

**SAÚDE DO IDOSO NO HOSPITAL REGIONAL DR. TARCÍSIO DE
VASCONCELOS MAIA: reflexões acerca dos direitos na área da saúde¹**

**Daniele de Oliveira Silva²
Giovanna Alves de Aguiar³
Sheyla Paiva Pedrosa Brandão⁴**

RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir os direitos dos idosos na área da saúde, tendo como base a intervenção realizada no Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), lócus do estágio supervisionado, junto aos idosos e seus acompanhantes. O exposto mostra que as políticas e legislações relacionadas à saúde da população idosa estão em constante construção e reformulação. Há uma preocupação com a manutenção da capacidade funcional e reabilitação do idoso a fim de que essa população tenha um envelhecimento digno. O tema foi escolhido mediante observação das problemáticas vivenciadas durante o estágio supervisionado I e II, tendo sido escolhida para ser abordada a dificuldade de viabilizar os direitos do idoso no ambiente hospitalar. Assim, para a concretização deste trabalho, elegeu-se uma abordagem dialética, pesquisa do tipo exploratória, bibliográfica, documental e virtual. Realizando-se ainda a observação da realidade na mesma. A caracterização dos resultados obtidos se deu de maneira qualitativa. Desta forma, conclui-se que, apesar das conquistas e possibilidades contidas nas políticas de atenção a saúde do idoso, ainda há limites e retraimentos à real efetivação dessas normas legais, confirmando a necessidade de outros momentos de intervenção como o realizado, tendo sido este importante para sociabilização das informações sobre o direito do idoso na saúde, considerando o elevado número de usuários dessa categoria geracional que utilizam os serviços do HRTM. Entende-se que os objetivos foram atingidos, na medida em que idosos e seus acompanhantes foram orientados sobre seus direitos.

¹ Artigo apresentado à Universidade Potiguar, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, em 2019.

² Graduanda em Serviço Social pela Universidade Potiguar. E-mail: danielecgrn@hotmail.com

³ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Potiguar. E-mail: giovannaaguiar69@gmail.com

⁴ Professora-Orientadora. Doutora em Ciências Sociais - UFRN. Docente na Universidade Potiguar – E-mail: sheylapedrosa@unp.br.

Palavras-chave: Idoso. Políticas Públicas de Saúde. Direitos do Idoso.

1 INTRODUÇÃO

O tema aqui abordado se refere a saúde do idoso e seus direitos nesta área. De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2017, mostra que a expectativa de vida do brasileiro chegou a 76 anos. Um salto de 22 anos em relação ao registrado na década de 1960, por exemplo, quando a média chegava a 54 anos. Dessa forma, podemos perceber que as pessoas cada vez mais chegam a velhice, sendo que esse é um momento onde muitas mudanças ocorrem, como: alterações na saúde física e mental que na maioria das vezes acabam delimitando as atividades que o idoso pode realizar, o afastamento de familiares e a exclusão do mercado de trabalho (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Além de todas as mudanças trazidas pela velhice que comprometem o estado de bem-estar e de saúde do idoso, destaca-se que, o Estado viola os seus direitos através do descumprimento de seu papel de executor e responsável pela garantia das políticas, fomentando assim a desigualdade no cotidiano dos idosos. (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Não diferente disso, percebeu-se a partir da experiência vivenciada no estágio supervisionado, que dentro do Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) que está localizado na cidade de Mossoró, os direitos da pessoa idosa eram diariamente violados em aspectos físico, moral, social e psicológico o que consequentemente compromete o processo de recuperação do idoso.

Tendo em vista o alto índice dos fatos acima citados, daí a necessidade de se trabalhar a questão dos direitos da pessoa idosa dentro do hospital, levando informação para os mesmos e para seus acompanhantes, com a intenção de melhorar a assistência prestada ao idoso dentro do hospital, o que seria de extrema importância. Essa realidade gerou um projeto de intervenção que tem o seu desfecho apresentado neste artigo.

Desta forma, o presente artigo tem como objetivo geral discutir os direitos da pessoa idosa na área da saúde a partir da experiência vivenciada no HRTM. Se objetiva ainda de forma específica em refletir sobre a saúde do idoso na legislação

brasileira, bem como analisar o direito a saúde do idoso no HRTM e ainda relatar a experiência da intervenção na qual teve como foco o direito da saúde no HRTM.

No tocante a metodologia deste trabalho utilizou-se de pesquisa exploratória que objetiva proporcionar maior familiaridade com a problemática. A pesquisa bibliográfica visa então analisar as principais teorias de um tema, e pode ser realizada com diferentes finalidades e virtual (livros, revistas, jornais, rede eletrônica, legislações) (GIL, 2008).

Algumas partes foram desenvolvidas com base no projeto de intervenção que foi elaborado no semestre anterior para que fosse possível colocá-lo em prática, como também de acordo com a intervenção realizada no HRTM pelas alunas do 7º período do curso de Serviço Social da Universidade Potiguar – UNP, da cidade de Mossoró-RN. O método de abordagem utilizado foi o dialético, que segundo Gil (2008, p. 14), “fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente”. A caracterização dos resultados se dá de maneira qualitativa, pois considera que existe uma relação entre o mundo e o sujeito que não pode ser traduzida em número (GIL, 2008).

