



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a KAREN SANTANA DE ALMEIDA VIEIRA
NAYLA NEVES SODRÉ DA SILVA - 14/0157093

Idosos na Saúde Pública no Distrito Federal e o Serviço Social: análise do processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte

Nayla Neves Sodré da Silva

Brasília - DF

2018

NAYLA NEVES SODRÉ DA SILVA

Idosos na Saúde Pública no Distrito Federal e o Serviço Social: análise do processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte

Monografia apresentada na
Disciplina - Trabalho de
Conclusão de Curso - como
parte dos requisitos necessários
à obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social pela
Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karen
Santana de Almeida Vieira

Brasília – DF

2018

NAYLA NEVES SODRÉ DA SILVA

Idosos na Saúde Pública no Distrito Federal e o Serviço Social: análise do processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte

Monografia apresentada na Disciplina - Trabalho de Conclusão de Curso - como parte do requisito básico para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Karen Santana de Almeida Vieira
(Orientadora – SER/UnB)

Prof^a. Dr^a. Camila Potyara Pereira
(SER/UnB)

Letícia Maria Ferreira
(Assistente Social)

Brasília – DF

2018

DEDICATÓRIA

A minha família, por sempre me apoiar nas minhas escolhas. Nélia, minha, que me deu apoio e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. João, pai, pelo suporte e por sempre se fazer presente quando eu precisei. A vocês que não mediram esforços para que esse dia chegasse, eu dedico essa conquista de todo meu coração.

A minha irmã Gêssica, pelos conselhos e companheirismo no decorrer desse processo. Ao meu namorado Lury, que esteve ao meu lado, nunca me deixando desanimar. Aos meus avós, tios, primos, familiares e amigos pelo carinho por serem base na minha evolução como pessoa. A Nina, minha avó Maria e ao meu avô José (*in memoriam*), amor incondicional e eterno.

A todos os professores desde o meu ingresso na educação infantil até a Universidade, vocês fazem parte desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Karen Santana, pela paciência, confiança, pelas suas correções e incentivo no decorrer da construção dessa monografia. Suas sabias e experientes palavras durante as orientações foram essenciais para que os objetivos fossem alcançados.

As Assistentes Sociais que fizeram parte do meu processo de estágio e não hesitaram em contribuir com este trabalho.

A Universidade de Brasília, pelas oportunidades oferecidas para aprimorar a graduação.

Aos professores e colegas que contribuíram com o meu processo de formação.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada.

“Quebrando pedras, plantando flores” (Cora Coralina, 1985)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte – HRAN com vistas a mapear os limites e as possibilidades do acesso e do tratamento nesta unidade de saúde, especialmente no que se refere ao Serviço Social, e posicionar a situação da saúde do idoso na realidade do Distrito Federal. O trabalho utiliza metodologia de coleta e análise de dados ancorada na pesquisa qualitativa. Foram realizadas também entrevistas de esclarecimento com Assistentes Sociais para obtenção de dados, que mostraram como vem ocorrendo o processo de atendimento dos idosos no HRAN. Dentre os resultados encontrados nota-se a negligência por parte do Estado no que se diz respeito ao encaminhamento e à dificuldade do acolhimento de idosos em Instituições de Longa Permanência, falta de material e de medicamentos. No que concerne à falta de vagas para instituições de longa permanência esse problema provoca uma permanência desnecessária do paciente no hospital a espera de vaga, criando riscos de contaminação. A falta de verba com o corte dos suprimentos de fundos é outra dificuldade enfrentada pelo hospital pesquisado, sendo necessário o auxílio de voluntários para suprir as necessidades assistenciais emergenciais dos idosos, uma função que é prerrogativa do Estado. Foi possível perceber também que é necessário aperfeiçoar a Política de Saúde no âmbito do Governo do Distrito Federal, que precisa intervir sobre a saúde do idoso proporcionando um atendimento que supra as especificidades desta população, não somente com relação ao caráter curativo, trabalhando com a prevenção e promoção da saúde. Com este trabalho, espera-se demonstrar a necessidade de articulação do Estado em *prol* da formulação de políticas públicas que venham a suprir as necessidades da população idosa na área da saúde.

Palavras-chave: Idosos; Saúde; Serviço Social; Rede; Hospital Regional da Asa Norte

ABSTRACT

The presented study had as objective the analyses of the care at the elderly in the Regional Hospital of the North Wing also as a view to mapping the limits and the possibilities of access such as treatment in this health unity, especially on what refers at the Social Service, and position the reality of the elderly care situation in the Federal District. This work uses qualitative research with data collection and analysis methodology. There was also made clarification interviews with Social Assistants for data collection that has shown how is occurring the process of elderly care in the RHNW. Among the results found, it's clear the negligence of the government on what concerns the medical referral and the difficulty of the reception of the elderly in long stay institutions, lack of medicines and materials. About the lack of vacancies in the long stay institutions, this problem provokes na unnecessary stay of the patient in the hospital waiting for a vacancy, creating risk of contamination. The lack of money from the health supply fund is another difficulty faced in the hospital under study to meet the emergencial needs of the assistencial services for the elderly, counting on the volunteers of the hospital to exercise a function which is of the State. It was also possible to notice that it's necessary to improve the Health Policy of the Federal District, which needs to step in the elderly health matter in view of provide a service that meets the specificities of this population, not only about the healing itself, but working with the prevention and promotion of health. With this work, we hope to demonstrate the needs of articulation of the State in favor of the formulation of public policies that should supply the needs of the elderly populations health.

Key-words: Elderly; Health; Social Service; Networking; Regional Hospital of the North Wing; Federal District.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária a Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAMAD	Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico
GDF	Governo do Distrito Federal
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
NUSI	Núcleo de Saúde do Idoso
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAV	Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência

PNAD Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PNI Política Nacional do Idoso

PNSI Política Nacional de Saúde do Idoso

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SEDESTMID Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos

SES Secretaria de Estado da Saúde

SAI Sistema de Informações Ambulatoriais

SUDS Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS Unidades Básicas de Saúde

UnB Universidade de Brasília

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – A SITUAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO E O SERVIÇO SOCIAL	17
1.1- Política de Saúde e o Idoso	18
1.2- O Serviço Social no Hospital Regional da Asa Norte	24
CAPÍTULO 2 – A SAÚDE DO IDOSO NO DISTRITO FEDERAL E O HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE – HRAN	28
2.1- O Distrito Federal e a Saúde do Idoso, Breves Considerações	29
2.2- A estrutura da atenção à saúde pública do Distrito Federal	30
2.3- O Hospital Regional da Asa Norte	33
2.4- O Trabalho em Rede na Saúde	35
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS DADOS: DESAFIOS ENFRENTADOS NO ATENDIMENTO AOS IDOSOS E DIFICULDADES NO TRABALHO DE MEDIAÇÃO DA REDE	40
3.1- Aprofundamento da Metodologia	41
3.2- Processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte	41
3.3- Atuação do/a Assistente Social com os Idosos no Hospital Regional da Asa Norte	46
3.4- O Trabalho em Rede	48
3.4- Breve Balanço da Análise dos Dados	49
Considerações Finais	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	59

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	Relação comparativa entre a estrutura organizacional piramidal e a estrutura em rede	35
QUADRO 2	Referente às caracterizações das diferenciadas formas de redes	37

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é requisito necessário para adquirir o título de Bacharela em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB.

O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte – HRAN, com vistas a mapear os limites e as possibilidades do acesso e do tratamento nesta unidade de saúde, especialmente no que se refere ao Serviço Social e, situar a saúde do idoso na realidade deste hospital no contexto do Distrito Federal.

Neste sentido, o referido trabalho teve como objeto de pesquisa o processo de acolhimento do idoso nas unidades de saúde, mais especificamente no HRAN e a análise da intervenção realizada pelos profissionais Assistentes Sociais.

É importante salientar que se percebe um crescimento da população idosa no Brasil de maneira acelerada. De acordo com pesquisas realizadas pelo IBGE¹ o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4% entre 2012 e 2016. Houve crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões, com base nisso há a necessidade da criação de políticas públicas especialmente na área da saúde que atendam as demandas dessa população.

A Questão Social, categoria basilar e objeto do Serviço Social, é fundamentada por Lamamoto (1982), uma das mais renomadas autoras do Serviço Social, como conjunto de desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. Com base nessas considerações é possível inferir e transpor tal lógica de pensamento para a tentativa de classificar o envelhecimento como uma das expressões da Questão Social².

Ademais, como também é posto por Teixeira (2007), o envelhecimento é visto como expressão da Questão Social com relação ao capital no que diz respeito a mão de obra para o mercado de trabalho, já que a população idosa perde valor de uso, rentabilidade e funcionalidade para o capital.

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

² Para aprofundamento sobre o assunto recomenda-se a leitura de Potyara Pereira que dialoga sobre outra perspectiva da questão social. PEREIRA, Potyara Amazoneida. Questão Social, Serviço Social e Direitos da Cidadania. Revista Temporalis, Brasília: ABEPSS, nº. 3, 2001.

Neste sentido, ainda segundo Teixeira (2007), tornará uma parcela da população vulnerável a doenças, a negligências, a violências, a abandonos partindo para uma condição desumanizada.

Já a autora Simone de Beauvoir (1970/1990) aponta que as sociedades capitalistas “levam em consideração quase que exclusivamente o interesse da economia, isto é, do capitalismo, e não o das pessoas. Eliminados cedo do mercado de trabalho, os aposentados constituem uma carga que as sociedades baseadas no lucro assumem mesquinamente” (p. 277). O que adensa uma visão da situação do envelhecimento como algo que fica a margem da sociedade capitalista, como pode ser analisado em outros trechos do livro da referida autora.

A questão da escolha do tema de pesquisa aqui anunciado destaca também o processo de experiência de estágio supervisionado em Serviço Social 1 e 2 no HRAN no Núcleo de Serviço Social que ocorreu no período de 26 de setembro de 2016 à 10 de julho de 2017 com carga horária de 240h, sendo 210h (14h semanais) no campo e 30h na supervisão acadêmica. A experiência de estágio se deu na ala dos queimados, pediatria, cirurgia geral, cirurgia plástica e na gestão do núcleo. Essa fase despertou o olhar para o processo de acolhimento do Idoso e o Serviço Social, já que o atendimento a eles era recorrente e ao ter a oportunidade de manter o diálogo e observar as condições destes, criou-se a necessidade de aprofundar mais sobre o assunto.

