Desenvolve o trabalho de Capelania Hospitalar, desenvolvido pela AAHU, realizando trabalho religioso com evangélicos, espíritas e católicos

Os Grupos de Acolhimento são necessários para conceder orientações e esclarecimentos sobre as normas, rotinas e cuidados no hospital, sendo realizado com

os pacientes, acompanhantes e familiares. Concede, através da Lei, o direito ao acompanhante para todos os pacientes: crianças, adolescentes e idosos – cumprindo o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal no 8.069 de 13/07/1999 e a Lei Federal no 10.741 de 01/10/2003 e adultos assegurado pela Lei Estadual nº 013324 de 20/01/2005.

Fornece também orientação no pré-operatório, por meio do trabalho realizado pelos Enfermeiros das Unidades com o objetivo de orientar e esclarecer todo o processo cirúrgico. O Hospital enfatiza a importância de conceder atendimento diferenciado com a população idosa, no trabalho com o Grupo de Idosos – NIPEG, definido como Núcleo Interdisciplinar de pesquisa, ensino e assistência Gerontogerátrica.

A maternidade desenvolve o Programa Mãe Canguru, voltado para a assistência humanizada neonatal de contato precoce entre a mãe e o recém-nascido, para bebês prematuros de baixo-peso; outro trabalho desenvolvido é o Programa Alojamento Conjunto, sendo realizado por meio do princípio de atenção humanizada, numa determinação apresentada no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), onde as mães ficam com seus bebês durante o período de internação para facilitar o vínculo entre mãe, recém-nascido e família

O Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno – CIAM, consta de uma equipe de enfermeiros e técnicos que promovem a orientação e incentivo ao aleitamento materno, para mães internadas no HU e também para mães da comunidade em geral.

O HU possui no interior de seu espaço físico um Cartório para registro de nascimentos, sendo este serviço gratuito e direcionado aos pacientes internados no hospital; desenvolve também orientação nutricional para dietas especiais; fornece suporte assistencial a famílias com necessidades imediatas. Acompanhamento na entrega dos resultados dos exames de HIV com supervisão médica. Desenvolve também na instituição o trabalho do Núcleo de Pesquisa em Asma – NUPAIVA.

Outro trabalho significativo desenvolvido com crianças e adolescentes refere-se ao Grupo Desenvolver, no atendimento a crianças de 07 a 14 anos matriculadas na rede regular de ensino, que estejam apresentando problemas na aprendizagem, possuindo também uma comissão de atendimento à criança vítima de maus tratos. O LAB/Med – Laboratório de Telemedicina, busca desenvolver e

disseminar tecnologias para tornar a medicina de ponta acessível a todos e em todos os lugares.

O Hospital possui a estrutura de uma sala de leitura, com acervo bibliográfico de mil livros doados pela White Martins em parceria com a Editora Record e outras doações, incentivando esta dinâmica entre os usuários. No que tange ao atendimento à comunidade em geral, possui o serviço do CIT – Centro de Informações Toxicológicas, onde fornece informações em caso de intoxicações e envenenamentos, auxiliando no diagnóstico e tratamento de emergência.

Um significativo trabalho que se insere nas ações do profissional de Serviço Social é o acolhimento com o usuário, realizado por meio do Plantão Social, no desenvolvimento das ações sócio-assistenciais, atendendo os usuários junto ao Ambulatório, sendo atendidas também comunidades circunvizinhas ao HU.

É realizado o Teste da Orelhinha para recém-nascidos em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A instituição possui o Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica para atendimento de pessoas com Obesidade Mórbida; o Programa de atendimento odontológico para crianças portadoras de necessidades especiais; desenvolve o programa de Centro de Referência em Saúde Auditiva; possui a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.

Seguindo a direção do atendimento humanizado por meio do Sistema Único de Saúde, o Hospital remanejou a adequação de um espaço físico, no caso de falecimento do paciente, para entrega do corpo à família. Realiza também o Projeto de Pesquisa Internacional de Prevenção do HPV, com a utilização de vacina anti-HPV.

O Hospital Universitário trabalha baseado nos princípios do SUS, regidos pela Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.142/90, que dispõem sobre a Lei Orgânica da Saúde – LOS, e dos princípios que estão contidos no Projeto da Reforma Sanitária, construído na universalização do acesso às ações e serviços de saúde; concedendo a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, sem discriminação, sendo atendidos conforme suas necessidades e de acordo com os limites e as possibilidades do sistema.

Busca a equidade do atendimento, procurando diminuir as desigualdades e na integralidade dos serviços, onde o acesso deve ser garantido desde as ações de promoção até as ações de recuperação da saúde, das ações coletivas às individuais. Incorporando-se à estes princípios o conceito ampliado de saúde, envolvendo o usuário não somente na área da saúde, mas também nas suas relações sociais, através

de uma melhoria em sua qualidade de vida, no atendimento de suas necessidades básicas como moradia, vestuário, alimentação e educação.

Cabe destacar que o movimento da Reforma Sanitária efetivou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, sendo expressa na Constituição Federal de 1988, através da regulamentação do SUS, pela Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Anexo F), que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular.

Para melhor compreensão do projeto da Reforma Sanitária, Bravo (2000), define que este projeto é resultado das diversas lutas da sociedade brasileira frente ao Estado assistencialista e conservador, em busca de um Estado democrático, atuando frente à políticas voltadas para a área da saúde. Através das mobilizações dos trabalhadores da saúde, juntamente com reivindicações da população, é que surgiu o movimento da Reforma Sanitária, propondo um sistema único de saúde que atendesse igualmente à toda população.

A VIII Conferência Nacional de Saúde vem firmar-se contrária ao conceito de saúde que é apresentado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, agregando e definindo a Saúde com um conceito que para Arouca (1987) apresenta a saúde não apenas como uma ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social. É o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até à informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. Pauta-se ainda no pensamento deste autor, que aborda o conceito de saúde no sentido de se conviver em um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de auto-determinação de um povo.

Com acesso às ações do Hospital Universitário inseridas no contexto do SUS, é possibilitado ao usuário o direito de usufruir dos serviços de saúde, igualitário e universal. Concedendo ao usuário que é atendido no Hospital, um atendimento humanizado; visto que é tratado com respeito; sendo que o Hospital Universitário busca sempre a qualidade dos serviços no desenvolvimento das ações voltadas ao usuário.

2.2. A ação profissional e seus referenciais

Historicamente podemos identificar que a atuação do Serviço Social na área da Saúde se deu no âmbito curativo com uma abordagem individual, sendo a preocupação com a saúde como uma perspectiva política explicitada no seio da categoria somente no final da década de 1980.

Em análise desenvolvida por Chupel (2005), é destacado que a saúde é um dos maiores campos de trabalho para a profissão, sendo uma categoria profissional que necessita estar atenta e atualizada quanto aos diversos movimentos que surgem nesta área, para garantir o seu espaço e afirmar a sua participação inserida nestes processos.

A centralidade da ação profissional na área da saúde é reconhecida nos estudos de Bravo e Matos (2004):

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social (Bravo,Matos, 2004, p.43).

O fazer profissional do Assistente Social é voltado aos princípios do Projeto Ético Político da Profissão, sendo este apoiado em três principais pilares, seguindo a direção de Teixeira e Braz (2009) que apresenta o primeiro pilar voltado na produção de conhecimentos no interior do Serviço Social:

Através da qual conhecemos a maneira com são sistematizadas as diversas modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional [...] Esta dimensão investigativa da profissão tem como parâmetro a sintonia com as tendências teórico-críticas do pensamento social (Teixeira e Braz, 2008, p.191).

Outro principal pilar inserido no Projeto Ético Político, de acordo com Teixeira e Braz (2009), baseia-se nas instâncias político-organizativas da profissão, envolvendo os fóruns de deliberação e as entidades da profissão:

As associações profissionais, as organizações sindicais, conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social) a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), além do movimento estudantil representado pelo conjunto de CAs e Das (Centro e Diretórios Acadêmicos das unidades de ensino) e pela ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social). É por meio dos fóruns consultivos e deliberativos dessas entidades que são consagrados coletivamente os traços gerais do projeto profissional, onde são firmados (ou não) compromissos e princípios (Teixeira e Braz, 2008, p.191).

Entende-se com isso que o projeto ético-político representa um espaço democrático de construção coletiva, envolvendo constantes disputas; indicando a existência de diferentes idéias em seu interior.

A dimensão jurídico-política da profissão representa o terceiro pilar deste Projeto, constituindo-se na base legal e institucional da profissão, por meio dos estudos de Teixeira e Braz (2009):

Envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio da profissão. Há nessa dimensão duas esferas distintas, ainda que articuladas, quais sejam: um aparato jurídico-político estritamente profissional e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente (Teixeira e Braz, 2009, p.191,192).

Em relação ao aparato jurídico-político profissional apresenta-se o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social.

Por outro lado, temos como referência de aparato jurídico-político mais abrangente, as leis que advém do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, que diz respeito à implementação do Serviço Social das diversas áreas de atuação, bem como da participação dos profissionais na construção e na aprovação destas leis.

Destarte pensar a ação profissional é pensar em quais as bases teóricas que os profissionais da área da Saúde pautam suas reflexões e buscam subsídios para a sua intervenção.

Dentre as legislações que sustentam as ações interventivas no cotidiano da Clínica Médica III, cabe destacar:

- O Código de Ética Profissional do Assistente Social

- Lei que Regulamenta a Profissão de Assistente Social
- Lei Orgânica da Saúde
- Lei Orgânica da Assistência Social
- Carta dos Direitos dos Pacientes Usuários do SUS
- Política Nacional de Assistência Social
- Política Nacional de Humanização
- Política Nacional do Idoso
- Política Nacional de Saúde do Idoso
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- Estatuto do Idoso
- Constituição Federal de 1988.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, aprovada pela Portaria nº 2.528/2006, fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei orgânica e com a Política Nacional do Idoso. Esta Política veio substituir a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº1.395/GM/1999).

Tem como propósito “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, [...] da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde [...] e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida”. (Brasil, 2006, p.07).

A implementação desta política compreende a definição e readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto.

Segundo a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006, p.03) é alvo desta política todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais de idade, considerando-se:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso (BRASIL, 2006).

Compreende-se assim, que o idoso tem direito a saúde sendo que o poder público deve garantir a ele o acesso de forma gratuita e com qualidade, criando serviços alternativos de prevenção e recuperação da saúde, recebendo assistência integral pela rede pública e principalmente atendimento preferencial nos postos de saúde e hospitais municipais, devendo estes estar adaptados ao seu atendimento.

Para isto, é necessário destacar a importância da ação dos profissionais de saúde, entre eles os assistentes sociais, onde por meio da resolução do CFESS nº 383/99, são considerados profissionais de saúde.

O assistente social realiza intervenção junto às demandas sócio-culturais e econômicas que vem a aumentar a eficácia dos programas de prestação de serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; onde em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas dos usuários, facilita o acesso às informações e desenvolve ações educativas, para que a saúde seja percebida como resultado das condições gerais de vida e da dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais.

O conhecimento teórico-prático dos Assistentes Sociais contribui para o desenvolvimento de ações que vem a possibilitar a efetivação dos direitos sociais, do exercício da cidadania, bem como na formulação e prática das políticas públicas que atendem as demandas deste segmento populacional.