O artigo está organizado em: tópico 2, que seguido desta introdução, mostra a construção das políticas e a criação de leis voltadas à defesa dos direitos da pessoa idosa na área da saúde no Brasil. O tópico 3, apresenta uma breve caracterização do espaço de intervenção e uma contextualização sobre os direitos do idoso na no HRTM, apreendendo a problemática encontrada nesse espaço e discutindo sobre ela. O tópico 4 relata como se deu a escolha do objeto de intervenção, o planejamento da ação e a execução da intervenção realizada. E por fim será exposto no tópico 5 a conclusão, sintetizando as ideias centrais que foram abstraídas deste trabalho.

2 SAÚDE DO IDOSO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil as políticas públicas na área da saúde para população idosa têm uma história recente, visto que as primeiras ações nesse sentido surgiram no ano de 1994. Até essa data, o que existiram foram apenas decretos e leis como a Lei nº 6.179/1974 da Renda Mensal Vitalícia, através do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e

Assistência Social (SINPAS), (Lei nº 6.439) para unificar a assistência previdenciária (PRESTES; BATISTA; CONCEIÇÃO, 2017).

No ano de 1982 foi realizada a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Viena, que traçou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento. Esse Plano de Ação almejou sensibilizar os governos e sociedades do mundo todo para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa (LEÃO, 2015).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que destacou no texto constitucional a referência ao idoso. Essa foi, de fato, a primeira vez em que uma constituição brasileira assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania. Que competem a família, a sociedade e o Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida (BRASIL, 1988).

Em 1990 é assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei nº 8.080, a integral atenção à pessoa idosa, que garante acesso universal e igualitário ao idoso para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, competindo ao idoso o fornecimento do medicamento, especialmente os de uso continuado (LEÃO, 2015).

No ano de 1993 - Foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) Lei 8.742/93 (LIMA et al., 2009).

Seguindo essa linha do tempo, em 1994 foi aprovada a Lei nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6, e cria o Conselho Nacional do Idoso. Essa Lei tem por finalidade assegurar “direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania” (BRASIL, 1994, n.p). Estipula o limite de 60 anos ou mais, de idade, para uma pessoa ser considerada idosa. Como parte das estratégias e diretrizes dessa política, destaca-se a “descentralização de suas ações envolvendo estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais” (BRASIL, 1994, n.p).

A Lei em discussão rege-se por princípios, tais como “assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, com a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida” (BRASIL, 1994, n.p).

Posteriormente para reafirmar os direitos do idoso foi aprovado o Estatuto do Idoso, elaborado para fortalecer a PNI, que será discutido no tópico a seguir, com ênfase ao que diz respeito a saúde.

2.1 A SAÚDE NO ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso foi sancionado em outubro de 2003, por meio da Lei Nº 1.074, entrando em vigor em 1º de janeiro de 2004. Tem como objetivo principal regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões (BRASIL, 2003).

Vale salientar que a discussão deste Estatuto iniciou-se com o Projeto de lei nº 3.561 de 1997, de iniciativa do movimento de aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos aposentados e Pensionistas (COBAP). Em 2000 e 2001 voltou a discutir-se sobre a temática em Seminários Nacionais (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

A essência do estatuto está nas normas gerais que dispõem sobre a “proteção integral” aos idosos. Afirmando que estes possuem todos os direitos inerentes à pessoa humana no artigo 2º e que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social no artigo 8º. Os principais direitos estabelecidos são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto (BRASIL, 2003).

Referindo-se ao que já fora estabelecido pela Política Nacional do Idoso de 1994, o estatuto define como idosa a população de 60 anos ou mais.

O Artigo 9º do referido estatuto afirma que: “É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003, n.p).

O Artigo 15º estabelece que o idoso tem direito à atenção integral à saúde, por intermédio do SUS:

Garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, n.p).

Sendo assim Keinert e Rosa (2009) identificam a saúde como direito prioritário da pessoa idosa por três motivos:

Em primeiro lugar, pela frequência e pela rapidez em que, na terceira idade, a saúde se esvai; tornando o idoso mais suscetível aos agravos psicofísicos e ao alijamento social que colocam em xeque a vida saudável, sem a qual não há uma existência envolta pela dignidade. Em segundo lugar, pelo fato de o direito a saúde – aliado aos direitos a previdência ou a assistência e a moradia, todos de índole fundamental social – funcionar como pressuposto para que se exercitem outros direitos dos idosos, tanto individuais, quanto sociais. Em terceiro lugar, pela necessidade de se conferir as pessoas idosas prioridade no acesso a saúde em face de direitos concorrentes da mesma estirpe de pessoas de outras faixas etárias, em virtude da menor capacidade de resistência do idoso para aguardar o tratamento de saúde (KEINERT; ROSA, 2009, p.3).