Por ser a parcela da população que mais se encontra em condição de pobreza e desigualdade sociais, estão mais vulneráveis às doenças, às negligências, à violência e ao abandono. Os idosos merecem um cuidado especial e políticas públicas, neste caso da saúde, que venham a suprir as demandas deles.

O Artº 15, do Estatuto do Idoso, prevê a atenção integral à saúde do idoso por meio do Sistema Único de Saúde – SUS por meio do acesso universal e igualitário, visando a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde do idoso. Artº 18 onde a unidade 2 de saúde devem atender aos critérios mínimos de atendimento ao idoso proporcionando funcionários capacitados e treinados, bem como promovendo orientações para os familiares e cuidadores do paciente.

Como pode ser observado, a prestação de serviços aos idosos na saúde é prevista por lei. Entretanto os direitos dos idosos continuam sendo violados constantemente neste espaço. No artigo “A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal” Paz, Melo, Soriano (2012 p. 67) mostram que o Estado

violenta e viola por meio do descumprimento de seu papel de executor de políticas públicas que deveria garantir os direitos dessa população. Para assegurar esses direitos, com base em Costa (2009), o/a Assistente Social vai atuar diretamente na perspectiva da garantia de direitos, na viabilização das condições que venham a contribuir na promoção e acesso à saúde, buscando sempre o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com respeito a esta monografia, o conteúdo está dividido em uma breve fundamentação teórica sobre os idosos, a saúde e o Serviço Social, fazendo uma explanação do geral ao específico sobre a situação da saúde do idoso no contexto brasileiro, no DF e no HRAN, com ênfase no trabalho do Serviço Social e no trabalho em rede.

Para esta monografia foram necessários dados primários e secundários, dados esses construídos tanto acerca do HRAN, por parte de documentos, relatórios oficiais, relatórios de atendimento, documentos que mostram a história, o fluxograma de atendimento do hospital, os dados orçamentários e os dados gerais com relação a situação da saúde no DF visando a representatividade dessa instituição. Além disso, foram realizadas entrevistas de esclarecimento utilizando roteiro semiestruturado com profissionais Assistentes Sociais do Núcleo de Serviço Social do HRAN.

O presente trabalho utiliza metodologia de coleta e análise de dados ancorada na pesquisa qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa deve-se à riqueza dos dados e às possibilidades de respostas particulares sobre os assuntos de interesse. Assim como aponta a autora Minayo (p.11, 2002):

[...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. [...] lugar da “intuição”, da “exploração” e do “subjetivismo”.

Foram realizadas entrevistas com roteiro de perguntas semiestruturadas, pesquisas bibliográficas e documentais de relatórios, estatísticas, entre outros, e, arcabouço legal. As entrevistas de esclarecimento contaram com o Termo de Consentimento Livre esclarecido - TCLE, onde os/as participantes da entrevista ficaram cientes da sua autonomia para participar ou não da pesquisa. Outrossim, o anonimato dos/as participantes foi preservado e houve um compromisso de devolutiva do resultado para os/as entrevistados/as caso estes tenham interesse. Foram respeitados todos os cuidados éticos de resguarda ao sigilo dos/as

entrevistados/as e do compromisso da devolutiva dos resultados da pesquisa ao público interessado.

Conforme é apresentado por Queiroz (1999 p.19), as técnicas qualitativas desvendam os predicados de uma sociedade e de suas divisões internas, possibilitando a captação da maneira de ser do objeto pesquisado e tudo que o diferencia dos demais.

Ainda segundo Minayo (2002 p.21,22), essa técnica propicia questões particulares com um nível de realidade que não pode ser quantificado, possibilitando relatos cheios de significados, crenças, valores, aspirações, para enriquecer o processo de entendimento das particularidades dos indivíduos. Logo, a pesquisa qualitativa é vantajosa, pois viabiliza qualidade de dados em profundidade sem a necessidade de uma amostra, além de proporcionar muitos dados que vão contribuir para o trabalho.

Conforme Gonsalves (2001 p. 34,35), as pesquisas bibliográfica e documental estão muito próximas e o “elemento diferenciador seria a natureza das fontes”. Nas pesquisas bibliográficas, de acordo com a autora, são utilizadas fontes secundárias, ou seja, revistas, livros, artigos. Já a pesquisa documental colocada por Gonsalves (1994, p.73) *apud* Gil (2001), caracteriza-se por não ter recebido ainda um estudo analítico ou que ainda pode ser reelaborada de acordo com os direcionamentos de cada pesquisa.

Quanto a escolha dos/das entrevistados/as, foram realizadas entrevistas com três de oito Assistentes Sociais que formam o Núcleo de Serviço Social do HRAN, que durante o seu processo de trabalho têm frequentemente contato com a população idosa. Para respaldar o sigilo das/os entrevistadas/os não foi tratado aqui a especificidade de cada um/a.

O objetivo das entrevistas de esclarecimento realizadas foi saber, no cotidiano profissional do Assistente Social, como funciona o atendimento, a demanda e a oferta de serviços aos idosos no HRAN. A partir dessas informações foi possível enxergar a percepção do Serviço Social acerca da realidade profissional e sua função em garantir o acesso dos usuários aos seus direitos, além de avaliar o impacto do trabalho em rede na demanda de atividades, sua pertinência, necessidade, e viabilidade de execução com vistas a cumprir o objetivo principal dessa monografia: analisar o processo de atendimento dos idosos no HRAN.

Este trabalho está dividido em três capítulos. O Capítulo 1 fundamenta teoricamente a respeito da Saúde e Serviço Social, fazendo uma breve aproximação sobre a situação da saúde do idoso no contexto brasileiro. O Capítulo 2 investiga os serviços ofertados aos idosos no HRAN e de que forma são ofertados, o papel do Serviço Social quanto profissional que vai lidar com esses idosos e o trabalho em rede na saúde visando exemplificar como se dá e de

que maneira contribui no processo de trabalho e na garantia de direitos para o usuário. Finalmente, no Capítulo 3 os dados são exibidos e analisados.

Espera-se com esse estudo elucidar o atendimento aos idosos e quais serviços estão disponíveis para essa população no HRAN e na saúde pública no DF. Ademais, analisar como acontece o trabalho em rede e o papel do Serviço Social nesse meio, trazendo os limites e os desafios enfrentados para a garantia de direitos dessa população.

CAPÍTULO 1 – A Situação da Saúde do Idoso e o Serviço Social



A Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) aprovou o Projeto de Lei do Senado nº 126, de 2016. De autoria do Senador Waldemir Moka, o projeto determina que o símbolo utilizado para a identificação preferencial de idosos não pode mais ser pejorativo nem nivelar todos os maiores de 60 anos como cidadãos frágeis. Ao contrário do símbolo utilizado atualmente para representar a identificação preferencial do idoso, esta imagem transmite a importância de desmistificar o “velho” como uma pessoa doente fragilizada. Por esses motivos escolhi trazer essa imagem no decorrer da monografia. A situação atual do projeto (23/05/2018) é de “Remetida à Câmara dos Deputados.” Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/125262>

CAPÍTULO 1 - A Situação da Saúde do Idoso e o Serviço Social

Neste capítulo será apresentado o contexto da Política de Saúde trazendo uma breve perspectiva histórica dos fatos para exemplificar a importância desses acontecimentos para a formulação da Política de Saúde atual e conseqüentemente a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 19 de outubro de 2006. Este capítulo conta ainda com uma explicitação da Saúde do Idoso no Brasil e o papel do profissional do Serviço Social na garantia da Saúde do Idoso.

1.1- Política de Saúde e o Idoso

No que se diz respeito aos primórdios das conquistas dos direitos à saúde no Brasil, no final do regime militar, mais especificamente após a morte de Tancredo Neves, foi possível pensar em um novo modelo de Estado, a Nova República. A partir desse momento surge a ideia de uma Reforma Sanitária, movimento que previa a reformulação do sistema de saúde. Como forma de superar a crise da saúde, houve a criação da CEBES (1976) e da ABRASCO (1975) entidades do Movimento da Reforma Sanitária que tinham como objetivo “articular as práticas políticas e teóricas.” (PAIM, 2008)

[...]a idéia e a proposta da Reforma Sanitária, esboçadas nas lutas contra o autoritarismo desde a criação do CEBES, expressaram-se em um complexo projeto, cuja implantação iniciou-se após a 8ª CNS e adquiriu formalização a partir da Constituição de 1988. (PAIM, 2008. p. 154)

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde [tendo como pressupostos]: a) visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a assistência médica, envolvendo ‘todas as ações de promoção, proteção recuperação’; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam ‘subordinados ao interesse público’; d) acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em casa esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada (PROPOSTA, 1987 *apud* PAIM, 2008. p. 155)

Na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, o Sistema Único de Saúde - SUS foi instituído. O SUS é inserido no contexto da Seguridade Social como modelo de atendimento universal e igualitário que visa a promoção e recuperação da saúde da população. (Brasil, 1988, art. 196). Segundo o Art. 194 da Constituição Federal de 1998 a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Sendo assim, Pereira (2013) coloca que a mudança no exercício do trabalho humano fez emergir demandas que ultrapassavam as necessidades básicas de sobrevivência. Considerando que o salto qualitativo da força de trabalho se deu durante o processo de Revolução Industrial, período de consolidação do modo de produção capitalista, as movimentações trabalhistas aconteceram de forma a reivindicar uma forma de mediação entre proletariado e burguesia, sendo a proteção social ⁴uma expressão da conquista dessas lutas. Contudo, no referido modo de produção onde essa mediação é realizada pelo Estado, sabe-se que ele está organizado com o intuito de favorecer uma classe e garantir a reprodução capitalista, mas para isso precisa ser permeável ao trabalhador e atender demandas específicas que garantam a reprodução da sua força de trabalho e, conseqüentemente, a exploração. Esses movimentos de organização social provocaram mudanças no processo de proteção social, como abordado por Pereira (2013, p.16):

[...] particularmente no que se refere ao seu conteúdo e à sua institucionalidade, a qual se tornou mais especializada devido, entre outros motivos, à insuficiência dos mecanismos de proteção indiferenciada diante da insegurança social produzida pelas novas formas de exploração do trabalho industrial; e ao apogeu do movimento operário que pressionava o Estado por melhores condições de vida e de trabalho na perspectiva de direitos.