Outro fator expressivo da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), evidencia a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos cuidadores dos idosos, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental, visando o número insuficiente de cuidado

domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso, sendo que a família é a principal executora destes cuidados.

Nesta mesma direção, desenvolve-se o trabalho do Serviço Social na instituição, seguindo os princípios do projeto da reforma sanitária aliado ao projeto ético-político do Serviço Social.

O Serviço Social inserido no Hospital Universitário integra o corpo de profissionais com uma equipe formada por 07 assistentes sociais; contando atualmente com 15 estagiários e 01 residente; sendo sua ação pautada no “Plano de Atuação do Serviço Social no HU”, que foi elaborado pelos profissionais com assessoria do Departamento de Serviço Social da UFSC.

Dentro das premissas para o trabalho, a equipe de profissionais do Serviço Social do HU entende que a saúde é o resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, implicando em moradia, alimentação, transporte, lazer, trabalho e renda, entre outros, e que a assistência em saúde está inserida no processo de construção da cidadania.

O Serviço Social em sua prática junto aos usuários do HU procura desenvolver uma atuação voltada ao acolhimento, entendendo que entre o profissional e o usuário, se constitui um espaço de trocas, com a identificação das necessidades do usuário e da família, bem como a reprodução de vínculos entre estes sujeitos.

O fazer profissional é pautado nos diversos instrumentais que são utilizados no desenvolvimento das ações, como a entrevista que é realizada no momento do acolhimento com o usuário e seus familiares, qualificando o cadastro dos usuários por meio das informações obtidas durante o acolhimento, na realização de reuniões quinzenais com os assistentes sociais do plantão para intensificar as ações desenvolvidas e realizar o planejamento do trabalho, bem como acionar a rede de contato e com as demais instituições.

Desenvolvendo a interação com profissionais das demais áreas do HU para que as ações sejam feitas em conjunto, bem como nos diversos encaminhamentos que são executados de acordo com a demanda do usuário.

Outra ação direcionada ao atendimento das demandas é expressa na visita domiciliar, que representa um meio de obter informações sobre a realidade de vida dos usuários, como se organizam em sua residência, para posteriormente poder intervir.

O desenvolvimento das ações dos profissionais do Serviço Social ocorre através do planejamento e execução de políticas específicas, sendo baseado no Código de Ética da profissão, nos princípios do SUS, bem como na Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, onde a assistência é definida como o direito de todos que necessitam, sem discriminação.

O processo de trabalho do Assistente Social na instituição encontra-se dividido por Ambulatório, Emergência, Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas, Maternidade, Pediatria e Projetos Especiais; por isto a atuação do profissional ocorre em diferentes áreas do HU; atuando também na esfera das políticas sociais, viabilizando os direitos dos usuários nas áreas da Saúde, Educação, Previdência Social, Habitação, Assistência Social, entre outros, sendo vinculadas a entidades públicas, privadas, bem como em organizações não governamentais – ONG's.

Objetivando situar a inserção profissional do Serviço Social no HU, assinalamos que o Assistente Social integra o corpo de profissionais da instituição desde a sua inauguração, em maio de 1980. O Serviço Social segue as diretrizes políticas do HU: assistência, ensino, pesquisa e extensão, buscando conhecer a realidade sócio-econômica-cultural dos usuários do Hospital, refletindo com os mesmos sua situação de saúde relacionada às condições de vida, para a transformação do seu cotidiano.

Os Assistentes Sociais têm como compromisso a defesa do SUS, de forma a representar, de maneira significativa, sua contribuição em torno da conquista da saúde como bem público.

Para a efetivação do exercício profissional é imprescindível que o Assistente Social junto ao campo de saúde ordene seus objetivos no contexto institucional. Para tanto as ações profissionais do trabalho em tela estão pautadas nos eixos norteadores propostos por Nogueira e Miotto (2006) a saber: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e aos processos sócio-assistenciais.

No que se refere aos processos político-organizativos, estes correspondem à articulação de um conjunto de ações, dentre as quais se destacam a mobilização e a assessoria, incrementando discussões e ações entre o espaço sócio-ocupacional, a comunidade e outras instituições visando a universalização, a ampliação e a efetivação dos direitos.

No comando dos processos de planejamento e gestão corresponde o conjunto de ações profissionais no âmbito das instituições e serviços de saúde no planejamento e gestão dos serviços sociais. Estão inseridas as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade, na gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais.

Segue-se nesta direção, um conjunto de ações profissionais desenvolvidas diretamente com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, desenvolvido nos processos sócio-assistenciais, que visa atender o usuário como sujeito, para responder às suas demandas.

Tomando ainda como referência os processos sócio-assistenciais, podemos dividi-lo em diversas ações, como:

- Ações periciais, sendo expressas na elaboração de parecer social ou técnico a fim de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e processos de referência a contra-referência;

- Ações sócio-terapêuticas, voltadas para o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, em momentos críticos (morte, recebimento de diagnósticos, acidentes).

- Ações sócio-emergenciais, que visam atender à demandas que se revestem por um caráter de emergências que estão relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias;

- Ações sócio-educativas, pautadas nas reflexões entre profissionais e usuários, através da informação e do diálogo, buscando alternativas concretas de acesso, de ampliação e de consolidação dos Direitos que atendam às demandas e necessidades dos usuários; estabelecendo um processo de reflexão e discussão através da informação e do conhecimento sobre situações, conteúdos e serviços de interesse do usuário, ou do grupo de usuários para que possam entender, problematizar, participar e interferir nas formas de acessar as informações e de usufruir serviços e benefícios.

Acerca dos processos sócio-educativos, Miotto (2009) aponta para o significado destas ações, no desenvolvimento do trabalho profissional junto aos usuários que utilizam os serviços de saúde:

Concebe-se que a lógica das ações sócio-educativas, realizadas no escopo dos processos sócio-assistenciais, está centrada nos usuários, enquanto sujeitos de direitos. Nessa lógica, desenvolve-se, por meio das relações que se estabelecem entre assistentes sociais e usuários, um processo educativo que possibilita aos usuários, a partir de suas individualidades, apreender a realidade de maneira crítica e consciente, construir caminhos para o acesso e usufruto de seus direitos e interferir no rumo da história de sua sociedade (Miotto, 2009, p.500-501).

Para compreender a intervenção do Assistente Social no campo da saúde na dimensão sócio-educativa, podemos apontar a relação que se dá pela informação, do diálogo, da reflexão que ocorre entre o profissional e o usuário como assevera Miotto e Nogueira (2006), tornam-se transparentes as estruturas dos serviços, o alcance dos direitos, das políticas sociais e os meios de condições de acesso:

Basicamente, incluem ações de diferentes naturezas, porém estão em constante interação, o que dificulta a distinção entre as mesmas. Porém, considerando seus objetivos primordiais, é possível distingui-las e com isso aprofundar os marcos referenciais que pautam a execução das mesmas e a própria interação entre elas (Miotto, 2006, apud Miotto e Nogueira, 2006, p.13).

Desta forma, a missão do Serviço Social do HU visa desenvolver ações profissionais, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania; atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino, extensão e pesquisa em saúde com qualidade, contribuindo para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência.

O trabalho do Serviço Social do HU está pautado nos seguintes objetivos:

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do Hospital Universitário;
- Desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar;
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social;
- Favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;

- Desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU.

O Serviço Social do HU desenvolve diversos programas, que são:

- Programa de internação nas Clínicas Cirúrgicas I e II; Clínicas Médicas I, II e III; Ginecologia; Maternidade; Pediatria e na Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

- Programa de Atuação do Serviço Social junto a Patologias Específicas – articulando grupos de apoio para o usuário desenvolver uma maior autonomia frente às conseqüências e mudanças biológicas e sociais relativas à doença, promovendo eventos interdisciplinares educativos, através de diversos projetos, como na atuação dos profissionais junto a pacientes com insuficiência renal crônica.

- Programa de Ações Especiais do Serviço Social:

- Projeto do Serviço Social junto à Emergência – o foco de intervenção é desenvolver estratégias de referência e contra-referência com a rede municipal de proteção social;

- Projeto de Plantão do Serviço Social junto ao Ambulatório – desenvolvem-se ações sócio-emergenciais e sócio-educativas; onde são atendidos usuários internados, dos ambulatórios e pessoas procedentes das comunidades circunvizinhas ao HU;

- Projeto de Atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica – NIPEG – prestando atendimento biopsicosocial em nível ambulatorial, no cuidado ao idoso, visando sua autonomia e independência nas atividades da vida diária, o controle das condições crônicas de saúde e a melhoria da qualidade de vida;

- Projeto do Serviço Social junto a Associação de Amigos do HU – AAHU – prestando assessoria e treinamento ao grupo de voluntários que atuam no HU vinculados à AAHU;

- Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Núcleo Desenvolver – atendimento clínico educacional de crianças de 07 a 14 anos com problemas na aprendizagem a partir de um processo de avaliação, orientação e encaminhamento;

- Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Laboratório de Estudos da Voz e Audição – LEVA – atuação na equipe interdisciplinar na avaliação de usuários com perda auditiva em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva;

- Comissão de Atendimento à Criança Vítima de Maus Tratos – trabalha juntamente com a Enfermagem, Psicologia e Medicina, atendendo crianças e adolescentes vítimas de maus tratos que chegam ao HU através da emergência, ambulatório ou que estejam internados na Pediatria e a violência seja detectada;

- Comissão de Humanização – o Grupo de Trabalho da Humanização – GTH, é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais da instituição.

Efetivando seu compromisso com as diretrizes institucionais e com sua missão, o Serviço Social do HU desenvolve atividades de estágio supervisionado, contribuindo para a formação profissional qualificada, de acordo com os preceitos éticos da profissão e na defesa de um projeto de saúde comprometido com os princípios do SUS.

Inserido nesta dimensão, o Serviço Social baseia-se nas Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, apresentada pela ABEPSS, onde consta:

Estágio Supervisionado: é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional de campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de estágio [...] (ABEPSS, 2006).

O trabalho na Clínica Médica III constitui-se de várias ações, dentre elas a consulta ao censo de internação da unidade para verificação dos usuários recém-internados; a leitura do prontuário dos usuários recém-internados para coleta de dados que irão subsidiar a entrevista; visita aos quartos dos recém-internados para desenvolver o acolhimento através da entrevista, muitas vezes realizada com seu acompanhante; visita aos demais usuários internados para dar continuidade ao atendimento iniciado anteriormente, interagindo com os familiares e usuários para acompanhar a evolução do tratamento; cadastro dos usuários no sistema informatizado de administração hospitalar do HU

São também sistematizadas as ações desenvolvidas, os encaminhamentos e os procedimentos realizados, bem como sobre alguma alteração no cadastro sócio-econômico do usuário; avaliação e estudo sócio-econômico para autorizar o fornecimento de refeição ao acompanhante, seguindo os critérios para a sua liberação, concedendo prioridade à acompanhantes de crianças e adolescentes e de pessoas idosas.

A dinâmica implica também no contato com a equipe de Enfermagem do referido turno em que o profissional atua, para a troca de informações sobre os usuários e a participação na troca de plantão é importante para verificar as demandas para o Serviço Social e estar a par do diagnóstico dos usuários.

Desenvolvendo também ações sócio-emergenciais, no atendimento das necessidades básicas e de urgência dos usuários e suas famílias, como o fornecimento de auxílio-transporte ou solicitação de transporte do município de origem em situações de alta hospitalar, fornecimento de roupas do brechó, cestas básicas, medicamentos, material de higiene, auxílio funeral, entre outros.