Já no artigo 16º fica estabelecido que, o idoso tem direito ao acompanhante: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito ao acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico” (BRASIL, 2003, n.p).

O artigo 18º aborda a problemática do atendimento adequado ao idoso no ambiente hospitalar:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003, n.p).

De acordo com o artigo 19º, os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos:

Serão objetos de notificação compulsória pelos serviços públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: I - autoridade policial; II - Ministério Público; III - Conselho Municipal do Idoso; IV - Conselho Estadual do Idoso; V - Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2003, n.p).

Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

No tópico seguinte apresenta-se uma discursão sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Ainda são muitas as questões que acompanham o envelhecimento da população. Desse modo, em outubro de 2006 através da portaria nº 2.528, o Ministro da Saúde revoga a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e, com base no Estatuto do Idoso, que fortalece ações para garantir à pessoa idosa proteção à vida e à saúde, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual assume que o principal problema que pode afetá-lo em consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de suas habilidades físicas e mentais necessárias à realização de suas atividades básicas e instrumentais diárias (LIMA et al., 2009).

Por isso é necessário expor a importância do envelhecimento ativo para que os idosos tenham uma expectativa de vida saudável:

O Envelhecimento Ativo caracteriza-se pelo processo de otimização das oportunidades de saúde, segurança e participação, direcionados para indivíduos ou grupos populacionais. A palavra ativo se remete à participação contínua nas questões econômicas, culturais, civis, sociais e espirituais, reconhecendo-se os idosos como sujeito de direitos (OMS, 2005, p. 13).

Nessa perspectiva a PNSPI tem por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim” (BRASIL, 2006a, n.p).

A política reconhece que existem desafios a enfrentar: carência de estruturas de cuidado intermediário entre a alta hospitalar e a ida para casa, o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar, e a insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento no processo de envelhecimento e do idoso (BRASIL, 2006a, n.p).

Ao considerar os desafios citados acima a PNSPI propõe nove diretrizes a fim de promover atenção integral e integrada conjuntamente com a promoção do envelhecimento ativo e saudável:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa (BRASIL, 2006a, n.p).

É possível identificar que a PNSPI, assim como o SUS, preza pela promoção e pela recuperação em saúde. Para Leão (2015) a promoção faz referência ao direito a condições de vida digna, atividade física, educação, paz, lazer, alimentação, cultura, arte, ambiente saudável, boas condições de moradia, entre outros, já a recuperação em saúde é propiciada por meio da formação de equipe qualificada para diagnóstico precoce, tratamento e limitações da lesão.

Permite-se pensar que a proposta da PNSPI supõe atuar sobre as “causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida. A partir destes preceitos, podemos dizer que a Política preocupa-se também com a integralidade do sujeito idoso, assegurada pelo SUS (CARDOSO et al., 2015).

Com vistas ao atendimento humanizado e qualificado, a PNSPI propõe um atendimento integral, intersetorial e interdisciplinar. A Política em questão posiciona o olhar do Estado e da sociedade sob as diferentes formas de ser idoso e de habitar esta etapa da vida. A velhice no Brasil é múltipla e a integralidade possibilita que os modos de promover saúde nas diferentes regiões do Brasil aconteçam de forma peculiar, respeitando as características de cada região e de cada sujeito idoso (BRASIL, 2006a).

A PNSPI refere, enquanto fragilidade, o idoso que apresenta algum tipo de dependência, sendo ela física, psíquica ou cognitiva e, portanto, está vulnerável e, de certa forma, dependente (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, considera três categorias de pessoas idosas:

O idoso independente, aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária; 2) os indivíduos idosos com potencial para desenvolver fragilidade, que são independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e merecem atenção específica pelas equipes de saúde com acompanhamento mais frequente; 3) os idosos frágeis ou em situação de fragilidade, que são os que vivem acamados, estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros. Estes se encontram com pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem em situação de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece como frágeis os idosos com 75 anos ou mais, sendo que outros critérios poderão ser acrescidos de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006a, n.p).

Atualmente atenta-se para idosos com fragilidades e limitações que requerem acompanhamento, pois se vive em uma época em que a presença contínua de adultos saudáveis ao lado desses idosos não é garantida. A qualidade de cuidados decai quando um idoso com restrições de funcionalidade passa períodos de tempos extensos sem acompanhamento, caracterizando situações de negligência, ou mesmo de abandono, que se enquadram na área de violência familiar (PEREIRA; OLIVEIRA; WERNER, 2015).

Em virtude da alta prevalência de internações de idosos em situação de vulnerabilidade clínica e social, é essencial qualificar o acolhimento na Rede Hospitalar e na urgência e emergência, investindo na acessibilidade e em ações de autocuidado, promoção da independência funcional e autonomia, segurança do paciente além do apoio a cuidadores e familiares (PRESTES; BATISTA; CONCEIÇÃO, 2017).