No que concerne a Seguridade Social, segundo Mota (Mota, 2004 *apud* Mota, p.40, 2006):

Quaisquer que sejam seus objetos específicos de intervenção, saúde, previdência ou assistência social, o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho.

⁴ Proteção essa que tem caráter contraditório, já que ao mesmo tempo que beneficia a sociedade civil é uma maneira do capital obter controle dessa sociedade. (Pereira, 2013)

A autora (Mota, 2006. p. 40) fala sobre a contradição da sociedade capitalista trazendo a Seguridade Social como “esfera de disputas e negociações na ordem burguesa”. Considerada como produto histórico das lutas do trabalho, é interessante para o capital manter a seguridade social como “continuamente objeto de investidas do capital” (Mota, 2006. p. 40), com vistas ao controle e adequação desta. Assim como é colocado por Mandel (1982) *apud* (PEREIRA, p.17 2013) apesar da ampliação da proteção social, o autor chama atenção para a “ilusão do Estado Social”, onde este aborda sobre a aparente “consciência social” adquirida pelo aparelho governamental no capitalismo que, na verdade, reforça a autopreservação e reprodução expansiva deste sistema.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde representou um marco devido a introdução da sociedade no debate sobre a saúde, assumindo uma dimensão participativa da população por meio de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. A partir daí “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.” (MOTA, 2006, p. 96)

Nos anos 1990 houve uma grande influência da Política de Ajuste Neoliberal⁵. Como é colocado por Mota (2006. p. 100):

“A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.”

De acordo com Viana e Silva (Rodrik, 2017 *apud* 2018, p. 2109) “o neoliberalismo, em termos amplos, denota a preferência por mercados (sobre os governos), por incentivos econômicos (sobre normas sociais ou culturais) e pelo empreendedorismo individual (sobre a ação coletiva ou comunitária).” O que culmina em uma onda de desregulamentação, privatização, liberalização financeira e empreendedorismo individual, associada ao conservadorismo e ao imperialismo, o neoliberalismo classificado por Viana e Silva (2018) como política das elites, tem como objetivo favorecer essa parcela da população por meio do

⁵A respeito da conceituação do neoliberalismo, segundo David Harvey (2005) “O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio.”

fortalecimento do mercado e o enfraquecimento do Estado. Para Pereira (2013) as políticas neoliberais de proteção social, estão em um contexto capitalista altamente avançado, do ponto de vista econômico, e simultaneamente acumulador/dissipador de riquezas.

Como consequência do Neoliberalismo, começaram a surgir no Brasil, a partir da Reforma do Estado em 1994/1995, as Organizações Sociais da Saúde – OSS. Estas organizações eram “consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” e emergem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas.” (MORAIS *et al.* 2017, p. 2) O que tira a responsabilidade e as funções, em parte ou completamente, do Estado no que se diz respeito a saúde e passa para o setor privado Scheffer (2015).

Devido a este desmonte provocado pelo neoliberalismo, a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 vem sofrendo uma desconstrução. Segundo Mota (2006, p. 100) “a saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.”

O SUS também sofreu esse impacto, com o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a omissão do Governo Federal no que diz respeito às regulamentações e fiscalizações na área da saúde (MOTA, 2006). As Políticas focalizadas do Estado Neoliberal excluem a maioria dos acessos aos benefícios e rompe com o que está garantido na Constituição Federal, o que dificulta a universalização dos direitos e o controle social⁶ (VASCONCELOS, 2012).

Um exemplo disso é apresentado por Vasconcelos (2012), quando a autora coloca que no Brasil não há prevenção de anemia falciforme e outras doenças conforme citação abaixo:

“[...] uma doença hereditária, controlável, que mata mais que Aids e é dez vezes mais comum do que a fenilcetonúria (problema hereditário grave detectado pelo “teste do pezinho”, obrigatório por lei, o qual não é realizado

⁶ A visão de controle social inscrita na Constituição Federal vai enfatizar a participação dos setores organizados da sociedade civil, especialmente dos trabalhadores e dos segmentos populares, na elaboração e implementação das políticas públicas, propondo novas relações ente o movimento social e a esfera da política institucional. Fonte: Seminário Nacional, O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (organizador) Brasília, 2011.

nas regiões mais pobres do país). Não é necessário comentar mais a fundo o aumento preocupante de determinadas moléstias após o desmantelamento do sistema de saúde pública, como tuberculose (antigamente um mal curável, hoje, após o aparecimento da Aids, um mal de difícil controle), o número assustador de casos de dengue e dengue hemorrágica, malária, hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, e, finalmente, as epidemias de sarampo, todas de possível prevenção e/ou controle nos postos de saúde, mas que no Brasil são tratadas nos leitos hospitalares.” (Vasconcelos, 2012. p. 89)

Nos parágrafos seguintes iremos falar no respeito população idosa no âmbito da saúde, as conquistas destes e a participação deles no SUS. As políticas de saúde como direito social voltada para o idoso só foram legitimadas na Constituição de 1988.

A partir daí “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a pessoa idosa, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” (BRASIL,1988) Seis anos após a Constituição legitimar a saúde do idoso como direito, em 1994 foi a vez do Ministério da Saúde criar o Programa de Saúde da Família, que mais tarde viria a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família- ESF. Tinha como objetivo a reorganização da prática assistencial com uma visão mais humanizada da saúde. (BRASIL, 2011)

A Política Nacional do Idoso - PNI promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 também abarca a saúde como direito da pessoa idosa e tem SUS como principal operante na garantia desses direitos. A PNI assegura e cria maneiras para garantir a autonomia e participação do idoso na sociedade. (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Em 1999 é apresentada a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI, trazendo a reflexão sobre a necessidade de manter as capacidades físicas e mentais para que os idosos tenham uma vida normal conseguindo realizar as atividades diárias e básicas (BRASIL, 1996). Depois de um grande tempo sem avanços com relação a saúde do idoso, em 2002, foi proposto a implantação de Redes Estaduais à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), para facilitar o cadastramento de centros de referências em saúde do idoso, e avaliar essas instituições constantemente.

Após todos esses anos, projetos para a garantia dos direitos dos idosos aparecem apenas em 2003, no governo do ex presidente Luiz Inácio Lula da Silva ⁷, quando é aprovado o Estatuto do Idoso. Em seu cap. IV, o Estatuto do Idoso aborda sobre a Saúde do Idoso e define que o Sistema Único de Saúde - SUS é responsável pela atenção integral do idoso, seja no tratamento ou prevenção de doenças. Cabe ao SUS fornecer atendimento

⁷ Mandato como Presidente da República de 1º de janeiro de 2003 até 31 de dezembro de 2010.

ambulatorial geriátrico e gerontológico, reabilitação, atendimento domiciliar, fornecimento de remédios, próteses e órteses. No SUS, o idoso tem direito a um acompanhante, internação, escolha sobre o tipo de tratamento que será realizado, treinamento para cuidadores e parentes, e é vetado qualquer tipo de discriminação com relação a planos de saúde para a pessoa idosa.⁸

Em 2006 com o objetivo de fortalecimento do SUS, foram publicadas as diretrizes do Pacto Pela Saúde, que é dividido em três estruturas: Pacto Pela Vida, Pacto pela Gestão e Defesa do SUS. Um dos temas principais abordados nesses eixos, é sobre a saúde do idoso que visa respostas sobre gestão e organização do sistema de saúde tendo como base a realidade da sociedade e os compromissos sanitários com base em análises sobre a saúde no Brasil.

A partir da exposição de quais são as leis ou os programas que respaldam e/ou garantem os direitos destes idosos, poder-se-ia ter um imaginário de que todo esse respaldo legal brasileiro para os idosos poderia dar uma falsa ideia de que eles não encontrariam dificuldades em ter acesso a assistência social, a saúde e a previdência dentro da Seguridade Social. Entretanto, o que de fato se observa é que devido ao desmonte de direitos e conseqüentemente a precariedade nos serviços públicos, neste caso o de saúde, há uma escassez na oferta de serviços e uma grande dificuldade na utilização do trabalho em rede, que facilitaria e supriria de maneira mais completa as demandas. É colocado por Pereira (2013, p. 23) que:

A proteção social pode ser focalizada ou universal; comprometida com os direitos de cidadania ou com méritos exigidos pela competitividade econômica; atender necessidades humanas ou as do capital; proteger de fato ou punir; e ser; simultaneamente, positiva ou negativa.

O processo de proteção social, segundo a autora, não pode ser considerado “inocente nem desprezível”. Ele exerce papel estratégico dentro da sociedade dividida em classes e esse processo é permeado por várias contradições e ambigüidades, entre favorecer o modo de produção capitalista ou o trabalhador. (PEREIRA, 2013, p.21)

Em relação ao Distrito Federal, de acordo com os dados do *site* da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que datam de 27/08/18, existem onze (11) ambulatorios referência em geriatria e o atendimento inicial desses idosos ocorre na atenção primária, a partir daí os

⁸ DAVID, Ednalva Maria Guimarães Farias de. op. cit.

encaminhamentos ambulatoriais são feitos pelos médicos.

Visando uma melhor qualidade de vida dessa população, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no uso de suas atribuições, funda o Núcleo de Saúde do Idoso - NUSI, que se baseia na reabilitação, prevenção, tratamento de agravos e promoção à saúde da população idosa. Esse Núcleo se dá por meio de atividades descentralizadas, disponibilizando suporte técnico científico para supervisão, capacitação de recursos, elaboração de material educativo e informativo (SES-DF,1992). Buscando um controle maior de quem são esses idosos que estão sendo atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde - UBS, a NUSI criou o Protocolo de atenção à Saúde do Idoso, dessa maneira fica possível saber o nível de pobreza e a desigualdade e as demandas dessa população contribuindo para a garantia de direitos e autonomia da mesma.

O atendimento desse Núcleo é feito em todas as Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde, Clínicas da Família, Equipe de Saúde da Família, Postos de Saúde Urbanos e Rurais) (SES - DF,2014). Tendo em vista que um dos objetivos da NUSI é a identificação da situação social que o indivíduo vive, percebe-se a falta de um Assistente Social no acolhimento, já que este é feito por qualquer servidor da instituição e em seguida encaminhado para o enfermeiro que irá fazer o processo de classificação desse idoso.