Atuando nas ações sócio-educativas, que contemplam o esclarecimento ao usuário e seus familiares sobre as rotinas do HU e da unidade onde encontra-se internado, incluindo o encaminhamento de auxílio-doença aos usuários internados e informações sobre seus direitos como trabalhador e contribuinte, as orientações trabalhistas e previdenciárias, as quais apresentam uma das grandes demandas nesta unidade, por atender um grande número de usuários sem possuir vínculos com a Previdência.

Abordando sobre os instrumentos utilizados no fazer profissional, ressalta-se a entrevista que é realizada no acolhimento com o usuário e sua família, representando um dos instrumentos mais desenvolvidos entre as ações profissionais; sendo uma das atividades mais constantes em todo o exercício profissional. É de suma importância, não somente para a coleta de dados sobre o usuário, mas numa relação de diálogo e reflexão que ocorre entre o usuário e o profissional.

Conforme nos assevera Sarmiento, a entrevista é um instrumento utilizado quando há interesse de desenvolver um trabalho em que é necessário priorizar um atendimento individual, aprofundar um determinado conhecimento da realidade humano-social; (SARMENTO, 1994, p.289).

Com essa perspectiva, a aplicação deste instrumental, observa que a entrevista é um tipo de diálogo que envolve as pessoas boa parte do tempo, destinada a compreender e constatar a situação apresentada, tornando-se um fator importante para o desenvolvimento de uma situação durante o processo de entrevista.

Dessa forma, entende-se que a entrevista é utilizada para compreender as necessidades sociais e priorizar um atendimento individual, pois ela propicia a intervenção do assistente social para obtenção de informações e conhecimentos da situação expressa pelo usuário.

SARMENTO (1994) caracteriza a entrevista como:

Uma relação face-a-face entre duas ou mais pessoas, sendo que a diferenciação em seu uso é dada pela maneira e a intenção de quem a pratica mas, reconhecendo que é uma relação de distância e envolvimento, conhecimento e ação, pensamento e realidade, interação e conflito, mudar e ser mudado. (Sarmiento, 1994, p. 284).

Com essa direção conceitual podemos dizer que a entrevista é um instrumento de interação entre assistente social e usuário, possibilitando o diálogo por meio do qual se trocam conhecimentos, se revelam atitudes e se expressam pontos de vista diferentes.

O Grupo de Acolhimento também constitui um importante trabalho que é desenvolvido pelos profissionais do Serviço Social nas Clínicas Médicas I, II e III do Hospital Universitário, sendo oportunizado semanalmente, envolvendo os pacientes das três unidades médicas e seus familiares e acompanhantes; numa dinâmica que possibilita uma aproximação com as reais demandas da população atendida pela instituição.

O Grupo de Acolhimento existe desde maio de 2006, sendo criado com o intuito de acolher os pacientes e seus acompanhantes no ambiente hospitalar, objetivando a socialização das informações ao usuário e o atendimento das demandas que se expressam durante a internação, bem como levar o usuário a se fortalecer, a se munir de informações, para buscar os seus direitos.

Este Grupo de Acolhimento possui como eixo norteador a Política Nacional de Humanização, que aborda sobre o acolhimento na saúde:

Articulação com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de

serviço numa postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários [...] requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (PNH, 2008).

O Serviço Social em sua atuação voltada ao acolhimento efetiva-se como um espaço de trocas e como meio de socializar as informações aos usuários, no sentido de auxiliá-los na compreensão de seus direitos, repassando as informações sobre o funcionamento de cada serviço, bem como na manifestação dos usuários através de críticas e sugestões, apresentando também suas demandas.

O acolhimento exige ainda que o profissional utilize seus conhecimentos para a construção de respostas necessárias às demandas dos usuários; sendo por meio deste acolhimento que o profissional assume a postura de acolher, ouvir e conceder retornos significativos aos usuários.

Objetivando elucidar ao que tange a socialização das informações como direito fundamental de cidadania, acrescentamos as referências de Miotto (2009):

O direito à informação não está restrito apenas ao conhecimento dos direitos e do legalmente instituído nas políticas sociais. Inclui-se o direito dos usuários de usufruírem de todo conhecimento socialmente produzido, especialmente daqueles gerados no campo da ciência e da tecnologia, necessário para a melhoria das condições e qualidade de vida ou para que os usuários possam acessar determinados bens ou serviços em situações específicas (Miotto, 2009, p.502-503).

Ressalta a autora que este direito à informação não é restrito apenas ao acesso à informação; é voltado também para a compreensão das informações, pois é ela que vai possibilitar seu uso na vida diária; sendo que a finalidade da socialização das informações é também levar os indivíduos a construir a sua autonomia.

A Política Nacional de Humanização visa o acolhimento como uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, voltado para um atendimento com qualidade, para a valorização dos sujeitos envolvidos enquanto participantes ativos na produção da saúde; através da qualificação da escuta das demandas expostas e na identificação de suas necessidades.

Um dos princípios norteadores desta Política é fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual, como também a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS.

Sendo assim, para operacionalizar o acolhimento, devemos embarcar uma atitude de mudança no fazer saúde, pois este processo implica em prestar um atendimento com responsabilidades e transformações.

É necessário, também, que os usuários participem, através da exposição de suas dúvidas, seus anseios, críticas e sugestões, para que os objetivos do acolhimento possam ser alcançados; na busca pela autonomia dos usuários e na socialização das diversas informações sobre seus direitos.

O profissional trabalha na instituição cada vez mais voltado para o contexto da Política de Humanização, por meio de uma nova cultura de atendimento, baseada nos princípios dos SUS.

Para que este trabalho seja efetivado, o profissional deve refletir sobre o modelo de atenção à saúde, avaliando constantemente as dificuldades que surgem neste processo de construção de um novo trabalho na área da saúde.

A aproximação dos assistentes sociais com os usuários atendidos na instituição desenvolve ações voltadas ao reconhecimento e ao atendimento de suas reais necessidades; rompendo com a prática rotineira e burocrática do fazer profissional.

Portanto, o profissional de Serviço Social tem a possibilidade de contribuir por meio de sua intervenção na formação e desenvolvimento da prática interventiva.

Tendo em vista a recorrente busca de pessoas em processo de envelhecimento aos serviços de saúde, abordaremos na próxima seção sobre as condições de atendimento na instituição, especificamente na unidade na qual desenvolvemos nosso trabalho.

SEÇÃO III

3. CONFIGURAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Considerando o número de pessoas idosas que são internadas no HU, e levando em conta a função das políticas de saúde dispostas nas portarias destinadas à esse segmento, estabelecemos como objeto de estudo, configurar a ocorrência das demandas e efeitos da relação saúde e doença no segmento atendido.

Assim sendo, abordaremos nesta última seção o perfil dos usuários idosos atendidos na unidade de estágio⁹, identificando suas características sócio-econômicas, bem como sobre as demandas apresentadas. Essa dinâmica de trabalho se organiza a partir das vivências obtidas na relação com a saúde, tendo em vista a sua internação; pautando as entrevistas¹⁰ realizadas com os pacientes idosos e no desenvolvimento do grupo de acolhimento¹¹ realizado com os pacientes internados e acompanhantes.

3.1. Considerações acerca dos procedimentos adotados

Baseando-se nos princípios do SUS, voltado para a integralidade das ações e na humanização dos cuidados, é que perpassa a internação do usuário idoso no HU. Este usuário vem à instituição por indicação de seu município de origem, quando este não possui condições físicas e técnicas de realizar seu tratamento; ou pela unidade de saúde de seu bairro, se residir em Florianópolis.

Dado importante a considerar é que os usuários idosos que utilizam os serviços do HU, não possuem plano de saúde, e por isto são dependentes do Sistema Único de Saúde – SUS; portanto, a proteção social desse segmento ocorre com o acesso destes ao Sistema Único de Saúde.

Urge detalharmos as formas de procedimento que são estabelecidas pelo sistema a saber; sendo que inicialmente o usuário é atendido na emergência/ambulatório e de acordo com a necessidade, é transferido para internação em uma das unidades do hospital.

Desenvolvendo a ação profissional voltada para o acolhimento, no sentido de um atendimento com qualidade, buscando a valorização dos usuários; efetiva-se um importante instrumento de trabalho do assistente social que é a entrevista inicial, com

⁹ Estágio realizado na Clínica Médica III, no período de agosto à dezembro de 2009 e março à julho de 2010.

¹⁰ Consultas aos dados das entrevistas realizada com os usuários idosos no momento da internação, com a autorização da Assistente Social e supervisora de campo Maria Aparecida F.Fagundes, realizando análise destes documentos, que foram elaborados durante o desenvolvimento do estágio (anexo 1).

¹¹ Realizado semanalmente pelas estagiárias da Clínica Médica III e Clínica Médica II do HU, com a supervisão de sua orientadora, no período da tarde; objetivando a socialização das informações aos pacientes internados e seus acompanhantes, baseado nas informações contidas

o objetivo de obter informações sobre o idoso internado, para conhecer este usuário, sua história de vida, bem como todos os fatores que envolvem sua internação.

A entrevista a que nos referimos, está construída com um roteiro condutor, sem, necessariamente, termos que proceder em uma ordem exata, pois as informações são obtidas de acordo com o decorrer da conversa; sendo que este roteiro serve apenas como uma direção. Constituem como elementos concernentes ao objetivo da entrevista: o estado civil do usuário idoso, informações a respeito da sua relação conjugal, vinculação previdenciária, quanto a sua condição: se aposentado ou pensionista; se recebe algum benefício assistencial; a constituição familiar e sua relação com seus familiares, bem como com quem reside, o tipo de residência, endereço, telefone, o município de origem, sua vinculação religiosa. Por se tratar do contato inicial, busca-se identificar a existência de uma rede de auxílio social e familiar, tendo em vista o diagnóstico do usuário e seu possível tratamento.

Destacamos como foco da nossa análise o período, de aproximadamente um ano, recorte do nosso processo interventivo, no qual obtemos por meio das entrevistas os elementos do mapeamento do objeto de nosso trabalho. Elegemos como universo a ser mapeado somente as entrevistas realizadas com pacientes idosos e seus acompanhantes, pois este segmento representa o foco central deste estudo.

A Unidade da Clínica Médica III, é composta de 30 leitos, sendo 20 destes disponibilizados para os usuários do sexo feminino, 08 para o sexo masculino, 01 leito de isolamento e 01 que se encontra desativado.

A Unidade é composta por uma equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicóloga, nutricionista, assistente social e estagiários das diversas áreas que atuam conjuntamente no trabalho com os usuários. Estes profissionais desenvolvem um trabalho interprofissional, pois cada ação desenvolvida com o usuário está interligada às demais ações, sendo com isso, necessário estar sempre em contato com a rede de profissionais, tanto para obter como para repassar as informações necessárias.

O idoso atendido na Clínica Médica III do HU é de modo geral oriundo da grande Florianópolis, podendo advir das demais cidades do Estado e chegam até o HU por meio do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da

Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

São, em grande número, idosos aposentados, alguns já viúvos; muitos residem com seus familiares, que comumente se revezam nos cuidados durante a internação, representando uma grande demanda para os serviços de saúde. E, por se constituírem na maioria de aposentados, auxiliam na renda familiar, muitas vezes sustentando a própria família.