Considerando a diversidade da população idosa e de suas necessidades, é necessário que se tenha conhecimento da PNSPI, contribuindo para uma atenção integral para essa população.

3 CONHECER PARA EFETIVAR: O DIREITO A SAÚDE DO IDOSO NO HRTM

3.1 CONHECENDO O ESPAÇO DE INTERVENÇÃO

O Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia é um hospital geral de grande porte, que referencia toda a região Oeste do Estado, tendo como função o

atendimento de Urgência e Emergência pelo Sistema Único de Saúde. O mesmo está localizado na cidade de Mossoró/RN, Rua Projetada, S/N, Bairro Aeroporto. Segundo informações documentais do hospital, foi inaugurado no dia 10 de maio de 1986, passando a funcionar em agosto de 1986, entregue a Mossoró e municípios vizinhos, sendo referência em todo o estado e o segundo maior hospital de grande porte do Rio Grande Do Norte (SESAP, 2017).

Na inauguração, o hospital contava com 30 leitos de clínica médica, 30 leitos de clínica cirúrgica, 29 leitos na pediatria, 6 leitos de Unidade de Pacientes Infectados (UPI) e 9 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Inicialmente, o HRTM atendia as áreas de obstetrícia, com uma maternidade bem equipada, clínica médica, pediatria, cirurgia, unidade de terapia intensiva e unidade coronariana. Para iniciar as atividades foram contratados 500 servidores, esses receberam treinamento na capital do Estado para prestar serviços nas áreas de enfermagem, nutrição, laboratório, entre outras (SESAP, 2017).

Na perspectiva de estruturar uma rede de serviços de cuidados integrais às urgências, a Portaria 1600/2011 (BRASIL, 2011) estabelece como componentes dessa rede: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar.

A Portaria 2048/2002, (BRASIL, 2011) que institui o regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência, prevê a classificação das unidades de atendimento em urgência e emergência em dois tipos: As unidades Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência ao primeiro nível de assistência da média complexidade. As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência Tipo II são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência de média complexidade de terceiro nível e à alta complexidade. É no tipo II que o HRTM se enquadra.

O HRTM funciona 24 horas por dia, com atendimento destinado a urgência e emergência, além de atender a toda região oeste potiguar, também atende a municípios e estados vizinhos como a Paraíba e o Ceará.

Atualmente, o hospital conta com 134 leitos destinados a internação e a observação no Pronto Socorro (PS), sendo esses distribuídos entre adultos, idosos e crianças. Para tanto o HRTM é uma instituição pública sem fins lucrativos, de suma importância coletiva para a sociedade (SESAP, 2017).

Conforme o documento que contém o histórico do HRTM, Sesap (2017), o Hospital tem como objetivo a missão de promover a saúde por meio do diagnóstico, tratamento e reabilitação, oferecendo à sociedade o acesso a serviços de saúde humanizados, com qualidade e resolutividade. Tendo como visão, ser uma instituição reconhecida pela sociedade, parceiros e gestores públicos como um serviço ético, resolutivo e humanizado no cuidado com a saúde. Princípios e valores do hospital:

- Busca pela qualidade constante nos serviços prestados;
- Busca do bem-estar social da comunidade;
- Ética no atendimento;
- Humanização na assistência com acolhimento e respeito às pessoas;
- Integração Institucional em bom clima organizacional entre equipes administrativas, técnicas, clínicas e prestadores de serviços;
- Responsabilidade Social e Ambiental;
- Aprendizado e desenvolvimento dos profissionais através do incentivo a qualificação.

O HRTM conta com um quadro de 836 servidores (dados de abril/2017), atendendo urgências e emergências nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, infectologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, buco-maxilo, urologia, otorrino, cardiologia, neurologia, neurocirurgia, psiquiatria e radiologia. Além de assistência pela equipe de enfermagem, Serviço Social, nutrição e diética, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e saúde ocupacional (SESAP, 2017).

No que diz respeito aos recursos físicos da unidade dispõe de equipamentos para atender a demanda á ela atribuída tais como, maca para movimentar o usuário assim como acomodá-los nos quartos de unidade de internamento e também pronto socorro, aparelhos de Raio-X, Tomografia, Aspiradores, Material para intubação Oro e/ou Endotraqueal, compõe de um Centro Cirúrgico habilitado á realizar cirurgias de

médio porte, tais como cirurgias Ortopédicas, de Crânio, bem como procedimentos eletivos em que o paciente aguarda internado. Dispõem de uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) com 9 leitos, esses tendo respirador mecânico, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, desfibrilador mecânico, além do Pronto Socorro o hospital dispõe de outra recepção, para acolher acompanhantes e visitantes, minimizando assim o fluxo de pessoas pelo Pronto Socorro (SESAP, 2017).

Sendo assim, o próximo tópico trará uma discursão sobre a problemática observada no espaço de estágio que foi acima caracterizado.