No Brasil a tendência de envelhecimento vem crescendo no decorrer dos anos. A justificativa para isso segundo a gerente da PNAD Contínua, Maria Lúcia Vieira, é de que esse fator acontece devido ao aumento da expectativa de vida da população, melhores condições de saúde e a diminuição da taxa de fecundidade. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o número de idoso cresceu em toda nação e passou de 30 milhões em 2017, sendo em sua maioria mulheres.

Devido a grande mudança populacional que vem sofrendo o Brasil, é de suma importância a atenção do Estado para a formulação de Políticas Públicas para atender esse público crescente.

Para elaboração dessa monografia foi utilizada a classificação Política Nacional do Idoso – PNI, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que utiliza o marco cronológico da entrada na velhice aos 60 anos.

1.2- O Serviço Social no Hospital Regional da Asa Norte

Levando em consideração o último tópico mencionado que trata das leis que respaldam os direitos dos idosos ao acesso à saúde, cabe analisar a importância do Serviço Social frente à garantia de direitos dessa população. Regulamentada pela Lei nº 8.662/93 regida pelo seu código de ética e inserida na divisão sócio técnica do trabalho, o Serviço Social tem como atribuição a garantia dos direitos sociais da população, de planejar, de assessorar, de executar, de avaliar políticas públicas, programas e projetos. Na área da saúde, o Serviço Social pode estar inserido na atenção primária, secundária e terciária, nesse tópico analisaremos a atenção primária.

O Serviço Social possui papel importante no que se refere a garantia de direitos da população idosa, tem como desafio conscientizar o idoso sobre sua posição na sociedade como sujeito de direito garantindo o seu espaço nesta. Como é posto por Meireles, (1993, p. 63), considera-se uma das funções do Serviço Social garantir os direitos do homem, além de desencadear um processo de promoção, capacitação e valorização, com vistas a sua plena integração e participação na sociedade.

O trabalho do Assistente Social na saúde não se restringe apenas a essa área, pois “é necessário que esse profissional acesse e articule outras políticas públicas e/ou sociais bem como instituições que envolvam direitos de cidadania, exigindo do Assistente Social uma prática baseada na razão crítica e na compreensão dos usuários como sujeitos de suas histórias de vida” (ANJOS, 2005, p.2)

No que se diz respeito ao trabalho do/a Assistente Social no HRAN, o Núcleo de Serviço Social do HRAN busca atender pacientes internados ou em atendimento ambulatorial na unidade de saúde, auxiliar na redução dos impactos da questão social que dificultam a plena recuperação da saúde dos pacientes, identificar os recursos disponíveis nas políticas sociais, fazendo o uso destes para otimizar o atendimento da população em geral e, acelerar a defesa dos direitos da população usuária do SUS. Cabe ainda aos Assistentes Sociais, interpretar, orientar e encaminhar, indivíduos e famílias, instituições e grupos, sobre direitos, deveres, normas, códigos e legislações de interesse na área da saúde. É fundamental também integrar as atividades com as equipes multiprofissionais, realizar trabalho de assistência hospitalar e educação em saúde utilizando a metodologia adequada. São utilizados pelos profissionais instrumentais como: prontuário eletrônico dos usuários do SUS, formulário de encaminhamento, formulários de parecer social, relatórios circunstanciados, livro de ata de atendimentos às clínicas e formulário de estatística de produção mensal.

Há na esfera da saúde a perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, que remete a importância da troca de conhecimento entre os profissionais, de maneira que o atendimento ao paciente possa ser completo e suprir qualificados a demanda. Como é colocado por

Vasconcelos (2012), “dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONCELLOS, 2012, p. 443).

Por meio da afirmação no parágrafo anterior cabe ressaltar que no HRAN, no período de vivência do estágio, foi possível observar um *déficit* com relação ao trabalho multinterdisciplinar dos profissionais, e principalmente uma falta de conhecimento dos profissionais sobre o papel do assistente social nessas equipes.

“A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).” (CFESS, Parâmetros para a atuação do Assistente Social na saúde, 2009, p. 46)

Uma das dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no âmbito da saúde, é a falta de compreensão da equipe de saúde sobre suas atribuições, já que esse meio se baseia em um modelo hospitalocêntrico, tendo como figura principal, a do médico. Há no HRAN uma correlação de forças em que o Núcleo de Serviço Social está subordinado a Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico – GAMAD, que é subordinada a Direção do Hospital que é subordinada a Superintendência.

Essas corporações tem uma perspectiva individual curativa, não trazendo uma concepção de saúde ampliada que enxerga todo o processo para a garantia da saúde. A abordagem e as particularidades de cada profissional são importantes para o processo, como é abordado nos Parâmetros para Atuação dos/das Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010):

“O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.” (CFESS, Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde. Ed. 2015, p.44)

É papel da/o Assistente Social, juntamente com os outros profissionais de saúde, planejar, executar e avaliar ações que assegurem a saúde como direito e participar do projeto de humanização.

Capítulo 2 – A Saúde do Idoso no Distrito Federal e o Hospital Regional da Asa Norte – HRAN



Capítulo 2 - A Saúde do Idoso no Distrito Federal e o Hospital Regional da Asa Norte – HRAN

Neste capítulo será discutido um contexto geral sobre o contingente demográfico de idosos e como o Distrito Federal atende a oferta de serviços à essa população. Será abordado ainda sobre a estrutura da saúde pública no DF para o atendimento aos idosos, mais especificamente como funciona o HRAN e os serviços ofertados aos idosos nessa instituição. Ressaltando o que é o trabalho em rede e de que forma ele se dá.

2.1- O Distrito Federal e a Saúde do Idoso, Breves Considerações

O crescimento populacional do idoso é progressivo e no Distrito Federal esses dados não são diferentes. Segundo o Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa no DF era de 197.613 representando 7,7% da população a expectativa é que chegue a 14,9% em 2030. Com base nesses dados sobre o envelhecimento populacional crescente no DF cria-se a necessidade de uma mudança na política de saúde.

A saúde da pessoa idosa no DF na Atenção Primária a Saúde - APS é com base na Política Nacional de Atenção Básica, na Política de Saúde da Pessoa Idosa e na Política Distrital de Saúde do Idoso. No DF existe ainda o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, elaborado pela equipe técnica do Núcleo de Saúde do Idoso – NUSI de 2014 que tem como “objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso e possibilitar o reconhecimento prévio de riscos de vulnerabilidades e ou fragilidades nessa população, o que propicia intervenções precoces visando a manutenção da independência e a autonomia, fundamentais para a boa qualidade de vida na velhice.”

Acerca do termo vulnerabilidade é importante destacar que ele foi citado no decorrer do texto devido a sua utilização pelos autores do campo da saúde. A noção de vulnerabilidade social foi trazida para o campo da saúde, principalmente, no que se refere à infecção por HIV (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993; AYRES, 1996; AYRES, CALAZANS e FRANÇA JUNIOR, 1998), numa superação da noção de risco social como forma de ampliar a compressão da suscetibilidade aos agravos de saúde. Essa contribuição se dá na medida em

que passa a deslocar o foco do individual, considerando os aspectos do contexto social. (MONTEIRO, Simone, 2011)⁹

Dos tipos de doença que afetam as pessoas idosas as que mais prevalecem, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas Relacionados a Saúde, estão: doenças hipertensivas, doenças Cerebrovasculares, Influenza (gripe) e pneumonia, Diabetes Mellitus, Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso, Osteoartrose, Osteoporose, Insuficiência renal, Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno, Neoplasias, Depressão e Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento. (PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO, 2014)

O atendimento a esses idosos deve ser feito em todas as Unidades Básicas de Saúde, como: Centros de Saúde, Clínicas da Família, Equipes de Saúde da Família, Postos de Saúde Rurais e Urbanos, dentre outros. Esse idoso deverá ser atendido e encaminhado por meio de uma escuta qualificada com prioridade, conforme Estatuto do Idoso Art. 3º, parágrafo único, Inciso I, na saúde deverá ser respeitado ainda a classificação de risco. (PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO, 2014) De acordo com os dados do *site* da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, existem onze (11) ambulatórios referência em geriatria e o atendimento inicial desses idosos ocorre na atenção primária. A partir daí os encaminhamentos ambulatoriais são feitos pelos médicos.

2.2- A estrutura da atenção à saúde pública do Distrito Federal

A atenção à saúde brasileira é dividida em níveis de complexibilidade, sendo eles: a atenção básica (primária), média e de alta complexidade. A Política de Atenção Básica segundo o Ministério da Saúde (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017)

“é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.”

⁹ Para maior compreensão e aprofundamento dessa categoria, ver Simone Monteiro (2011) que faz um estudo sobre o marco conceitual da vulnerabilidade social.

A atenção básica ou atenção primária, termo equivalente de acordo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que está relacionado a promoção e a proteção à saúde. Têm como base práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, onde o trabalho se dá em equipe, direcionadas a uma população de lugares específicos. (PORTARIA Nº 2.488, Ministério de Estado da Saúde, 2011). O objetivo da atenção básica é o atendimento de problemas, em sua maioria recorrentes e relevantes para cada território. “Os princípios do atendimento básico é a universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social.” Como colocado pelo Ministério da Saúde:

“A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.”(PORTARIA Nº 2.488, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Também é, segundo a portaria de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica em seu inciso três, proibida qualquer exclusão de pessoas, com base na sua idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e dentre outros tipos de exclusão. A equipe das unidades básicas de saúde responsáveis por atender a população da atenção básica nas unidades básicas de saúde, é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, farmacêutico, auxiliar de consultório ou técnico dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde entre outros. (BRASIL,2007, p.16;17)

A Atenção Básica é formada por cinco tipos de equipes. Dentre elas, a Saúde da Família foi lançada em 1994, consolidada como principal meio de entrada no sistema de saúde e usada como estratégia de expansão e consolidação da atenção básica. A Função da saúde da família representa a proposição de mais largo alcance para a organização da atenção básica no Brasil.

Mesmo a atenção básica sendo a base orientadora e porta de entrada dos pacientes, ela não supre todas as demandas dos pacientes do SUS. A partir daí cabe ressaltar a importância da atenção de média e de alta complexidade. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde (SUS de A a Z, 2009). A definição de média complexidade segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), é de que:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (Ministério da Saúde, 2007 *apud* Conselho Nacional de Secretários de Saúde)

Para implementação do termo, o “SUS de A a Z” fornecido pelo Ministério da Saúde considera ainda como uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumatológico-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

Para a implementação da média e alta complexidade foram necessárias discussões entre gestores do SUS sobre a importância dessas atenções para complementar a atenção básica, com o objetivo de garantir um atendimento integral a população. Com relação aos

gastos dessas ações, os recursos federais do SUS representaram R\$ 12,82 bilhões, o que chega ao dobro dos valores da atenção básica.