Segundo dados do IBGE, em 53% dos domicílios do país mais da metade da renda em 2007 era provida por pessoas idosas. Em 1997, o percentual era de 47,2%. Na área rural do país, o mesmo nível de contribuição dos idosos no orçamento familiar chegou a 67,3% dos domicílios em 2007. Percebe-se que numa sociedade em que a população vem envelhecendo a passos largos, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais tem uma dose de contribuição maior.

A rede familiar e social, nestes casos, é de suma importância que seja identificada durante a internação; pois muitos idosos são dependentes e necessitam de cuidados; principalmente quando ocorre a alta deste idoso, sendo necessário ter um suporte familiar para os cuidados pós-alta.

Nesta direção, apresentam-se os estudos de Karsch (2003), abordando a necessidade de intensificar as formas de apoiar os cuidados familiares, através de um sistema de suporte articulado, discorrendo:

A família como a única provedora de cuidados de seus velhos doentes e incapacitados é um pressuposto na sociedade brasileira, e uma expectativa natural das autoridades assistenciais e de saúde neste país. E, enquanto não for exercida qualquer pressão para mudar esta situação por parte destas famílias sobrecarregadas [...] nada parece sensibilizar as autoridades emissoras de políticas sociais no país no sentido de programar a articulação de sistemas de suporte aos idosos dependentes e aos seus cuidadores, por meio de serviços já existentes (Karsch, 2003, p.109).

Nessa direção de análise cabe inferir que, por estarem junto de seus familiares, e tendo uma pessoa para auxiliar nos cuidados, estes idosos não estariam necessitando de apoio, de esclarecimentos e de suporte para o seu atendimento. Devido à família suprir as atividades para as quais o idoso não possui mais condições,

é que o cuidador familiar necessita de informação, orientação, auxílio, para que possa cuidar deste idoso da melhor forma possível, promovendo também o seu bem-estar.

A atuação na visão do trabalho em rede, de acordo com Domingues e Derntl (2008; Apud Scherer-Warren,1999), permite que a partir de diversos olhares sobre um mesmo fenômeno possa se descobrir novos caminhos e novas formas de ação; sendo que os processos que estruturam as redes sociais têm como origem as interações sociais ocorridas entre os indivíduos, ou seja, sua sociabilidade, presente em cada protagonista de uma ação.

Ainda ressaltando o pensamento destes autores, aponta-se que a rede deve ser construída a partir de relações ausentes de hierarquias, focando-se nas parcerias, na participação, responsabilidades e co-financiamento nas três esferas de governo. As ações voltadas para a atenção aos idosos devem ser direcionadas na consolidação de um projeto político de transformação, conscientização do governo, da família e da sociedade; considerando-se a demanda da população, a rede de parceria e a ampla comunicação, juntamente com a integralização das ações.

Observa-se numa outra dimensão, que alguns dos idosos internados, bem como seus familiares, não possuem recursos financeiros, encontrando-se em situações de grande dificuldade, sendo necessário auxílio sócio-econômico também para sua família.

As doenças crônico-degenerativas são as principais agravantes das internações dos idosos, onde o avanço da idade é o maior fator de risco para o surgimento destas doenças; apresentam-se também as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral – AVC, a artropatia, a doença pulmonar, doença renal crônica – Hemodiálise, distúrbio mental, entre outras; doenças estas que acabam gerando, muitas vezes, a reinternação do idoso na instituição.

Neste contexto, utilizamos as referências de Paschoal e Berzins (2008), como fonte de estudo destes agravantes:

As condições crônicas, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), englobam as doenças e agravos não-transmissíveis (como hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, neoplasias e asma), as doenças transmissíveis com evolução prolongada (como HIV-AIDS, tuberculose, hepatite, hanseníase), os transtornos mentais (depressão, esquizofrenia, demência) e deficiências físicas e estruturais permanentes (cegueira, amputações, seqüelas). Essas condições trazem

repercussões similares aos pacientes e famílias e exigências comuns para o gerenciamento aos serviços de saúde, o que justifica sua abordagem conjunta (Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - IIª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, p.18-19, apud Paschoal e Berzins, 2008, p.20).

O tempo de internação dos idosos é variável, e o prolongamento da internação pode ocorrer de acordo com a situação social da família do idoso, no que se refere à disponibilidade dos familiares em poder cuidar deste idoso em sua residência, bem como na fragilidade de seu estado de saúde, quando, apesar de ter condições de alta, ainda encontra-se debilitado para retornar ao convívio familiar. Os fatores de risco, que predeterminam a longa permanência do usuário no hospital estão associados com a má evolução clínica. A permanência prolongada pode também afetar negativamente o quadro geral de saúde do paciente, aumentando o risco de infecções e outras complicações.

Alvarenga e Mendes (2003), também abordam sobre as dificuldades na recuperação da saúde do idoso:

A população idosa é a que mais adoece e, freqüentemente, acometida por uma ou mais doenças. A morbidade múltipla entre idosos está associada às doenças crônicas, bem como às condições precárias de vida ligadas à baixa renda, que requerem medidas de diversas naturezas, quer na área social, quer na saúde, implicando em políticas de formação profissional e destinação de recursos, instrumentos tecnológicos que envolvem altos custos. A complexidade da condição de vida dos idosos, associada às demais questões da sociedade brasileira, tem gerado novas políticas (recentes) que ainda não provocaram as mudanças esperadas. O idoso é mais vulnerável às infecções respiratórias devido às diversas mudanças estruturais e funcionais que se instalam com a senescência (Alvarenga e Mendes 2003, p.01).

Ressaltando ainda os autores, que o processo de envelhecimento afeta também progressivamente o sistema cardiovascular.

Sabendo-se que o idoso apresenta peculiaridades distintas das demais faixas etárias, Motta (2001) aponta a importância de se desenvolver uma avaliação qualificada junto aos idosos, apresentando:

Sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência. A falta de uma avaliação geriátrica correta está

ligada ao retorno à internação e ao maior uso de serviços de saúde observado. Esta situação identificada reflete o fato de que o gasto do setor saúde no atendimento à pessoa idosa, apesar de grande, não representa benefícios reais para a sua saúde (Motta, 2001, p.02).

3.2. Quem somos: Perfil dos usuários idosos internados no HU

Considerando os objetivos a que se propõe esse estudo, identificamos como relevante traçar um mapeamento dos usuários idosos internados na Clínica Médica III, a partir de indicadores como idade, sexo, estado civil, profissão, composição familiar, doenças que apresentam e outros elementos.

Tendo como base a entrevista realizada durante o acolhimento ao idoso internado, realizamos um recorte de entrevistas com 30 idosos, durante o período de março e abril de 2010, internados na Clínica Médica III do HU, sendo que algumas destas entrevistas foram realizadas também com seus familiares.

Estas entrevistas são relatadas no sistema informatizado do HU, especificamente na área do Serviço Social, constando do estudo sócio-econômico de cada usuário; usado como ferramenta durante o estágio, onde foram retiradas as informações necessárias para a interpretação dos dados e posteriormente a elaboração dos gráficos.

Sobre o perfil dos usuários, as informações colhidas e posteriormente aqui ordenadas versaram: a idade dos usuários idosos, o sexo, estado civil, sua família, a constituição da renda, tipo de residência, com que reside, seu município de origem, as doenças acometidas mais frequentes e também seu credo religioso.

Apresentaremos a seguir os gráficos que demonstram o universo de pessoas atendidas e suas características, como também buscaremos inferir acerca de suas demandas.

Referente à idade dos idosos internados, o gráfico nos apresenta:

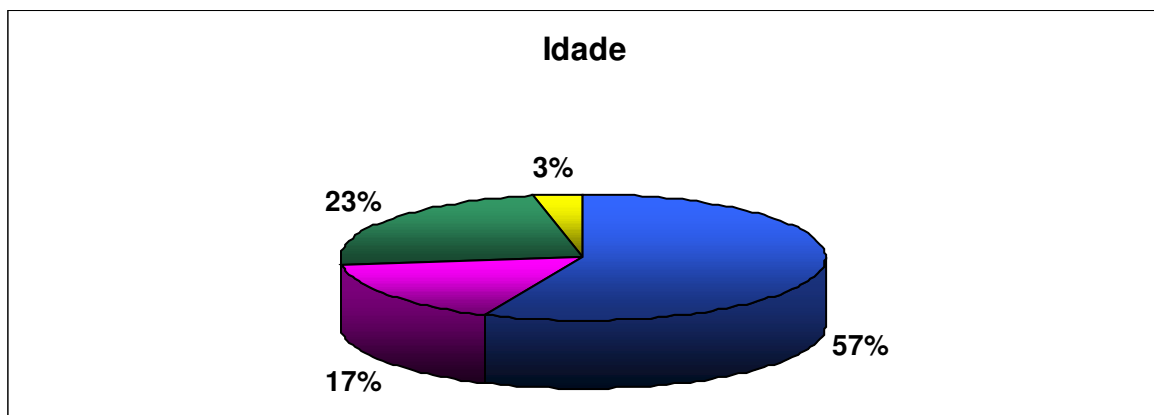


GRÁFICO 2 : Idade

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

Através do gráfico acima, podemos observar que um significativo número de idosos internados nessa unidade (57%) encontra-se na faixa de 60 a 69 anos, seguido de uma concentração de 23% com idade entre 80 a 89 anos, posteriormente os idosos entre 70 a 79 anos, e por fim, apenas um idoso internado possuía a idade de 90 anos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, como já citado neste estudo, considera como idosos as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos, sendo que a Política Nacional do Idoso no Brasil, também caracteriza como idosa a pessoa de 60 anos ou mais.

Quanto ao sexo, podemos observar os dados constantes no gráfico a seguir:

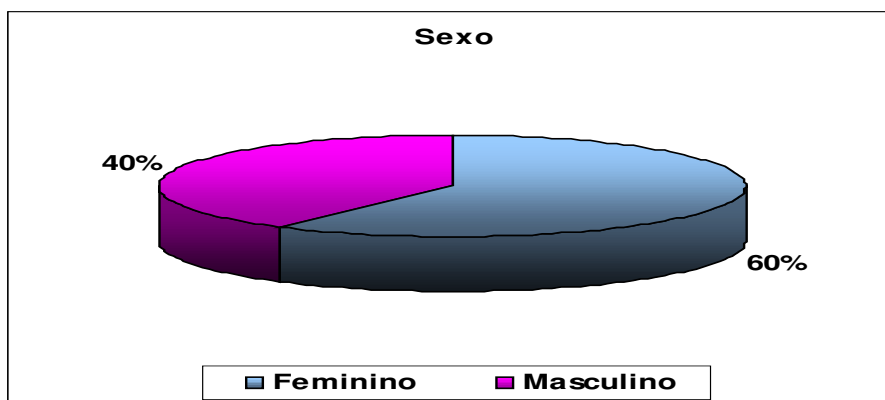


GRÁFICO 3: Sexo

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

A Clínica Médica III possui uma característica peculiar, que a diferencia das demais unidades, onde a maioria de seus leitos são disponibilizados para o sexo feminino; dispendo de 20 leitos para as mulheres e 08 leitos para os homens.

Esta especificidade reflete-se no resultado das entrevistas, onde apresenta um grande percentual de idosas internadas, em relação ao número de idosos do sexo masculino.