3.2 PROBLEMATIZANDO A TEMÁTICA

De acordo com a problemática observada no HRTM, percebeu-se a necessidade de se trabalhar a questão dos direitos da pessoa idosa na área da saúde, informando os mesmos e seus acompanhantes.

Para Keinert e Rosa (2009) é fundamental que os idosos sejam sujeitos conhecedores dos seus direitos:

Em primeiro lugar, porque são seres humanos – e, por isso, dignos de respeito; em segundo lugar, em função das suas necessidades peculiares decorrentes da idade; por fim, porque são pessoas que muito contribuíram, e ainda podem contribuir, para a construção de uma sociedade justa e solidária. A partir disso, deve-se difundir a todos, inclusive aos próprios idosos – os direitos e garantias a eles conferidos para que possam, então, exigir seu cumprimento utilizando todos os meios possíveis. Por o direito à vida só é efetivado se houver dignidade (KEINERT; ROSA, 2009, p.4).

Embora o art. 196 da CF/88 defina a saúde como direito de todos e dever do Estado, essa determinação confronta com a realidade, pois “a saúde pública está sucateada e os planos privados de saúde, que exigem preços diferenciados, inviabilizam, muitas vezes, a inclusão do idoso, sobretudo, o carente” (SOUZA et al., 2013, p.5).

O que se percebe, seja pelo descaso das famílias, desconhecimento da complexidade que envolve seu diagnóstico; seja por problemas financeiros, ou por não ter vontade de buscar orientações e acompanhamento, vê-se, por um lado, a população idosa carente com saúde precária; e, por outro, as autoridades governamentais, com o alto custo com procedimentos de alta complexidade,

internações, reinternações frequentes e atendimentos em prontos-socorros (LIMA et al., 2009).

A atenção integral compreende a prevenção e a manutenção da saúde do idoso. Incumbem 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 (BRASIL, 2006a).

Para Cardoso et al. (2015), nenhum idoso pode ser objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, ou, de atentado a seus direitos, por ação ou omissão, conforme estabelece o Estatuto do Idoso.

Existem, atualmente, no Brasil, seja, em virtude da grande pobreza e da falta de acesso das pessoas à saúde pública, por inúmeras razões, dentre outras, as dificuldades de acesso, o desconhecimento, o analfabetismo e a desigualdade de distribuição de renda (CARDOSO et al., 2015).

Outros estudos, como de Souza et al. (2013), reforçam a necessidade de maior adequação dos profissionais e serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas de atenção adequada aos idosos. Ressaltando-se a importância de preparar-se qualitativa e quantitativamente para os próximos perfis demográficos e epidemiológicos da população.

Os problemas estruturais evidenciam-se pela “falta de materiais, de equipamentos de ajuda para o diagnóstico e tratamento, infraestrutura inadequada para a atenção de saúde, superlotação, poucos recursos humanos” (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011, p. 6).

Confrontando as políticas de saúde com a realidade do idoso sabe-se que para fortalecer cada vez mais o Sistema Único de Saúde – SUS necessitasse do apoio de todos os gestores, trabalhadores e usuários, para assim promover uma pactuação democrática e coletiva (PEREIRA; OLIVEIRA; WERNER, 2015).

Por outro lado, há a necessidade de enfrentamento de desafios como:

- a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, conforme previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família

um papel fundamental; c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011, p.7).

Na unidade de emergência se reconhece na pessoa idosa um usuário especial do serviço, garantindo-lhe o atendimento necessário e prioritário. No entanto, o critério etário não é estabelecido como exclusivo, em virtude da iminência do risco de vida dos demais usuários. “Na prática, os profissionais de saúde afirmam que há uma demanda contínua de idosos nos serviços de emergência, em busca de soluções para problemas clínicos que se agravam devido à insuficiência das ações na atenção básica” (CARDOSO et al., 2015).

As acomodações oferecidas aos idosos, normalmente, não são apropriadas, considerando o envelhecimento. O imprevisto tem sido uma regra cotidiana desses serviços, o que compromete o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo às pessoas idosas. Geralmente, o idoso comparece ao hospital acompanhado de um familiar que também sofre com o desconforto gerado pela falta de infraestrutura, o que se constitui num descumprimento aos preceitos do Estatuto do Idoso, artigo 16 (DUARTE; MOREIRA, 2016).

É preciso considerar que nem todos os idosos que buscam pelo atendimento hospitalar dispõem de uma rede de suporte social, cabendo, aos profissionais de saúde um olhar especial aos idosos sem acompanhantes. Desse modo os profissionais devem estar atentos e preparados para lidar com essa questão subjetiva nas práticas de atenção a saúde, porém essa necessidade se configura como uma dificuldade no atendimento, como mostra a Política Nacional de Humanização (PNH) que nos trás diversas dificuldades no que tange aos princípios que norteiam o SUS:

Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Desrespeito aos direitos dos usuários; Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; Controle social frágil dos processos de atenção e gestão

do SUS; Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2006b, p.13-14).