Com relação a alta complexidade o SUS de A a Z a classifica como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (SUS de A a Z, 2009, p. 32; 33)

Esses três níveis de complexidade de atendimento no SUS são capazes de suprir as demandas dos usuários em todas as suas instâncias. No Hospital Regional da Asa Norte, são utilizados os três níveis de complexidade e os idosos são atendidos em todos eles.

2.3- O Hospital Regional da Asa Norte

No HRAN são atendidos majoritariamente pacientes em situação de pobreza e desigualdade social, pessoas em situação de rua, pacientes de outros estados, pessoas com vínculo familiar fragilizado, usuários de substâncias ilícitas, idosos, crianças, adolescentes, pacientes que necessitam de esclarecimento com relação aos seus direitos na instituição. O HRAN foi escolhido para esse projeto pois, além de ser um Hospital de grande porte no

coração de Brasília, que recebe uma grande quantidade de pessoas idosas, foi o campo de estágio onde tive a oportunidade de vivenciar a recorrente demanda por parte dos idosos na instituição.

O HRAN desempenha suas funções e serviços de acordo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde aborda as questões de proteção, recuperação e promoção da saúde. Como está posto na Constituição Federal no seu artigo 6º, em que todo cidadão tem direito a saúde.

O HRAN é uma instituição pública, vinculada diretamente ao SUS – Sistema Único de Saúde, Lei nº 8.080/90, adotada por todas as instituições de saúde pública do Brasil. Há no HRAN vínculos com empresas privadas, o SUS possibilita esse processo, entretanto apenas de maneira complementar. Inaugurado em 4 de dezembro de 1984, o HRAN foi construído para atender a população da Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro, mas atualmente atende toda população do DF e entorno.

O HRAN é referência no atendimento às vítimas de queimadura, lábio leporino, *crisdown* (atendimento aos portadores da síndrome de *down*), cirurgia bariátrica, dermatologia e hematologia. No térreo funciona o Pronto Socorro, que atende as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, odontologia, ginecologia e obstetrícia, queimados, oftalmologia, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, Centro Obstétrico - CO, dentre outros. No subsolo concentram-se a marcação de consultas de diversas áreas, e diversos atendimentos. No segundo andar, a maternidade e o berçário. Terceiro andar a ala dos queimados. Quarto andar, ala da cirurgia geral. Quinto andar, setor de hemodiálise, clínica médica masculina e feminina, cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, hematologia, pneumologia/torácica, urologia/nefrologia e vascular, sendo essa ala a mais importante para a pesquisa já que é onde o atendimento ao idoso é mais recorrente. Sexto andar ala de pneumologia, clínica Médica e Sétimo andar, ginecologia e cirurgia plástica. O HRAN está também credenciado junto ao Ministério da Educação e Ministério da Saúde como Hospital – Escola.

No que se diz respeito ao atendimento dos idosos, o HRAN possui no ambulatório o consultório geriátrico destinados a pacientes maiores de 60 anos para fazer um tratamento preventivo. Já o atendimento no Pronto Socorro acontece por meio da entrada do paciente com Serviço de atendimento móvel ou por conta própria. O trabalho do/a Serviço Social com esses idosos vai acontecer com base nos encaminhamentos realizado pelos médicos ou enfermeiros ou por meio da triagem realizada de leito em leito onde será identificada a

demanda. Segundo estatísticas realizadas pelos/as assistentes sociais do pronto socorro, o número de idosos que chegam na instituição é significativo e crescente.

2.4- O Trabalho em Rede na Saúde

Existem diversos conceitos para a palavra “rede”. Neste trabalho foi utilizado o conceito direcionado às ciências sociais, enfatizando as áreas relativas à Sociologia, juntamente ao Serviço Social, que se refere ao estudo do ser humano em suas inter-relações, contextualizando-o ao ambiente em que vive. (NEVES, 2009) As redes sociais segundo a autora NEVES (2009) dividem-se em organizacional piramidal e estrutura em rede, a autora traz ainda a perspectiva de WHITAKER (2007), que segundo a autora define muito bem as redes nas duas estruturas alternativas de organização. Há ainda uma nova forma de estrutura em rede, chamada de horizontal, que vem sendo experimentada em países de primeiro mundo. A autora coloca que o trabalho realizado na estrutura em rede é mais democrático, já a organização piramidal é baseada em uma organização mais rígida, com concentração de poder e hierarquia, como pode ser observado na figura ilustrativa da autora. (NEVES, 2009)

Quadro 1- Relação comparativa entre a estrutura organizacional piramidal e a estrutura em rede.

ESTRUTURA CONCEITOS	ORGANIZACIONAL PIRAMIDAL	ESTRUTURA EM REDE
Democracia	Depende do modo como são escolhidos seus dirigentes	Medem-se pela abertura à entrada de novos membros, pela liberdade de circulação de informações em seu interior, pela inexistência de censuras, controles, hierarquizações ou manipulações da respectiva circulação de articulação
Participação – os modos de inserção dos atores em uma rede constroem ou abrem possibilidades direcionadas à capacidade de ação	Depende da aceitação dos membros em relação ao poder de quem coordena, além da legitimidade e a forma de condução do processo	Realização do objetivo perseguido, de modo que este seja vital para quem participa da ação; o objetivo só pode ser alcançado se houver efetiva participação
Representação e Delegação de poder	Representação	Não são estabelecidos níveis de poder, mas sim tipos de responsabilidades, com vistas à realização dos objetivos perseguidos; não existe representação; o poder pertence a todos os integrantes e refere-se ao “poder conjunto”
Estrutura	Superpõem-se níveis de poder de decisão: na base: muitos com pouco poder e menos responsabilidade; no topo: poucos, com muito poder e muita responsabilidade	Seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que o cercam. Todos têm o mesmo poder de decisão, pois decidem sobre sua própria ação; co-responsabilidade. O poder se desconcentra
Disciplina e comando	Obediência e Concentração de poder	Conta com a lealdade de cada um para com todos, baseada na co-responsabilidade e na capacidade de iniciativa individual

Fonte: Elaborada pela autora, baseada em Whitaker, 2007.

“Uma rede é como um corpo: todos os seus membros a fazem funcionar, todos são a rede, nas suas ligações uns com os outros.” (WHITAKER 1993). Segundo Amaral (2007) “a rede refere-se a um sistema aberto e fechado, cujos elementos encontram-se intrinsecamente relacionados por regras, dispositivos, artefatos e situações de comunicação não subordinada.”

Logo os envolvidos nesse trabalho em rede, neste caso, Assistente Social, idoso, demais funcionários dos hospitais e as outras instituições envolvidas tem que estar ligados em *prol* de objetivos em comum para serem capazes de assegurar da melhor maneira possível os direitos da pessoa idosa.

Como é posto por Neves (2009), o poder se desconcentra nas redes, e por essa razão as informações são distribuídas e a intercomunicação horizontal torna-se uma exigência essencial para o bom funcionamento de uma rede. Todos os membros desta têm que ter acesso a todas as informações que nela circulem pelos canais que os interliguem.

Na rede, pode haver um relacionamento de pessoas, entidades organizacionais, interligar colaboradores de uma mesma organização ou unir organizações ou entidades diferenciadas. Neves (2009):

“Deste modo é possível checar programas, assim como projetos semelhantes e trabalhar o diferencial dos mesmos, redimensionando-os em função dos usuários dos serviços sociais, evitado a sobreposição de ações e, sobretudo, vislumbrando o significativo aumento de recursos financeiros, humanos e materiais direcionados em benefício das ações existentes e dos objetos pretendidos.” (NEVES, 1993, p. 156.)

Nos últimos anos o conceito de rede é definido como um “padrão organizacional capaz de expressar, em seu arranjo de relações, as ideias políticas e econômicas inovadoras, as quais surgiram a partir do desejo de resolver problemas atuais.” Estas emergem de processos culturais e políticos. (NEVES, 2009)

O Serviço Social quando se trata de redes, trabalha com as redes sociais, já que o foco deste é a proposta democrática de realização do trabalho coletivo que é indispensável aos vários modos de transformações sociais. A autora Neves (2009) com base no que diz Baptista (2000), ilustra as diferentes formas de rede no quadro a seguir.

Quadro 2 - Referente às caracterizações das diferenciadas formas de redes.

<p>REDES SOCIAIS ESPONTÂNEAS</p>	<p>Relações primárias, interpessoais e espontâneas (família, amigos, vizinhança, trabalho, dentre outras). Sua ação concretiza-se através das relações de reciprocidade, circulação de informações e prestação de serviços imediatos</p>
<p>REDES DE SERVIÇOS SÓCIOCOMUNITÁRIOS</p>	<p>Produzem serviços assistenciais de caráter mutualista, tais como mutirões para a construção de moradias, festas comunitárias, eventos culturais, esportivos, dentre outros</p>
<p>REDES SETORIAIS PÚBLICAS OU INSTITUCIONAIS OU SÓCIOGOVERNAMENTAIS</p>	<p>No campo do Estado as redes representam formas de articulação entre agências governamentais, juntamente com as redes sociais e implementam-se através das políticas públicas. Estruturam-se a partir do espaço público em função de necessidades tidas como direitos dos indivíduos (educação, saúde, habitação, etc). Representam ainda coordenações ou comissões formais que reagrupam instituições engajadas nas mesmas políticas. A composição e missão são, geralmente, impostas por uma regulamentação, sendo que ocorre ainda a constituição de espaços públicos de negociação e participação da cidadania na gestão local, devido ao processo de democratização nas relações entre Estado e sociedade civil</p>
<p>REDES SETORIAIS PRIVADAS</p>	<p>Por serem de caráter privado, seguem as leis do mercado, oferecendo seus serviços mediante pagamento. As relações sociais que caracterizam as mesmas são definidas por normas precisas, por funções e papéis atribuídos aos indivíduos para realização de serviços. Nestas redes ocorre um nível avançado de formalização</p>
<p>REDES SOCIAIS MOVIMENTALISTAS</p>	<p>Movimento social de defesa, garantia de direitos, de vigilância e luta reivindicatória por melhores condições de vida, além da afirmação de direitos. Constituem-se a partir da articulação de grupos e organizações sociais de naturezas e funções diversas, ligados através de relações institucionais e interpessoais. Estas redes oxigenam todas as demais, assumindo o papel de instituintes das novas demandas de justiça, mudanças de paradigmas, evolução sócioeducacional e promoção humana</p>

Fonte: Elaborada pela autora, baseada em Baptista (2000)

A respeito da saúde pública no DF, de acordo com as falas das/os Assistentes Sociais entrevistadas/os no HRAN, as formas de redes que mais se destacam são as redes sociais espontâneas, cuja responsabilização do indivíduo está na família, nos amigos, na vizinhança, no trabalho, nas redes setoriais públicas ou institucionais ou sócio governamentais, que pode ser exemplificado no trabalho em rede exercido no HRAN pelos/as assistentes sociais e outras instituições de acolhimentos aos idosos.