Tendo como direção a Política Nacional de Saúde do Idoso, no que tange a ampliação da população feminina entre os idosos, salientamos :

Tem sido observada uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio (PNSI, 1999).

Observamos por meio dos últimos censos do IBGE, que a população idosa brasileira apresenta um percentual significativo do segmento feminino. As mulheres, por terem o benefício de uma expectativa de vida maior, assumem o papel de cuidadoras e, nas grandes cidades, tendem a viver sozinhas depois da viuvez.

Observa-se, no gráfico abaixo, o estado civil deste segmento populacional:

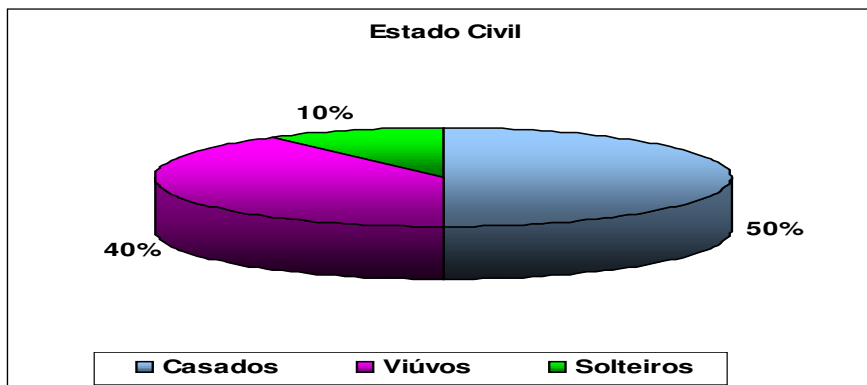


GRÁFICO 4: Estado Civil

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

Apesar da maioria dos idosos apresentar uma união estável (50%), onde permanecem por muitos anos com seu cônjuge, por outro lado, podemos observar que o número de idosos viúvos é bastante significativo (40%); onde estes passam uma boa parte de sua velhice sem a companhia de seus cônjuges; voltando-se para a família, a principal rede de apoio, quando encontram-se nessa idade mais avançada.

Ressalta-se em nossa sociedade a importância da constituição familiar e a ênfase dada atualmente na família; relacionado a isto, Goldani (2002) aborda intrinsecamente sobre esta responsabilidade da família:

A ênfase atual na família, como lócus privilegiado para promover programas e políticas sociais, visando a mudanças de comportamento (em termos de autocuidado, planificação familiar, relações de gênero e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis), e como fonte substituta ou complementar de muitas das necessidades não oferecidas pelo Estado (cuidado com crianças e idosos), pode ser entendida pelo menos em dois sentidos: (a) reconhecimento de que as famílias se mantêm como importante instituição formadora de valores, atitudes e padrões de conduta dos indivíduos e, como tal, com uma imensa flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas; (b) nas mudanças fundamentais no envolvimento do Estado em termos econômicos e de bem-estar da população (Goldani, 2002, p.30).

Relacionado à constituição familiar, apresenta-se:

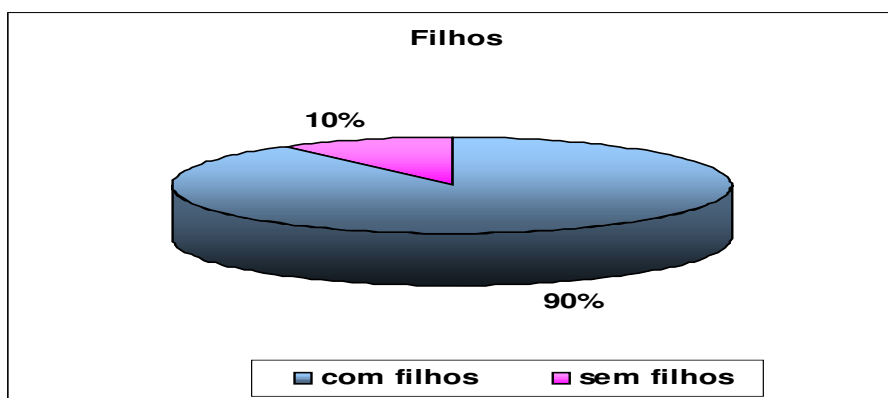


GRÁFICO 5: Filhos

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

O gráfico apresenta um expressivo número de idosos que constituíram família, sendo um dado importante também para o cuidado destes idosos, pois a maioria depende de uma rede familiar para auxiliá-los quando necessitam.

Dados do IBGE e PNAD, de 1998, apontam que as famílias brasileiras que possuem idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias.

A Constituição Federal de 1988 apresenta a família como base da sociedade e coloca como dever da família, da sociedade e do Estado “amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida” (CF, 1988).

Ressalta-se a importância das aposentadorias na constituição da renda familiar, onde uma grande parcela da família depende da renda do idoso; por isto a

preocupação com o provimento destes benefícios, que atingem uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras.

Teixeira (2000) ressalta a existência de uma dependência tanto financeira quanto emocional nesta relação de pais e filhos:

A dependência entre as gerações, no nosso entender, se revela de duas naturezas distintas: de um lado a dependência material dos filhos que por precisarem cada vez mais e por mais tempo da proteção dos pais, não hesitam em aceitá-la, até por entenderem como obrigação. Do outro lado a dependência emocional dos pais, fruto do modelo familiar estabelecido. Neste modelo a família é entendida como uma forma natural de organização da vida coletiva, uma instituição estável da sociedade, sendo a união entre seus membros a principal responsável pela integração e harmonia da vida familiar (Teixeira, 2000, Revista Virtual Partes, p.02).

O gráfico abaixo apresenta as formas de renda dos idosos:

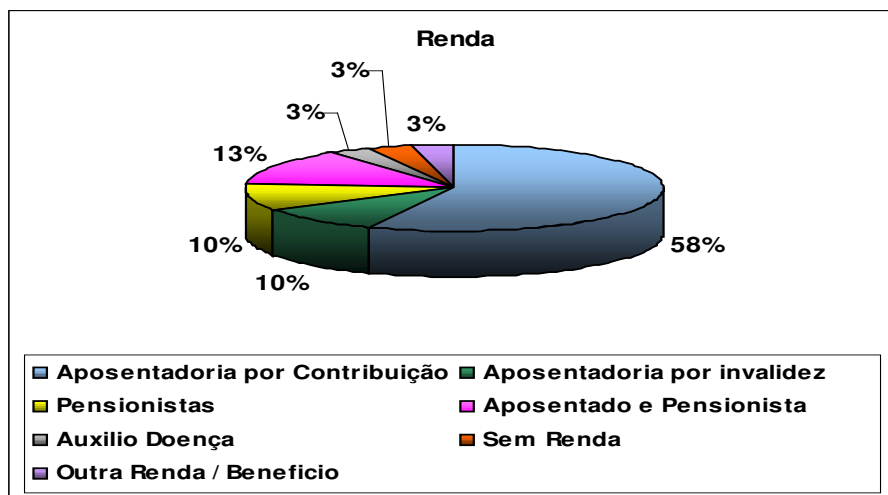


GRÁFICO 6: Renda

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

Os aposentados constituem-se a maioria entre este segmento (58%), reafirmando as análises obtidas pelo IBGE sobre a população de idosos, sendo que a aposentadoria constitui-se como a única fonte de renda desta parcela da população.

A aposentadoria por idade constitui-se numa renda mensal a quem contribuiu para a Previdência Social por no mínimo 15 anos; sendo que só tem direito a receber a aposentadoria quem está vinculado ao INSS. Para os trabalhadores rurais e pescadores a aposentadoria é diferenciada na idade mínima, em 55 anos para a mulher

e 60 anos para o homem, sendo necessário comprovar que é trabalhador rural, por meio da emissão de ITR ou notas fiscais ou qualquer outro documento que comprove esta função. Nas demais aposentadorias, a mulher deve ter no mínimo 60 anos e o homem 65 anos; mas sendo sempre necessário o mínimo de 15 anos de contribuição previdenciária.

A aposentadoria por invalidez foi evidenciada em 10% dos idosos; e constitui-se de um benefício aos trabalhadores que, por doença ou acidente de qualquer natureza ou causa, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes conceda seu sustento; devendo ter no mínimo 12 contribuições mensais, sem perder a qualidade de segurado. Se o aposentado por invalidez estiver totalmente dependente de terceiros, este tem o direito de receber 25% sobre o valor de sua aposentadoria, recorrendo diretamente ao INSS.

Estas aposentadorias surgem de forma expressiva entre as demandas apresentadas; diante disso, Haddad (1993) realiza sua contribuição:

A aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanentes até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época, portanto os estudos sobre a aposentadoria revelam que, comumente é gerada uma crise no indivíduo. A retirada da vida de competição, a auto-estima e a sensação de ser útil se reduzem, isso faz com que no início a maioria dos idosos se sintam satisfeitos, pois lhes parece ser muito bom poder descansar, mas aos poucos, começam a descobrir mudanças nas suas vidas (Haddad, 1993, p.115).

Através do que aponta Moragas (1997), em seus escritos, diversos estudos na área de gerontologia social abordam sobre o trabalho com este segmento populacional, que vem a firmar-se como um dos elementos importantes que atua de forma positiva, propiciando o aumento da longevidade da população.

Dos entrevistados, 3% estão em auxílio-doença, que representa um benefício para o trabalhador que possui registro profissional ou trabalhador autônomo, que encontra-se impossibilitado temporariamente de exercer seu trabalho; sendo que para receber este benefício, deve possuir, no mínimo, um ano de contribuição.

O Benefício de Prestação Continuada – BPC foi apresentado por 3% dos idosos, que foi criado através da Lei nº 8.742/93, a Lei Orgânica de Assistência Social

– LOAS, sendo um benefício assistencial, que não necessita de contribuição, constituindo-se na concessão de um salário mínimo mensal para idosos a partir de 65 anos e portadores de deficiência incapacitados para a vida e para o trabalho - diferente de invalidez, e que não tenham condições de prover o seu sustento e nem de tê-lo provido por sua família, concedendo o valor de um salário mínimo mensal; sendo que para requerer este benefício a renda familiar *per capita*¹² deve ser inferior a ¼ do salário mínimo.

Sobre este benefício, Pereira (2005) realiza algumas pontuações:

Embora este benefício signifique um alívio material para idosos extremamente necessitados, que hoje atingem a casa dos 963.300 (a partir dos 65 anos de idade) e para 1.145.781 pessoas portadoras de deficiência severa, ele padece das fragilidades e irracionalidades inerentes às políticas sociais focalizadas na pobreza. Isso indica uma caminhada, que não é só brasileira, em direção a um sistema de proteção social que, a despeito de minorar a situação social de penúria de idosos e deficientes, não prioriza a sua condição de cidadão particular [...] mas a pobreza sobreposta à velhice e a deficiência (Pereira, 2005, p.05).