Portanto notamos assim que a humanização voltada aos idosos se constitui um desafio para trabalhadores e gestores do SUS, pois é algo que ultrapassa o setor saúde. Percebe-se que sem condições estruturais e recursos humanos não há como se ter uma promoção à saúde, assim também como discriminação e descaso por parte dos familiares desses sujeitos idosos, que necessitam de atenção e apoio de suas famílias que contribuem para um maior e melhor restabelecimento da sua saúde.

Sendo assim, feito esse breve relato da problemática encontrada no HRTM, o próximo tópico relata como procedeu o processo da intervenção realizada no hospital.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para poder identificar o objeto de intervenção diante das problemáticas encontradas, de início, observou-se cada uma delas durante o período de estágio supervisionado I e II, que teve como objetivo observar e absorver conhecimentos, onde pode-se conhecer a estrutura física do local de estágio, seu funcionamento, observar os serviços oferecidos, as atividades realizadas pelas outras equipes de saúde, como também pelo profissional de Serviço Social e as principais demandas atendidas pelo setor do Serviço Social, sendo o momento de buscar compreender cada caso e as estratégias utilizadas para resolvê-los.

No que se refere a observação, Gil (2008) analisa que:

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa. Desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa. É, todavia, na fase de coleta de dados que o seu papel se torna mais evidente. A observação é sempre utilizada nessa etapa, conjugada a outras técnicas ou utilizada de forma exclusiva (GIL, 2008, p.100).

Durante o período de observação, identificou-se que a problemática em destaque ali encontrada e escolhida entre tantas outras, era em relação ao descumprimento dos direitos dos pacientes idosos, que se apresentavam como

maioria dentro do hospital e uma boa parte deles encontravam-se sem acompanhantes, ou eram acompanhados por pessoas sem instruções, daí a necessidade de se intervir nesta problemática.

Ao retomar para o campo de estágio para realização do estágio supervisionado III, foi necessário observar se a problemática escolhida durante o período do estágio II ainda encontrava-se presente, já que a realidade do âmbito hospitalar é flexível e está sujeita a modificações, porém, a partir dessa nova observação, percebeu-se que a problemática referente a pessoa idosa identificada anteriormente permanecia presente e dessa forma foi dada continuidade a implementação do projeto.

Ao decidir definitivamente o objeto de intervenção obteve-se o apoio da instituição na escolha e conduziu-se o desenvolvimento do projeto de intervenção e sua realização de acordo com os parâmetros de atuação do Assistente Social na saúde, que diz que:

Cabe ao Assistente Social potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais, democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária (CFESS, 2010, p. 44).

Desta forma, foi planejada uma intervenção com uma abordagem dialética, leito a leito, para que os pacientes e acompanhantes conseguissem ter a atenção voltada para o assunto abordado. Contribuindo assim, com a efetivação dos direitos dos usuários, já que os mesmos passam a ser conhecedores de quais são seus direitos.

Sendo assim, o planejamento da intervenção foi uma etapa importante para execução da mesma, que de acordo com Gil (2008), o planejamento é visto como um processo contínuo de interação com o ambiente, permitindo estabelecer objetivos e aumentar o desempenho do que será colocado em prática.

O projeto foi desenvolvido com base em observações realizadas durante o período de estágio, ao elaborá-lo, o objetivo foi de levar para o momento da intervenção informações aos idosos e acompanhantes sobre os direitos do idoso em relação a saúde, como também sobre a importância do idoso estar sempre acompanhado. Teve-se como objetivos específicos proporcionar uma reflexão aos

pacientes sobre seus direitos, explicar aos acompanhantes e idosos a necessidade do acompanhante.

Durante o período de desenvolvimento do projeto, foi observado também a atuação do Serviço Social, a forma como respondiam as demandas nos casos que envolviam violação de direitos de pessoas idosas, que segundo Oliveira e Lima (2015) é nesse sentido que se faz necessária a presença e participação direta dos profissionais do Serviço Social através da discussão juntamente com a equipe de saúde, buscando entender a realidade do usuário.

A intervenção foi realizada no dia 26 de Março de 2019, no pronto socorro do HRTM, envolvendo os repousos masculino e feminino, com o acompanhamento da supervisora de estágio, o público alvo foram pacientes idosos e seus acompanhantes. Foi utilizado como método de intervenção o dialogo leito a leito com os pacientes e acompanhantes, explicando sobre os direitos do idoso à saúde.

Segundo Oliveira e Lima (2015), no encontro do usuário com o assistente social, deve haver a construção de uma relação no processo diálogo/escuta a partir de um espaço em que os usuários tenham liberdade para expressar suas necessidades. Ao estabelecer essa relação com o usuário o assistente social obtém mais facilidade e dinamismo na hora de orientar cada paciente e acompanhante.

Durante a intervenção informou-se que: No Brasil o Estatuto do Idoso institui de acordo com a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, Art. 1º que é considerado idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

A saúde é um direito do cidadão brasileiro e dever do Estado, estando este direito expresso desde a Constituição Federal de 1988. A Constituição ainda se refere à pessoa idosa em seu artigo 230, que diz: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988, n.p).