Com referência ao funcionamento das redes sociais ligadas aos idosos, alguns dos tipos de redes ou transferências de apoio aos idosos segundo Guzmán *et al.* (2003) são as de apoio material, ou seja: recursos financeiros e não financeiro (dinheiro, alimentação, vestuário), apoio instrumental por meio do transporte e cuidados em geral, apoio emocional, manifestação de afeto, empatia, visitas e apoio cognitivo, que se refere a conselhos, atividades educativas e etc.

A rede de atendimento de apoio aos idosos constitui a base da ajuda, caracterizando-se por instâncias em que os papéis fazem sentido e são ancorados por estímulos sociais que promovem um sentimento de pertença e de integração social, evitando o isolamento e retardando os efeitos das doenças incapacitantes e da depressão neste grupo populacional (RODRIGUES e SILVA, 2013).

Capítulo 3 – Análise dos Dados: desafios enfrentados no atendimento aos idosos e dificuldades no trabalho de mediação da rede



Capítulo 3 – Análise dos dados: desafios enfrentados no atendimento aos idosos e dificuldades no trabalho de mediação da rede

Este capítulo tem por objetivo apresentar os dados coletados nas entrevistas de esclarecimento realizadas com os/as Assistentes Sociais do HRAN. Primeiramente, será apresentada a metodologia utilizada para realização das entrevistas. A seguir, será realizada a análise dos dados.

3.1- Aprofundamento da Metodologia

As entrevistas realizadas com três Assistentes Sociais do Núcleo de Serviço Social do HRAN são de caráter qualitativo Minayo (2002, p. 21;22), técnica essa (vide introdução) em que as questões qualitativas propiciam questões particulares com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Possibilitando relatos cheios de significados, crenças, valores, aspirações, para enriquecer o processo de entendimento das particularidades dos indivíduos. Devido ao tempo a pesquisa não foi submetida ao comitê de Ética o que impossibilitou que a entrevista fosse realizada com outros profissionais do hospital e com os pacientes.

A entrevista foi realizada com três Assistentes Sociais do Núcleo de Serviço Social do Hospital Regional da Asa Norte – HRAN, estes profissionais foram escolhidos/as para realização da entrevista devido ao nível de conhecimento, de experiência e de recorrente contato destas com idosos no ambiente de trabalho. Os/As entrevistados/as tiveram total disponibilidade para a realização da entrevista e mostraram interesse na pesquisa. As entrevistas foram realizadas durante o mês de agosto de 2018, em ambiente favorável e não muito barulhento, duraram em torno de 30 a 40 minutos e foram realizadas dentro do HRAN, duas no Núcleo de Serviço Social e uma no Pátio interno.

O/A primeiro/a entrevistado/a trabalhou na Secretaria de Saúde durante oito anos, o/a segundo/a entrevistado/a está no HRAN desde 2004 e o/a terceiro/a desde 2016.

3.2- Processo de atendimento dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte

Acerca do processo de atendimento dos idosos no HRAN, foi interessante observar na fala dos/as entrevistados/as primeiramente como chegam as demandas dos idosos. Nessa

explicação sobre a chegada das demandas pode-se caracterizar que elas ocorrem de dois tipos majoritariamente: pelo pronto socorro e pelo ambulatório. Nesta fase os/as entrevistados/as não trouxeram dados muito significativos sobre esse meio de ingresso no hospital que extrapole a dimensão burocrática do processo de atendimento. Eles/as apenas explicaram como se dá esse fluxo, relatando que os idosos chegam pelo pronto socorro quando a situação de doença é grave ou pelo ambulatório do HRAN quando o paciente vai marcar alguma consulta de rotina, neste último caso, caracterizada como uma demanda espontânea (entrevistado/a 3).

De acordo com o/a entrevistado/a 1 há no HRAN um ambulatório de geriatria, como pode ser observado em sua fala: “Tem um ambulatório lá que é de geriatria, acho que tem dois médicos geriatras no Núcleo que em tese deveria ser multidisciplinar, com Assistente Social, psicólogo, terapeuta ocupacional, mas não tem né?” No que se diz respeito ao tempo de espera e quem são atendidos nesse ambulatório de geriatria, o/a entrevistado/a explanou que:

“[...] eu sei que é uma lista de espera grande, e é territorial. Só atende mesmo centro norte, que no caso abrange Asa Norte, Lago Norte, acho que chega no Cruzeiro, não sei se Asa Sul, mas ali é um tratamento assim... de idosos que chegam na velhice e estão fazendo trabalho meio que preventivo de Alzheimer, ou às vezes até já adquiriram a doença e vão com os familiares.”

O/A entrevistado/a 3 coloca que existe um formulário próprio para ter acesso a esse ambulatório, “onde o médico tem que preencher, da rede pública ou privada, para o paciente ter acesso ao ambulatório.”

O/A entrevistado/a 2 relata um processo diferente, já que essa trabalha em outra ala do hospital. A demanda segundo ela chega quando os pacientes são internados na clínica médica depois de passar pelo pronto socorro, então, muitas das vezes o Serviço Social do PS já identificou o que é demanda para o Serviço Social e ele/a tem que dar continuidade ao trabalho e existe também a possibilidade da abordagem inicial, com entrevista social para identificar quem são esses idosos e o que eles necessitam. O/A entrevistado/a 3 ressalta ainda que essa demanda pode ser também encaminhada pelo médico para os/as Assistentes Sociais se esses identificarem alguma questão.

Com relação as demandas dos idosos que chegam aos profissionais de Serviço Social do HRAN, segundo os/as entrevistados/as “são demandas relativas a Assistência, ao cuidado, ao responsável pelo idoso, instituição de longa permanência, BPC e etc.” (entrevistado/a 2)

No que se diz respeito aos tipos de doença que afetam as pessoas idosas as doenças mais prevalentes, como abordado anteriormente nessa monografia, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas Relacionados a Saúde, elas são: doenças hipertensivas, doenças Cerebrovasculares, Influenza (gripe) e pneumonia, Diabetes Mellitus, Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso, Osteoartrose, Osteoporose, Insuficiência renal, Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno, Neoplasias (tumores), Depressão e Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento. (PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO, 2014)

As doenças mais frequentes nos idosos que chegam no HRAN, de acordo com as entrevistadas são: diabetes, pressão alta, questão vascular, questão da demência, passe livre, encaminhamento para o INSS, dentre outras. Além disso, o que todos/as profissionais tratam é o rompimento do vínculo familiar que é recorrente com os idosos atendidos pelos/as profissionais.

No que se diz respeito a situação socioeconômica dos pacientes, o/a entrevistado/a 3 aborda que recebem no hospital “idosos em situação de vulnerabilidade, de extrema pobreza, em situação de negligência, idoso em situação de violência ou abandono...” A perda do vínculo familiar pelos idosos é visto nas falas dos/as três entrevistados/as recorrentemente. Dessa maneira há uma significativa demanda por instituições de longa permanência. Com relação a isso, os/as Assistentes Sociais relataram uma grande dificuldade em encontrar vagas nas instituições de longa permanência e consequências devido à falta de vagas. A ausência de acompanhantes acarreta também para os idosos um processo mais difícil no hospital. De acordo a primeira entrevistada:

“[...] tem idoso que é internado aí a enfermagem chega para o Serviço Social dizendo que ele não tem acompanhante, querendo obrigar a família a ficar com eles no leito porque falta pessoal da enfermagem para os cuidados, né. Principalmente aquele idoso que é dependente, que está acamado com muitas comorbidades. Aí eles querem que fique um parente, e assim... não tem como obrigar, né? É um direito dele ter acompanhante, mas não é uma obrigação da família ficar lá. Entrou no hospital é obrigação dos profissionais de saúde. A gente já viu muita coisa de violência contra o idoso e violência institucional. Como por exemplo o idoso sem acompanhante é o último a ser alimentado, fica um tempão quando eles estão com incontinência urinária já usam fraldas, são os últimos a ser trocados. Tendo um familiar a gente sempre tenta sensibilizar por esse lado que a recuperação dele pode ser mais rápida. Mas sem os vínculos familiares ou com a dificuldade do parente ficar lá, nossa é muito triste [...]”

Como pode ser visto no Estatuto do Idoso Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, em seu Art. 16 os idosos internados ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Ressalta ainda no parágrafo único que, caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Logo é possível inferir que os direitos dos idosos estão sendo ameaçados neste contexto. Os/As três entrevistados/as relatam casos de negligência dentro do hospital, tanto por parte do Estado no que se diz respeito a garantia dos direitos, nesse caso de vagas nas instituições de longa permanência, como também por parte dos profissionais para com os idosos. Como pode ser exemplificado na fala do/a entrevistado/a 3:

“[...] a gente teve um caso de um idoso que a gente procurou sensibilizar os filhos para prestar os cuidados para assumir os cuidados após a alta hospitalar a gente fez um trabalho de meses com esses filhos, contato telefônico, entrevista, conversa, mas a gente não conseguiu. Chegou o final do processo o idoso estava de alta médica e os filhos nunca mais nem apareceram, esse idoso inclusive ainda está internado aqui, ele tá 6, 7 meses. Ele estava no PS com muita luta ele subiu para o andar, mas aí a gente acionou a SEDEST pedimos a vaga e como ele estava lúcido e orientado a gente procurou a central informamos a situação de abandono familiar e aí conversando com o pessoa da Central Judicial do Idoso e eles orientaram entrar com uma ação para pedir agilidade no acolhimento dele e por incrível que pareça... não é rotina o Juiz fazer isso e o Juiz determinou acolhimento imediato para ele. O que acontece é que existe uma lista de espera, na época ele estava em 86, então tinha 85 na frente e o Juiz não costuma passar na frente né?! porque os outros estão aguardando... mas o juiz determinou e aí surgiu a vaga dele a vaga dele saiu, inclusive estão aguardando na instituição. Só que ele pegou uma infecção passou muito tempo né dentro de um pronto socorro e aí ele pegou uma infecção e está tratando e está esperando ele melhorar para poder sair. É uma situação que não deveria existir né, acabou que o Estado foi negligente com a situação porque se a vaga... o que tá na lei né a gente tem uma documentação da própria central do Ministério Público onde diz: o idoso tem direito ao acolhimento imediato no prazo de tantos dias o GDF é obrigado a pagar uma instituição de acolhimento nem que seja privada e se não fizer isso o juiz vai cobrar, mas a realidade não é essa... isso tá no papel mas a realidade não é essa.”