Quanto ao tipo de residência, o gráfico abaixo ressalta:

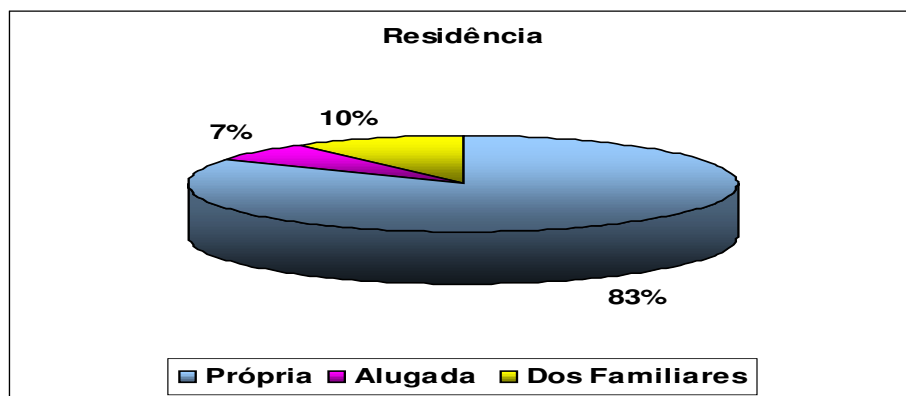


GRÁFICO 7: Residência

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

Por serem um segmento integrante de uma renda, a maioria dos idosos também possui residência própria, sendo que muitos destes idosos sustentam a

¹² Soma de todo o rendimento, dividido pela quantidade de pessoas que residem na família, se esta soma der inferior à um ¼ do salário mínimo, então é concedido o Benefício.

família; ocorrendo também a formação de novos núcleos familiares e novos arranjos sociais, onde os filhos e netos permanecem por mais tempo residindo com seus pais, aumentando o número de componentes das famílias.

Enfatizamos novamente os estudos de Goldani (2002), discorrendo sobre a importância do núcleo familiar no provimento de necessidades que não são atendidas pelo Estado:

Como fonte substituta ou complementar de muitas das necessidades não oferecidas pelo Estado (cuidado com crianças e idosos), pode ser entendida pelo menos em dois sentidos: (a) reconhecimento de que as famílias se mantêm como importante instituição formadora de valores, atitudes e padrões de conduta dos indivíduos e, como tal, com uma imensa flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas; (b) nas mudanças fundamentais no envolvimento do Estado em termos econômicos e de bem-estar da população (Goldani, 2002, p.30).

Discorre ainda a autora, que a centralidade das famílias como fator de proteção social implica ter presente seu caráter ativo e participante nos processos de mudança no interior do núcleo familiar.

Abordando com quem dividem a residência, apresenta-se:

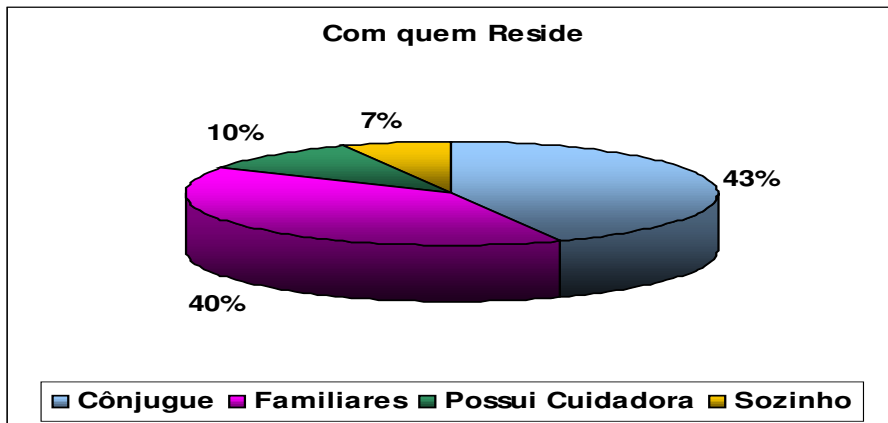


GRÁFICO 8: Com quem reside

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

Esta unidade de internação confirma também os dados apresentados pelos últimos censos do IBGE, onde muitos idosos residem com familiares e cônjuges, sendo importante desenvolver um trabalho no sentido de acolher também as famílias dos idosos internados.

Reconhecendo-se esta importância da família, usamos como direção os apontamentos de Teixeira (2000), que nos apresenta:

As mudanças que estão ocorrendo nas representações de família nas novas gerações estão exigindo formas alternativas de convívio familiar e conseqüentemente a reformulação de valores e de conceitos. A família brasileira do terceiro milênio está cada vez mais distanciada do modelo tradicional, no qual o idoso ocupava lugar de destaque. Estamos vivendo um importante período de transição e mudanças, no qual se faz necessário o entendimento das transformações sociais e culturais que vem se processando nas últimas décadas, para enfrentarmos o nosso próprio processo de envelhecimento dentro de expectativas condizentes com as novas formas de organização familiar. No entanto, qualquer que seja a estrutura na qual se organizará a família do futuro, há a necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos (Teixeira, Revista Virtual Partes, 2000, p.01).

Sendo que nesta fase em que se encontra o idoso, de acordo com a referida autora, este necessita sentir-se valorizado, de viver com dignidade, tranquilidade e de receber atenção e carinho de sua família.

Em relação ao local de procedência destes idosos, o gráfico demonstra:

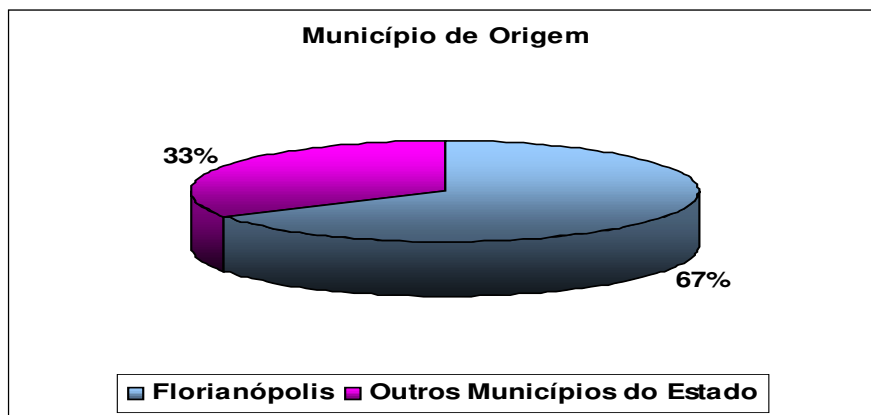


GRÁFICO 9: Município de origem

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

Este gráfico apresenta o princípio de atendimento universalizado do HU, inserido na realidade da Clínica Médica III, no sentido de possibilitar o acesso de idosos de outros municípios do Estado aos diversos serviços da instituição. Através do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, quando o município de origem não possuir condições físicas e nem equipe profissional adequada, o usuário tem o direito de ser

atendido em outro município, e de ter seu transporte fornecido pela Secretaria de Saúde de seu município.

Importa ainda aqui apontar que muitos municípios do Estado não possuem estrutura adequada para realizar determinados exames e procedimentos; o que acaba inflando a demanda de atendimento na instituição, onde os serviços centralizam-se somente no HU.

Os motivos mais frequentes da internação dos idosos são abordados na representação abaixo:

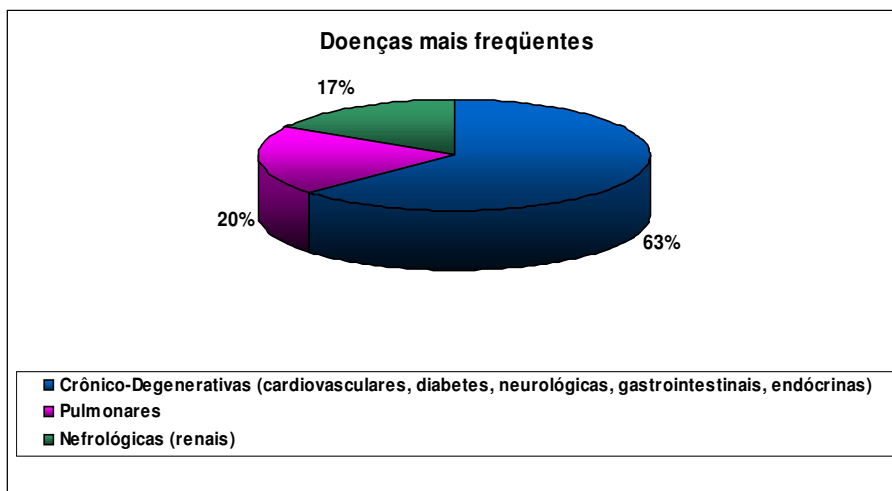


GRÁFICO 10: Doenças mais frequentes

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010

A grande incidência das enfermidades que acometem a maioria destes idosos destaca-se entre as doenças crônico-degenerativas (63%), posteriormente apresentando as doenças pulmonares (20%), seguido pelas doenças renais (17%).

Este quadro reflete a realidade brasileira, que apresenta como maior causa das internações entre os idosos as doenças crônico-degenerativas.

Os estudos de Camarano (2004) apontam que o idoso foi favorecido com diversos fatores sócio-econômicos que propiciaram o processo do envelhecimento, como nos apresenta:

Embora de forma desigual, os idosos de hoje foram beneficiados com a redução da mortalidade materna, da mortalidade na meia-idade e nas idades adultas e avançadas. São os grandes beneficiários das 'pontes de safena'. Sobreviveram às elevadas taxas de mortalidade por doenças infecto-contagiosas na primeira infância (Camarano, 2004, p.589).

Os censos do IBGE entre os anos de 1997 e 2000, apontam que os idosos procuraram o serviço de saúde em maior proporção do que as pessoas dos demais grupos etários. Em 1997, 39,9% deles procuraram atendimento médico. A procura por motivo de doença crônica foi mais elevada do que a observada em caso de doenças não-crônicas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) aborda a preocupação com as doenças que atingem este segmento da população:

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção (PNSPI, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, conforme aborda Alvarenga e Mendes (2003), a exemplo de iniciativas em outros países, prevê serviços alternativos à admissão hospitalar prolongada, dentre eles a atenção domiciliar, que visam diminuir os custos e o número de atendimentos hospitalares, bem como proporcionar humanização no atendimento sem descuidar do acompanhamento de idosos em condições de dependência prolongada.

A religião dos usuários idosos internados é identificada no gráfico:

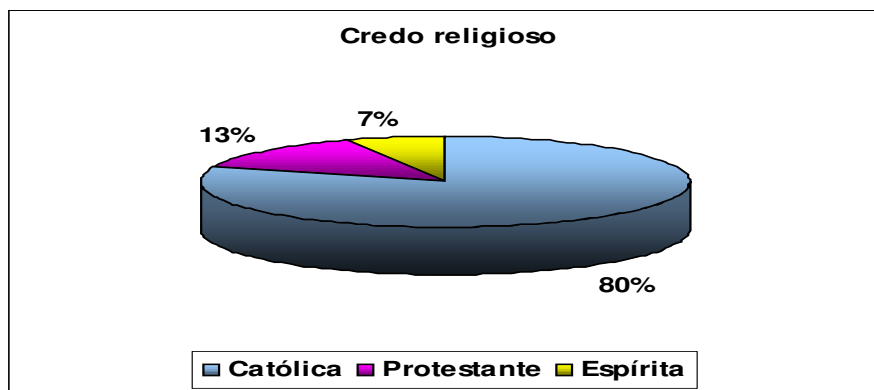


GRÁFICO 11: Credo religioso

Fonte: Elaboração Núbia R.K.Contessa – Florianópolis, 2010.

A religião¹³ predominante entre este segmento estudado é a católica (80%), seguida da protestante (13%) e 7% expressam serem espíritas. Apresentando com isto, que existe uma variedade de culturas e crenças, sendo que cada sujeito tem a liberdade de escolher a sua religião.