Orientou-se também que a Política Nacional (lei nº 8.842/1994) do Idoso assegura à pessoa idosa todos os direitos que compete a essa faixa etária.

A PNSPI considera três categorias de pessoas idosas:

o idoso independente, aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária; 2) os indivíduos idosos com potencial para desenvolver fragilidade, que são independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e merecem atenção específica pelas equipes de saúde com

acompanhamento mais frequente; 3) os idosos frágeis ou em situação de fragilidade, que são os que vivem acamados, estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros. Estes se encontram com pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem em situação de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece como frágeis os idosos com 75 anos ou mais, sendo que outros critérios poderão ser acrescidos de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006a, n.p).

Informou-se que o poder público deve prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso.

Explicou-se sobre os tipos de violência, que podem ser classificadas em: violência física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência e autonegligência. A negligência apresenta-se como ativa, quando envolve um ato que provoca dano físico ou psicológico e passiva, que se refere a não satisfação das necessidades cotidianas e falta de cuidados. Dentre os tipos de violência contra idosos a negligência é apontada como a forma mais comum de violência contra eles, na maioria das vezes em forma de abandono (OLIVEIRA; LIMA, 2015).

Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, previsto na lei número 8.842/94, em seu artigo 4º, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Todas as informações acima citadas foram impressas em panfletos e entregues aos usuários, para que pudessem guardar e em casos de dúvidas, consulta-los.

Ao fazer as abordagens foi possível conversar tanto com os idosos quando estavam conscientes e seus acompanhantes. Houve uma interação dos usuários, que demonstraram interesse pelo assunto, relataram sobre suas vidas. Um senhor relatou que já teve seus direitos negligenciados. Alguns acompanhantes demonstraram ter cuidado com seu idoso. Uma acompanhante relatou trabalhar no abrigo da cidade e estar lá porque o idoso não teria familiares para acompanhá-lo, desta forma foram ouvidas várias realidades diferentes contadas pelos usuários.

Ao final de cada dialogo, foi realizada uma avaliação sobre como as pessoas classificavam a importância do tema abordado em muito importante, importante, normal ou sem importância, onde entre 14 pessoas abordadas. 12 responderam que era muito importante e 2 responderam como normal. Questionou-se também sobre o

que elas acharam da forma de abordagem sobre o tema em ótimo, bom ou ruim e entre 14 leitos abordados 10 responderam que foi ótimo e 4 responderam que foi bom. Verificou-se assim que de um modo geral os usuários ficaram satisfeitos com a intervenção.

No momento da intervenção os desafios encontrados foram relacionados a ausência dos acompanhantes nos leitos que os idosos estavam inconscientes, para que se pudesse passar as informações, como também o fato de alguns idosos estar fazendo algum procedimento, tomando alguma medicação e seu acompanhante também estar ocupado, não sendo possível fazer uma abordagem, porém, de um modo geral o projeto foi colocado em prática sem mais obstáculos para sua realização.

5 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste artigo, compreendeu-se que as leis e políticas voltadas para garantia de direitos da pessoa idosa na área da saúde no Brasil se desenvolvem de forma lenta, prejudicando assim, a assistência prestada a essa população. As dificuldades para que possam ser efetivadas, como por exemplo, a insuficiência de equipes multiprofissionais qualificados nessa área e a carência de estrutura para que se possa cuidar de forma adequada, comprometem também a prestação de serviços.

A sociedade tem um índice de aumento de expectativa de vida cada vez maior, a partir dessa perspectiva conclui-se que a pessoa idosa necessita de atenção a sua saúde de forma a preveni-la, promove-la e recupera-la. Neste contexto, o profissional de Serviço Social deve em seu trabalho cotidiano interpretar e compreender a realidade social, facilitando a inserção do cidadão nas políticas públicas, atender as demandas sociais e assistenciais dos usuários, favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade e criar projetos voltados para a saúde do idoso.

Em relação ao cenário encontrado no HRTM, foi possível perceber que o hospital não dispõe de estrutura física para atender a demanda que chega até ele. Vale ressaltar, que seu quadro de profissionais também não é suficiente para que sejam efetivados os direitos dos usuários em sua integridade.

Nos casos encontrados no HRTM, o idoso tem seus direitos violados por omissão da família, da sociedade e do estado. Em relação a problemática destacada que diz respeito a violação de direitos da pessoa idosa dentro do hospital, conclui-se que o hospital necessita que haja uma melhor articulação multiprofissional, sendo necessário, que se desenvolva ações socioeducativas e a realização de um trabalho em equipe para que o idoso tenha suas necessidades atendidas.