“Nós sabemos que existe uma fila de espera das instituições de longa permanência que já chegou ao número de 100 pessoas.” Relata o/a entrevistado/a 2. Os/As Assistentes Sociais alegaram fazem contato com a Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - SEDESTMID para solicitar a vaga e quando identificam uma situação de abandono encaminham para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, mas como sabem que as instituições andam em situação de sobre carregamento entram em contato com a Central Judicial do Idoso que é o órgão da justiça responsável para tentar adiantar o processo.

Uma dos/as assistentes Sociais informou que devido ao grande número de idosos na fila de espera e a permanência destes no Hospital, a responsabilidade dos cuidados básicos é dos profissionais de saúde. Entretanto devido ao número insuficiente de profissionais, os idosos acabam sendo negligenciados e em alguns casos sofrendo violência institucional. Como pode ser visto na fala do/a entrevistado/a 1.

“O idoso sem acompanhante é o último a ser alimentado, fica um tempão quando eles estão com incontinência urinária, usam fraldas, é o último a ser trocado. Tendo um familiar a gente tenta sensibilizar por esse lado que a recuperação dele pode ser mais rápida. Mas sem os vínculos familiares ou com a dificuldade de o parente ficar lá, nossa é muito triste.”

De acordo ao art. 16 do cap. IV do Estatuto do Idoso, deve ser assegurado ao idoso internado ou em observação o direito ao acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Logo, o que se observa na fala dos/as Assistentes Sociais é um descaso do Estado para com esses pacientes.

A respeito das Práticas Integrativas de Saúde da PORTARIA Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006 que Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, foi um assunto abordado com os/as Assistentes Sociais. Ao serem questionados/as se o HRAN possuía essas ações, todas os/as entrevistados/as relataram que não. O que existe a possibilidade de solicitar para que esses serviços aconteçam dentro do Hospital, mas de acordo com o/a entrevistado/a 1 os/as Assistentes Sociais não têm tempo para solicitar esse tipo de serviço. As praticas integrativas de saúde são mais comuns segundo elas em Centros de Saúde. Apesar do reconhecimento da importância dessas ações, neste caso para os idosos, que teriam acesso a tratamentos com Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa não possuem acesso no HRAN, já

que de acordo os/as Assistentes Sociais é um ambiente que não tem o objetivo de atuar dessa forma.

3.3- Atuação do/a Assistente Social com os Idosos no Hospital Regional da Asa Norte

No que tange ao trabalho ou intervenção dos/as Assistentes Sociais, de acordo aos Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Política Saúde (2010), estes atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação; planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Em entrevista com 3 Assistentes Sociais do HRAN, que atuam no eixo de atendimento direto aos usuários, sobre como se dá o trabalho, os limites e as possibilidades deste. Os/As entrevistados/as relataram que é feito uma abordagem inicial; onde os/as Assistentes Sociais se identificam e realizam o que chamaram de entrevista social para montar o perfil do paciente, no caso dos idosos se esses estão lúcidos, orientados, se tem ciência da situação em que se encontra, dentre outros. Os/As entrevistados/as relatam que os idosos têm sua autonomia preservada, e se for identificado que o idoso está lúcido ele pode optar por ser institucionalizado ou não. Como pode ser visto na fala do/a entrevistado/a 2:

“Então faz parte da rotina essa entrevista, conversa, essa fase de você verificar o que ele entende da sua situação o que ele espera que seja feito pela instituição no caso, pelo Serviço Social da instituição o que ele deseja para si e a partir daí a gente verifica quais são as oportunidades.”

Assim como é posto no Estatuto do Idoso no seu cap. IV abordado anteriormente nesta monografia, define que o Sistema Único de Saúde - SUS como responsável pela atenção integral do idoso, seja no tratamento ou prevenção de doenças. É direito do idoso acompanhante, internação, escolha sobre o tipo de tratamento, treinamento para cuidadores e parentes e é vetado qualquer tipo de discriminação com relação a planos de saúde.

A respeito do internação domiciliar, quando o idoso saí do Hospital e precisa desse atendimento, o Serviço Social também intervém para a garantia desse direito. O Núcleo Regional de Atenção Domiciliar – NRAD tem dentre o seu público alvo o idoso, portador de doença crônica com incapacidade funcional e dependência física para as Atividades da Vida Diária – AVD (deambulação, capacidade de movimentar-se na cama ou cadeira, capacidade

de vestir-se, alimentar-se e realizar higiene pessoal sozinho). Segundo o *site* do Núcleo Regional de atenção domiciliar o objetivo deste núcleo é disponibilizar à população do Distrito Federal, assistência prestada no domicílio a pessoas cronicamente doentes e acamadas, que exijam intensidade de cuidados mais complexos que os procedimentos realizados ambulatorialmente, mas que possam ser mantidos em casa, por equipe multiprofissional e interdisciplinar específica.

Esse programa no DF atua com doze equipes multiprofissionais, que são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e Assistentes Sociais. As regiões que ele abrange são: Sobradinho, Planaltina, Gama, Asa Norte, Guará, São Sebastião, Paranoá, Taguatinga, Ceilândia, Samambaia, Núcleo Bandeirante e Brazlândia. Essa equipe multiprofissional busca ações de promoção, recuperação, para prestar assistência a pessoas em quadros clínicos graves, porém estáveis. (GDF – NRAD)¹⁰

O/A Assistente Social 1 aborda sobre o NRAD- Núcleo de Internação Domiciliar “onde o paciente vai precisar frequentemente da visita de profissionais, de uma cama hospitalar, de oxigênio, dos insumos como: remédios e fraldas. Isso tudo é um direito dele.” O/A Assistente Social 3 ressalta a importância desse programa e a dificuldade enfrentada para que os profissionais de saúde tomem conhecimento dele para quem possam encaminhar os pacientes que precisam. O Estatuto do Idoso nos eu cap. IV inciso IV que o atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas. Logo é direito do idoso e deve ser garantido pelos profissionais de saúde incluindo o Assistente Social o atendimento domiciliar.

No que concerne a garantia de direitos, foi relatado por uma dos/as Assistentes Sociais que para a garantia de direitos mínimos como: comprar passagens aéreas para o paciente voltar para sua terra, roupas, cobertor, compra de medicamentos (que não são fornecidos pelo hospital), *kit* higiene (pois o HRAN não tem serviço de hotelaria), existia um suporte chamado “suprimento de fundos”. Era passado para os/as Assistentes Sociais com vistas segundo o Art. 6º. Do DECRETO Nº 24.673, DE 22 DE JUNHO DE 2004:

São beneficiários do Auxílio Financeiro à Pessoa Física, pacientes em tratamento nas Unidades de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que integram segmentos populacionais de baixo poder aquisitivo ou em situação de vulnerabilidade social, constatado por intermédio

¹⁰ Para mais informações acessar o site: <http://www.nradhran.xpg.com.br/index.html>

do diagnóstico social, elaborado pela Assistente Social, do Quadro de Pessoal desta Secretaria.

Entretanto, de acordo com o/a Assistente Social esse suprimento de fundos no valor de 8 mil reais, que ajudava muito com relação a necessidades emergenciais do paciente, foi cortado em 2013 ou 2014. Acarretando em uma grande dependência dos voluntários dos hospitais para suprir essas demandas, por meio de caixinhas, venda de roupas no bazar, para arrecadar dinheiro. Fica aqui uma reflexão desta monografia, será que é possível manter a qualidade mínima de atendimento, nestas condições e ser totalmente dependente do trabalho voluntário?

3.4- O Trabalho em Rede

De acordo com Neves (2009), no trabalho em rede pode haver um relacionamento de pessoas, entidades organizacionais, interligar colaboradores de uma mesma organização ou unir organizações ou entidades diferenciadas. Com relação a isso, ao serem questionados/as sobre como funciona o encaminhamento dos idosos para outras redes do GDF, os/as Assistentes Sociais relataram que o Serviço Social trabalha o tempo inteiro em rede. Os encaminhamentos dos idosos são realizados por contatos com os seguintes órgãos: CRAS, CREAS, CAPS, Central Judicial do Idoso, Centro de Saúde, PAV, Ministério Público, Delegacia, Secretaria de Assistência, INSS, Promotoria dos Direitos dos Idosos, Prontuário Eletrônico e Rede de apoio¹¹. Estes contatos, de acordo com os/as entrevistados/as acontecem por meio de telefone, presencial, por ficha de notificação, relatórios, reunião técnica, encaminhamento a mão e etc. Na fala do/a entrevistado/a 3:

“É muito importante o trabalho de articulação em rede porque a gente precisa compreender que não depende só do Serviço Social dentro do Hospital, né?! A nossa rede é muito mais ampla, não existe apenas a política de saúde, então a gente tem que articular com todas as políticas e todas as instituições. Então a gente faz esse trabalho sim, a gente articula com esses órgãos[...].”

O trabalho em rede está ligado constantemente com o trabalho do/a Assistente Social, seja dentro do hospital ou no seu trabalho com as instituições da rede. O/A entrevistado/a 1

¹¹ Vizinhos, amigos, rede de saúde mais próxima (centro de saúde), familiar, instituição religiosa e etc.

relata ser um “trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, tem que haver uma comunicação sempre”. Como pode ser exemplificado na fala do/a primeiro/o e do/a entrevistado/a 2, que traz um exemplo desse trabalho em rede dentro da instituição.

Ex 1 - “A gente senta para falar sobre tal situação e verificar por exemplo, no caso do pronto socorro, como eu sentar com as colegas para saber o que elas fizeram. Além de estar registrado no prontuário, mas assim, de sentar com elas e ouvir como é que elas procederam, qual a impressão que elas têm e a partir daí conjuntamente tentar achar uma alternativa.”