O Estatuto do Idoso vem afirmar, em seu capítulo 2º, sobre os direitos do idoso à liberdade, ao respeito e à dignidade de crença e culto religioso:

Art.10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II- opinião e expressão;

III – crença e culto religioso [...] (Estatuto do Idoso, 2004).

Tendo o idoso, por meio do Estatuto, a garantia de poder expressar suas diversas formas de crenças e culturas sem sofrer qualquer discriminação ou preconceito.

3.3. Considerações acerca das demandas apresentadas

O processo de envelhecimento da população brasileira reflete-se expressivamente na saúde deste contingente populacional, sendo alvo de constante preocupação por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, onde o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar de suas limitações, elas possam redescobrir possibilidades de conduzir sua própria vida, com a máxima qualidade. Esta premissa é expressa nas ações desenvolvidas com os idosos atendidos na instituição, fazendo emergir demandas para o Serviço Social voltadas ao reconhecimento dos direitos dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem e necessitam de cuidados, principalmente neste segmento da saúde.

¹³ A religião é abordada nas entrevistas objetivando um maior conhecimento da situação social dos usuários, pois o mesmo, dependendo de sua religião, pode optar em permitir ou não a realização de alguns

Essa mudança no perfil epidemiológico, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), ocasiona grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que se refere à implantação de novos modelos e procedimentos para o enfrentamento do problema, discorrendo ainda:

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas (PNSI, 1999).

Por meio das entrevistas realizadas durante o acolhimento com este segmento populacional, apontamos demandas que são verbalizadas pelas pessoas idosas, dentre elas a necessidade de obter informações previdenciárias, sobre como recorrer à aposentadoria, a idade para se aposentar, o tempo de contribuição; auxiliando os familiares também no que se refere ao idoso que é aposentado por invalidez e totalmente dependente de terceiros que possui o direito de receber 25% sobre o valor de seu benefício, onde é orientado em como proceder para solicitar este direito; sendo que muitos idosos dependem de seus familiares para poder encaminhar a aposentadoria e estes também necessitam de orientações quanto à contribuição.

Outra demanda que se efetiva entre estes usuários refere-se à falta de informações quanto ao procedimento sobre o receituário médico relacionado ao fornecimento de medicamentos quando este se encontra em condições de alta hospitalar, bem como sobre o serviço de oxigenioterapia domiciliar, que ocorre quando da alta do idoso, onde este possui condições de ser cuidado em seu lar, mas que necessita deste serviço; e os familiares não sabem que direção seguir, e necessitam de informações sobre o encaminhamento, que possui um formulário que deve ser preenchido pelo médico que o atendeu no hospital e posteriormente encaminhado no Posto de Saúde de seu bairro, ou diretamente na Secretaria de Saúde de seu município.

A falta de alguns medicamentos durante a internação e da necessidade de obter medicamentos de alto custo também é um fato preocupante entre os familiares

dos idosos internados, sendo importante a família estar em contato com o médico para que este, de acordo com a medicação, possa encaminhar o pedido de medicamentos excepcionais ou realizar o pedido à farmácia do SUS.

Temos como parâmetro o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, que garante a este segmento populacional o fornecimento gratuito de medicamentos, bem como a realização de procedimentos de alto custo:

Incumbe ao 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 (Estatuto do Idoso, 2003, art.15).

Outro aporte legal rege-se pela Lei Estadual de Santa Catarina nº 13.324/2005 (Anexo G), que dispõe sobre os Direitos dos Pacientes, é assegurado à estes o direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e saúde como consta no art.15.

Já no art.17 desta mesma Lei, é assegurado ao usuário internado:

O direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico e não em código), datilografadas ou em letras de forma ou com caligrafia perfeitamente legível e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional (Direitos do Paciente, 2005).

Geralmente os idosos internados encontram-se com acompanhantes, direito este garantido também pela Lei dos Direitos do Paciente, onde no seu art.26 afirma que o paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas como nas internações.

Sendo este acompanhante geralmente uma pessoa da família; que permanece em período integral, necessitando também de orientações, do fornecimento de refeições; sendo importante também o desenvolvimento de atividades para estes familiares, como o trabalho nos grupos de acolhimento.

Observa-se uma expressiva mudança na dinâmica interna da família que possui um idoso acamado, bem como a falta de experiência destes familiares relacionada aos cuidados deste idoso em sua residência; seguindo este pensamento, Karsch (2003) discorre a respeito da importância no cuidado com o idoso:

A perda de independência e, às vezes, até da autonomia de um membro da família pressupõe que, em casa, após a alta hospitalar, alguém assuma as funções de cuidador. Geralmente, é a pessoa que, por várias razões, é designada pela família para oferecer os cuidados necessários durante e depois do episódio mórbido, e acaba por chamar a si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o doente lesado não tem mais possibilidade (Karsch, 2003, p.105).

A família cuidadora assume importante papel para a recuperação do idoso doente, sendo analisada por Martins (2009), através de diversas formas que a própria família se organiza para o cuidado do idoso, e da preocupação em manter a família estruturada, onde apresenta:

A família, tanto quanto o doente crônico, precisa de apoio e proteção, precisa compartilhar também suas fragilidades, tanto de ordem prática quanto emocional, só assim poderá desempenhar seu papel de maneira adequada [...] É através da família que se consegue maior adesão do paciente ao tratamento; tendo o ambiente familiar uma rotina de auto-cuidado como algo natural, no surgimento de uma enfermidade, ela proporcionará o apoio familiar necessário, pois é a principal aliada na constituição de um processo de tratamento de saúde. (Martins, 2009, p.2821).

Uma questão preocupante relacionada à saúde do idoso é a sua capacidade funcional e sua autonomia, sem deixar de lado a questão da morbidade, mas concedendo atualmente grande importância, pois se relaciona diretamente com a qualidade de vida do idoso. Com o aumento da idade, cresce o número de idosos que dependem de seus familiares para a realização de tarefas da vida diária, como transferir-se da cama para o sofá, vestir-se, alimentar-se ou cuidar da própria higiene; sendo que são acometidos de doenças crônicas que ameaçam sua autonomia e sua independência. Estas enfermidades são caracterizadas pelas doenças cardiovasculares, diabetes, doenças neurológicas, gastrointestinais e endócrinas.

Outra demanda referente a este segmento populacional é a dificuldade deste em realizar a auto-administração de medicamentos; onde a maioria dos idosos que apresentam esta dificuldade, é portadora de doenças crônicas, que exigem o uso de medicamentos contínuos; e nesses casos, deixar de tomar os medicamentos pode representar uma pior evolução das doenças pré-existentes, aumentando a possibilidade de ocorrência de seqüelas ainda mais limitantes.

Enfocando o trabalho de atendimento ao idoso que deve ser desenvolvido em conjunto com as demais instituições e redes de atendimento à população envelhecida, observamos que estes contatos ainda são um tanto falhos, e não se desenvolvem de acordo com o que regulamentam as políticas existentes no Brasil para esta população.

Utilizamos neste momento as palavras de Silva (1997), que reflete sobre os serviços e programas sociais voltados à população idosa, sendo que os diversos profissionais envolvidos nestes serviços também possuem sua cota de responsabilidade para com este segmento populacional:

A cada um de nós cabe responsabilidades de cuidado, mas sem interpretar como intervencionismo puro e simples. Cuidado não é isto. Cuidado é permitir que o outro também faça, é oferecer condições para que o outro administre e utilize todo seu potencial de autonomia e independência. Quando conseguirmos chegar nesta forma de cuidar, com certeza os serviços estarão mais adequados aos velhos de hoje e a nós, que estaremos em um futuro próximo também da terceira idade (Silva, 1997, p.135).

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648/2006, é voltada para este trabalho em rede, sendo caracterizada por desenvolver um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.

Esta Política trabalha com a Atenção Básica onde é desenvolvida a Saúde da Família, juntamente com os princípios do SUS, tendo como foco a família e a comunidade, oferecendo ao idoso e à sua rede de suporte social uma atenção humanizada, com acompanhamento e apoio domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste Trabalho de Conclusão de Curso, procuramos identificar como ocorrem os procedimentos adotados pelo Sistema Único de Saúde, no contexto da instituição que possibilitou o estágio curricular nas ações direcionadas aos usuários idosos, compreendidas a partir dos conceitos voltados para o envelhecimento populacional, tendo como aporte os aparatos legais.

Foram correlacionados os elementos que fundamentam os aparatos legais, como o Plano Nacional de Saúde, que reforçam as determinantes expressas nas transições que caracterizam o processo de envelhecimento e que assinalamos sua convergência com a realidade apresentada no atendimento da Clínica Médica III à população envelhecida.

A maior longevidade do ser humano, conforme nos apresenta Paschoal e Berzins (2008), foi alcançada por meio do desenvolvimento socioeconômico e científico da humanidade. A cada ano cresce o número e a proporção de idosos em todos os países, ocorrendo no Brasil de forma mais expressiva. Chegar aos oitenta anos é uma possibilidade muito grande e cem anos tornou-se uma idade atingível.

Embora a Constituição Federal (1988), a Política Nacional do Idoso (1994) e a Política Nacional de Saúde (1999) e suas portarias apontem para a responsabilização da família a obrigação inicial de assegurar às necessidades da pessoa idosa, não encontramos até agora esboços de um sistema de apoio aos familiares que mantém os cuidados desse segmento, em instâncias formais e informais. O sistema de saúde público não está organizado e preparado para o atendimento das demandas que decorrem do envelhecimento do usuário idoso, como também de relacionar-se com os cuidadores.

Corroborando com essa reflexão, Domingues e Derntl (2008) afirmam que o envelhecimento demanda um olhar atento às especificidades desta população idosa por parte do poder público, da família e da sociedade, sendo que o processo do envelhecimento necessita a inclusão de diversas estratégias, ações e serviços que respondam às necessidades de atenção, proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas.

Não podemos reduzir a saúde do idoso apenas no controle de suas doenças, diante disto, abordamos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), na qual discorre sobre o conceito ampliado de saúde voltado a esse segmento:

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002, citado PNSPI, 2006, p.06).

Na área da saúde e da previdência social, são expressas questões importantes que se inserem no processo do envelhecimento da população, refletindo-se também nas demandas apresentadas pelos idosos atendidos na instituição.

No contexto do envelhecimento populacional, inúmeros fatores se inter-relacionam. Entre eles, os de maior relevância são aqueles ligados à previdência social e à saúde, os quais constituem desafios para o Estado, setores produtivos e famílias. Ressalta-se que a aposentadoria, apesar de ter como suposição a garantia de direitos e de inclusão social do idoso na sociedade democrática brasileira; seus valores, do ponto de vista econômico, não concedem o atendimento satisfatório das suas necessidades de sobrevivência, especialmente dos idosos mais carentes que apresentam um envelhecimento com diversas incapacidades associadas, solicitando, portanto, maior demanda de recursos tanto de seu sistema de apoio formal onde se insere o Estado e a sociedade civil, como do informal, representado pela família.

O profissional de Serviço Social trabalha diretamente no atendimento destas demandas, através de ações voltadas para a defesa e garantia dos direitos dos idosos; instruindo e orientando estes usuários na busca da efetivação das leis existentes, voltadas para este segmento, para que estas possam auxiliar o idoso a envelhecer com um mínimo de qualidade de vida, merecendo uma atenção especial.