De um modo geral, a problemática da violação de direitos da pessoa idosa na área da saúde é acarretada por diversas falhas, o desenvolvimento lento das políticas voltadas para essa área é uma delas, a ausência da participação família/cuidador, também pode ser citada, já que a partir do momento em que um idoso encontra-se acamado e sem acompanhante, pode-se considerar que o mesmo encontra-se impossibilitado de buscar que seus direitos sejam efetivados. Vale ainda ressaltar que as modificações trazidas pelo envelhecimento e a forma como se encontra a saúde mental do idoso, podem comprometer o processo de recuperação do mesmo.

Dessa forma, considera-se que a intervenção realizada no HRTM foi de extrema importância para levar informações aos usuários e seus acompanhantes, permitindo-os refletir sobre o contexto em que encontram-se inseridos. O momento proporcionou ainda, que os mesmos pudessem tomar conhecimento de que seus direitos estão previstos em leis.

Podendo conhecer de forma mais profunda, pode-se perceber que o serviço social, junto a outras áreas profissionais, ainda tem muito trabalho pela frente, para operacionalizar o que rege as Leis e Políticas sobre os direitos do idoso na saúde. Para atender à demanda gerada por esse envelhecimento é preciso implantar mecanismos que fortaleçam o modelo de atenção à saúde do idoso, investindo inclusive na força de trabalho e na formação de profissionais que tenham habilidades para atuar na prevenção, no cuidado e na atenção integral à saúde da população idosa. Conclui-se que é essencial realizar investimentos que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável dos idosos.

HEALTH OF THE ELDERLY AT REGIONAL HOSPITAL DR. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA: reflections on the rights in the area of health

ABSTRACT

The objective of this article is to discuss the rights of elderly people on the area of health, based on intervention accomplished at Regional Hospital Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), locus of supervised practice, along with them and their accompanying. The discussion shows policies and law related to health of elderly people are in constant development and reformulation. There is a concern with maintenance of functional competence to guarantee a decent aging. The theme was chosen after observation of problems experienced during practice supervised I and II; among them, it was chosen the difficulty to guarantee the rights of elderly people in the hospital environment. Thus, in order to accomplish this research, it was chosen a dialectic approach, exploratory, bibliographical, documental and virtual research. Reality was also observed. The results obtained has been characterised qualitatively. Thus, it was possible to conclude that, although achievements and possibilities existing on the policies of attention to the elderly people, there are limits to the accomplishment of these legal rules, confirming the need for other moments of intervention like that, which was important to socialize information about rights of elderly people on the area of health, considering the high proportion of elderly people which use the services of mentioned hospital. The objectives were reached because elderly people and their accompanying were instructed about their rights.

Keywords: Elderly. Public Health Policies. Rights of the elderly.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; LANCMAN, Selma. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.1-8, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: 2011. Disponível em:<https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do

Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 20 abr. 2019.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei Federal nº 10.741 de 2003. Disponível em:<<http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/70326>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2006/GM/GM-2528.HTM>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : 2006b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em: 10 abr. 2019.

CARDOSO NETO, Antonio da Costa et al. **Saúde como direito fundamental no estatuto do idoso**. 2015. Disponível em: <<http://copec.eu/congresses/shewc2015/proc/works/90.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

DUARTE, Carine Aparecida Bernhard; MOREIRA, Lisandra Espindula. **Política nacional de saúde da pessoa idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento**. 2016. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54631>>. Acesso em: 5 abr. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.a, 2008. 220 p. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

IBGE. **Estatísticas Sociais**. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. **Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa:** marco legal e institucional. Boletim do Instituto da Saúde BIS 47/ Abril 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1518-18122009000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2019.

LEÃO, Alice Alves Menezes Ponce de. **Serviço social e velhice:** perspectivas do trabalho do Assistente social na promoção a saúde do idoso. Manaus: EDUA, 2015. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/2701/1/Alice_Ponce_de_Leao.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

LIMA, Ana Paula et al. **Produção científica sobre a hospitalização de idosos:** uma pesquisa bibliográfica. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568376&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

OLIVEIRA, Gabriela Duarte de; LIMA, Magna de Oliveira Silva. **Os desafios do assistente social do setor de geriatria na orientação de idosos e familiares sobre os seus direitos.** 2015. 71 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2015. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/48317576-Os-desafios-do-assistente-social-do-setor-de-geriatria-na-orientacao-de-idosos-e-familiares-sobre-os-seus-direitos.html>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

OMS. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

PEREIRA, Andressa Roberta; OLIVEIRA, Thaize Carolina Rodrigues de; WERNER, Rosilea Clara. **Atribuições do assistente social no atendimento à pessoa idosa na atenção básica de saúde.** 2015. Disponível em: <http://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_307.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

PRESTES, Aline da Silva; BATISTA, Wallace Santos; CONCEIÇÃO, Rainara de Azevedo. **Serviço social e a saúde do idoso:** um estudo em duas unidades de atenção primária à saúde no município de parintins-am. 2017. Disponível em: <<https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134529.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SESAP. **Secretaria da Saúde Pública Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia - Mossoró,** Rio Grande do Norte, 2017.

SOUZA, Andréa dos Santos et al. Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.1-8, 26 set. 2013. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=735586&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 abr. 2019.