Ressaltamos a importância da Instituição em pautar seus atendimentos nas demandas dos usuários, bem como consolidar os procedimentos previstos pelas Políticas de Saúde voltadas ao idoso, introduzindo condutas mais apropriadas às necessidades dessa população.

Neste contexto, utilizamos como aporte teórico a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), cuja finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e

a independência dos indivíduos idosos, direcionado a todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade; direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, juntamente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

É necessário pensar também para além da redução das taxas de mortalidade no país, preocupando-se em melhorar a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida dos idosos; efetivando políticas de prevenção e de manutenção da saúde deste segmento da população; onde a saúde é apontada como um dos principais fatores que contribuem para o idoso gozar de uma vida plena e satisfatória na velhice.

Vivemos um importante período de mudanças, onde se faz necessário a compreensão das transformações sociais e culturais que se processam nestas últimas décadas, para que nosso próprio processo de envelhecimento seja enfrentado, inserido nas expectativas relacionadas com as novas formas de organização das famílias. Entretanto, qualquer que seja a estrutura das famílias contemporâneas, existe a necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre seus componentes e os idosos.

O cuidado à pessoa idosa compreende diversos sujeitos: idoso, família e cuidadores, comunidade e equipes de atenção à saúde, que devem atuar de forma inter-relacionada buscando responder às demandas elencadas por esse segmento, identificadas por meio das relações estabelecidas por essas redes. Destacamos ainda a importância de criar espaços de discussão da própria equipe, e outros espaços que possam ser incluídos outros sujeitos envolvidos na rede de atenção.

Fica evidenciada pelos argumentos trazidos no desenrolar dessa monografia, a importância de que o trabalho na Instituição de saúde deve ser pautado nas diretrizes e princípios das políticas de saúde existentes para o segmento de idosos, buscando repensar sua estrutura e ações para atender as demandas do envelhecimento. Destacamos também que a atuação profissional deve estar abalizada e compreendida pelo desafio de colocar como objeto de suas investigações o envelhecimento.

Reitera-se, portanto, a necessidade de colocar esse tema monográfico como foco de discussões e reflexões para a formação profissional do Assistente Social no sentido da sua apropriação e do seu aprofundamento.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.R.M.; MENDES, M.M.R. **O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.11 nº 03, Ribeirão Preto-SP, 2003.

AROUCA, A.S.S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

AGUSTINI, F.C. **Introdução do Direito do Idoso**. Fundação Boiteux, Florianópolis, 198p., 2003.

ALMEIDA E.S., CHIORO A., ZIONI F. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. In: WESTPHAL MF, ALMEIDA ES, organizadores. Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/ Municipalização do SUS. São Paulo: Edusp, 2001.

BEHRING, E.R. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In: Serviço Social:Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1998**.

_____. Lei 8.662/93, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso**; D.O.U de 03 de outubro de 2003.

_____. **II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso; Brasília, DF, outubro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº2.528. Brasília-DF, de 19 de outubro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde/PNS, 2008/2009-2011**. Secretaria Executiva, Sub-secretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília-DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999.

_____. **Sistema Único de Saúde – SUS: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Política Estadual do Idoso**. Lei Estadual nº11.436 de 07 de junho de 2000: Governo do Estado de Santa Catarina, 2000.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Brasília-DF.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições da saúde, ações e serviços e dá outras providências**. Brasília-DF, 1990.

BRAVO, M.I. **A política de saúde no Brasil: trajetória e história**. In. Capacitação para Conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERTXT-NAPE, 2001.

BRAVO, M.I.; MATOS, M.C. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In BRAVO , M.I. (et al) (org). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p.25.47.

BRAZ, M., TEIXEIRA, J.B. **O Projeto Ético-político do Serviço Social**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília, novembro, 2008.

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e desafios para a economia e a sociedade**. CEDEPLAR/FACE UFMG, Belo Horizonte, Setembro, 2007.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília-DF, 1ª ed., 2007.

CAETANO, M.M.J.V. **Estudo sobre um Programa de Envelhecimento Saudável no Rio de Janeiro.** Grupo de Convivência e Promoção da Saúde. RJ, 2006.

CAMARANO, Ana A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Textos para discussão nº 858. RJ, 2002.

_____. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX.** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

_____. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho.** IPEA, 2001.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, Nov./2009.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do séc.XXI: problemas, projeções e alternativas.** UFMG, Belo Horizonte-MG,. Rev.Saúde Pública vol.31 nº2, São Paulo, Abril, 1997.

CFESS. **CÓDIGO de Ética Profissional do Assistente Social.** Resolução CFESS nº 272, de 13 de março de 1993.

CHUPEL, C.P. **O Acolhimento em Saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio de integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais.** TCC, Florianópolis, UFSC/CSE, 2005.

COSTA, M.F.L.; VERAS, R. **Saúde Pública e envelhecimento.** Cadernos de Saúde Pública, vol.19, nº3, RJ, Junho, 2003.

CRESS. **A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.** Caderno de Texto nº 07, Florianópolis, 2007.

DUARTE, Y.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. **Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil.** Revista Panam Salud Publica, 2005.

FELICIANO, A.B., MORAES, S.A. **Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos-SP.** Rev.Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.7, nº3, p.41-47, Julho, 1999.

FERNANDES, M.G.M; SANTOS, S.R.dos. **Políticas Públicas e Direitos do Idoso: Desafios da agenda social do Brasil contemporâneo.** Revista Ciência Política, 2007.

GOLDANI, A.M. **Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção.** Revista Brasileira de Estudos de População, v.19, nº 1, 2002.

GONÇALVES, R.C. **Envelhecimento: Implicações para a proteção social em Santa Catarina.** Tema: Envelhecimento. UFSC, 2010.

GUIMARÃES, G.D. **Aspectos da Teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva.** Edipucrs, Porto Alegre, 2002.

HADDAD, E.G.M. **O direito à velhice: os aposentados e a Previdência Social.** São Paulo: Cortez, 1993.

HOSPITAL Universitário Ernani Polydoro de São Thiago. **Plano de Atuação do Serviço Social do Hospital Universitário,** 2008.

KARSCH, U.M. **Cuidadores familiares de idosos: parceiros de equipe de saúde.** São Paulo: Cortez, ano XXV, nº 75/2003.

KALACHE, A. **Envelhecimento Populacional no Brasil: Uma realidade nova.** Cadernos de Saúde Pública. R.J., 3(3):217-22-, JUI/Set, 1987.

MARTINS, I.M.M. **Família cuidadora: a (re)organização familiar frente ao adoecimento.** X Salão de Iniciação Co-científica, PUC-RS, 2009.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** In: MOTA, A.E.et al (org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo:OPA/OMS//MS, Cortez, 2006.

MIOTO, R.C.T. **Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Brasília-DF, 2009, p.497-509.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Lei Estadual nº 13.324, de 20 de janeiro de 2005. **Cartilha dos Direitos do Paciente.** Florianópolis-SC, 2005.

MOTTA, L.B da. **Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica.** Textos de Envelhecimento v.3 nº 6, Rio de Janeiro, 2001

MORAGAS, R.M. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida.** São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREIRA, M.M. **O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência**, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

PEREIRA, P.A.P. **Formação em Serviço Social, política social e o fenômeno do envelhecimento**. Seminário Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, Ministério da Educação. Brasília, 2005.

PEREIRA, D.E.C.P. **Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção).UFSC, Florianópolis, 2002.

SARMENTO, H.B.M. **Repensando os instrumentos em Serviço Social**. In: STOKINGER, S.da C (org). Textos de Teoria e Prática de Serviço Social. V.I.Belém, Ed.Amazônia/UFPA, 2005.

_____. **Instrumentos e Técnicas: elementos para uma rediscussão**. São Paulo:PUC, 1994 (Tese de Mestrado).

SILVA, G.K. **Cuidadores e familiares de idosos dependentes: uma reflexão sobre suas necessidades e os desafios frente às Políticas Sociais**. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, UFSC/CSE, 2007.

SILVA, Y.F. **A Enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso**. A Enfermagem e o envelhecer humano. Texto & Contexto Enfermagem; Volume 6, nº 02, UFSC; Mai-Ago/1997.

TEIXEIRA, F. **O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda**. Revista Partes, Terceira Idade; Ano I, nº 8, novembro de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Hospital Universitário**. Página Inicial Histórico. Disponível em <http://www.hu.ufsc.br>.

VIEIRA, G.de B. **O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC, Florianópolis, 2007.

WRUBLEVSKI, M.D.M; PEIXE, B.C.S. **Políticas Públicas: Um desafio na implementação da rede de proteção e defesa da pessoa idosa no estado do Paraná.** SETP/UFPR. Anais do I Seminário de Políticas Públicas no Paraná: Escola de Governo e Universidades Estaduais, 2008.

SITES CONSULTADOS

<http://www.scielosp.org/scielo.phd?pid=S0034>, acessado em 20/03/2010.

<https://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>, acessado em 27/03/2010.

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf,
acessado em 28/03/2010.

<http://www.ibge.gov.br>, acessado em 28/03/2010.

<http://albertoogata.blogspot.com/2009/12/ibge-lanca-nova-tabela-de-esperanca-de.html>, acessado em 28/03/2010.

<http://www.acessepiaui.com.br/brasil/esperanca-de-vida-ainda-baixa-no-brasil-que-envelhece/4533.html>, acessado em 28/03/2010.

<http://www.fundaj.gov.br/geral/textos%20online/populacional/feminizacao.pdf>,
acessado em 30/03/2010.

<http://www.scielosp.org/scielo.phd>, acessado em 06/04/2010.

<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1910.htm>, acessado em 26/04/2010.

<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>, acessado em 28/04/2010.

http://www.partes.com.br/terceira_idade08.html, acessado em 30/05/2010.

<http://www.ibge.gov.br>, acessado em 04/06/2010.

APÊNDICE A – Termo de Autorização

Florianópolis, 04 de Maio de 2010.

À Assistente Social Maria Aparecida Ferreira Fagundes
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC
Clínica Médica III

Sr^a Assistente Social,

Venho por meio desta, oficializar meu pedido para proceder a análise da documentação elaborada no decorrer do meu estágio realizado nesta Instituição. Esta documentação consiste nas diversas entrevistas elaboradas durante os anos de 2009 e 2010, com os pacientes idosos e seus acompanhantes, internados na Clínica Médica III, para subsidiar e embasamento empírico do Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social.

O objetivo do trabalho acadêmico é sistematizar os dados obtidos nas entrevistas realizadas e as demandas apresentadas. Com direção da professora orientadora, traçaremos meios de trabalho para atingirmos nosso objetivo. Diante disto, venho solicitar a autorização para que possa proceder o estudo e análise dos dados coletados. Esclarecendo que este trabalho manterá em sigilo o nome de todos os envolvidos, tanto os pacientes idosos internados, seus familiares e também de seus acompanhantes; além de qualquer dado ou informação que possa vir a identificá-los. Comprometo-me também a entregar uma cópia de meu Trabalho de Conclusão de Curso para o Serviço Social da Clínica Médica III, local onde realizei meu estágio.

Desde já, agradeço a sua colaboração

Núbia Raquel Kommers Contessa
Matrícula nº 06216032
Acadêmica do curso de Serviço Social

Rita de Cássia Gonçalves
CRESS/SC nº 204
Prof^a do DSS, Orientadora do TCC

APÊNDICE B – Cartilha informativa aos pacientes e acompanhantes