Ex 2 - “[...] não adianta o médico passar lá uma receita e entregar para o idoso se o idoso não tem condição de comprar, se o idoso mora sozinho, enfim né... tudo tem que ter. As vezes demanda onde o idoso sai de lá dependente precisa de algum cuidado o médico vai esclarecer[...].”

É interessante notar que todas/os as/os entrevistadas/os, em relação ao conceito de rede e sobre a sua importância para o trabalho do Serviço Social, o caracterizaram como “muito amplo” e fundamental. Segundo a percepção do/a entrevistado/a 2:

“Não tem como trabalhar e atender as demandas se não for em rede. As demandas da saúde elas nem sempre são de problemas de doença, elas são demandas que vêm de outras áreas né?! Questões Financeiras, questões sócio familiares, tem a ver com escolaridade...então assim... é multifacetada, não tem como você atender um usuário sem ter essa visão, essa noção de rede é fundamental e necessária para que a gente possa prestar assistência o mais completa possível.”

O/A terceiro/a entrevistado/a diz ser “impossível trabalhar com idoso em situação de vulnerabilidade sem ter esse trabalho em rede. A rede tá lá como se fosse as nossas pernas né, pra chegar mais adiante.” É possível inferir das falas colocadas pelos/as Assistentes Sociais que assim como colocado anteriormente por Whitaker (1993) “Uma rede é como um corpo: todos os seus membros a fazem funcionar, todos são a rede, nas suas ligações uns com os outros.”

3.4– Breve Balanço da Análise dos Dados

A título da sistematização dos dados encontrados percebe-se aqui que:

- A demanda mais recorrente que chega ao Serviço Social diz respeito aos idosos é a falta de acompanhante.
- Não há prática integrativas de Saúde no HRAN.
- Necessidade de reaver os Suprimentos de Fundos dos/as Assistentes Sociais.
- É notória a necessidade de incluir no Núcleo de Serviço Social o controle dos dados por meio de estatísticas sistematizadas dos atendimentos realizados pelos/as Assistentes Sociais, não apenas por meio de atas.
- O trabalho em rede ocorre a todo instante no trabalho dos/as Assistentes Sociais, seja ela no encaminhamento para outras instituições ou no trabalho interno.
- Cabe destacar o déficit no que se diz respeito as vagas nas Instituições de Longa Permanência, o que torna a permanência do idoso no hospital longa e desnecessária.
- A população idosa segundo estatísticas realizadas pelos/as Assistentes Sociais do Pronto Socorro fica em segundo lugar como população que mais chega no Pronto Socorro para atendimento.
- Foi possível perceber na entrevista com os/as Assistentes Sociais que esses idosos estão sendo negligenciados pelo Estado quando este não garante direitos básicos para o tratamento (como leito, roupas, medicação e até médicos) ou vagas nas instituições de longa permanência.
- Percebe-se ainda que a população idosa no Brasil cresce progressivamente e o país não está preparado para as demandas dessa nova sociedade.

Considerações Finais

Conforme analisado ao longo deste trabalho sobre o atendimento dos idosos no HRAN pelo Serviço Social, é importante reforçar que o crescimento da população idosa é progressivo e os olhares devem estar atentos para a relevância desse acontecimento que gera grandes mudanças sociais e econômicas, aqui tratado, sob a perspectiva da saúde.

Diante da relevância do tema, este trabalho teve como objetivo analisar sobre o processo de atendimento dos idosos no HRAN, com vistas a mapear os limites e as possibilidades do acesso e do tratamento nesta unidade de saúde, especialmente no que se refere ao Serviço Social, situando ainda sobre a saúde do idoso na realidade do Distrito Federal. A metodologia deste trabalho se deu com base em dados primários e secundários utilizando, documentos, relatórios oficiais, documentos sobre a história, fluxograma do Hospital Regional da Asa Norte e dados gerais acerca da saúde no DF para inicialmente entender a história e como funciona esses processos. Além disso, foram utilizadas entrevistas de caráter qualitativo, com roteiro semiestruturado, com os/as Assistentes Sociais do HRAN. Embora a pesquisa tenha sido realizada com apenas três Assistentes Sociais, estes/as foram escolhidas por sua proximidade e experiência com o tema.

A discussão teórica dessa monografia perpassou a historicidade sobre a Política de Saúde analisando como se deu esse processo em um contexto mais geral trazendo a importância dessa política desde a sua criação. No decorrer dos capítulos foi abordado sobre a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Estatuto do Idoso dentre outros avanços alcançados no decorrer dos anos por essa população. Ainda no primeiro capítulo foi exposto a respeito da influência do neoliberalismo nas mudanças provocadas na área da saúde, que perpassam até os dias atuais e como o Serviço Social atua na saúde para a garantia dos direitos da população idosa.

Além de uma abordagem geral sobre o processo da saúde no Brasil, no segundo capítulo esse assunto foi focalizado no Distrito Federal e no Hospital Regional da Asa Norte. Onde apresentou-se a estrutura da saúde pública do DF, no que se diz respeito ao atendimento dos idosos e mais especificamente de que maneira os serviços são ofertados aos idosos no HRAN. Analisando ainda o trabalho em rede realizado pelos/as Assistentes Sociais do Hospital.

Este trabalho contou com entrevistas qualitativas, dentre os resultados encontrados nesta pesquisa é importante perceber a escassez de serviços básicos para o atendimento e permanência dos pacientes no HRAN, como serviço de hotelaria, roupas de cama e até

mesmo médicos. O que acarreta em um longo tempo de espera pelos tratamentos. Existe ainda um problema crônico no que concerne as vagas para instituições de longa permanência, provocando uma estadia desnecessária do paciente no hospital a espera de vaga, criando riscos de pegar contaminação no hospital. A falta de verba com o corte dos suprimentos de fundos é outra dificuldade enfrentada no HRAN para suprir as necessidades assistenciais emergenciais dos idosos, contando com os voluntários do hospital para com uma função do Estado.

Com esse estudo foi possível perceber que é necessário aperfeiçoar a Política de Saúde no âmbito do GDF, precisa intervir sobre a saúde do idoso proporcionando um atendimento que supra as especificidades desta população, não somente caráter de caráter curativo, trabalhando com a prevenção e promoção da saúde.

Os/As Assistentes Sociais têm papel fundamental na garantia de direitos e nas conquistas dessa parcela da população. Isso pode ser feito não só na garantia básica dentro dos hospitais, apesar da dificuldade no processo de trabalho para assegurar esses direitos cabem aos/as Assistentes Sociais a militância sobre a questão do idosos no DF, trazendo esse assunto para o debate entre elas e os outros profissionais do Hospital, visando mostrar a importância desse assunto. Um grupo de discussão sobre os direitos dos idosos, o papel da sociedade e do Estado em assegurar esses direitos é de suma importância para o aprofundamento deste debate. Vale ressaltar que esses grupos não devem ser destinados apenas aos idosos, todos seremos idosos um dia, então, é uma discussão que cabe a todas as faixas etárias.

É preciso ter a dualidade de pensar na situação emergencial da saúde do idoso nos Hospitais do DF e olhar a longo prazo o que precisa ser feito para que a saúde atenda um contingente ainda maior dessa população. O assunto “saúde do idoso” precisa ser desmistificado e deixar de ser assunto de exclusividade dessa parcela da sociedade.

Cabe salientar que o tema desse trabalho surgiu após estagiar durante um ano no Hospital Regional da Asa Norte. Nesse período pude observar que a quantidade de pacientes idosos no Hospital era significativa e que estes sofriam vários tipos de negligência cotidianamente. Com o frequente contato com a população idosa do hospital senti a necessidade de trazer esse tema neste trabalho para que pudesse entender mais e ressaltar a necessidade de debater sobre esse assunto, pois só por meio do conhecimento para conseguirmos avançar sobre o tema.

A partir deste trabalho foi possível tomar conhecimento de como funciona o processo de atendimento dos idosos no HRAN, mapeando o trabalho do/a Assistente Social com os

idosos e como acontece o trabalho em Rede para assegurar os direitos destes. Esta monografia contribuiu para o esclarecimento de quais são as demandas dos idosos no HRAN e as dificuldades e desafios dos Assistentes Sociais para enfrenta-las.

Este Trabalho de Conclusão de Curso contribui com relatos de Assistentes Sociais que vivenciam o processo da saúde do idosos no DF. O tema desta monografia não é muito abordado e devido ao crescimento da população idosa no Brasil deve ser emergencialmente discutido cada vez mais nos âmbitos acadêmicos e de militância política profissional. Ressalto ainda a importância da realização de mais trabalhos sobre este tema e espero que outros estudos possam dar prosseguimento ao que iniciei aqui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Vera Lúcia Honório. **O desafio da Inserção do Serviço Social num Ambiente Hospitalar** – Hospital Regional de Rondonópolis: Notas de Experiência. XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, III Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade, 2005.

Beauvoir, S. (1990). **A velhice** (Martins, M. H. S., Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Saúde do Idoso (NUSI). **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso**. Brasília (DF), 2014.

CFESS. **Código de ética dos Assistentes Sociais**. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf > Acesso em: 24/10/2018.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na saúde**. Disponível em:<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - versao preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saúde_-_versao_preliminar.pdf) > Acesso em: 24/10/2018.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: MOTA, A.E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ESTATUTO DO IDOSO –Lei nº 10.741 de 0 de outubro de 2003.

GONSALVES, Elisa Pereira. Capítulo II. Selecionando o tema de pesquisa. In: **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas: Alínea, 2001.

GOVERNO DE BRASÍLIA. **Saúde do Idoso**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/saude-do-idoso/>> Acesso em: 10/05/2018.

GOVERNO DE BRASÍLIA. **Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/saude-do-idoso/> > Acesso em: 10/05/2018

GOVERNO DE BRASÍLIA. **Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar**. Disponível em: http://www.nradhran.xpg.com.br/internacao_domiciliar.html Acesso em: 10/05/2018

GUZMÁN, J. M.; MONTES DE OCA, V. **Redes de apoio social de personas mayores: marco teórico conceptual**. In: SIMPOSIO VIEJOS Y VIEJAS: PARTICIPACIÓN, CIUDADANÍA E INCLUSIÓN SOCIAL. 2003.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2008. Disponível em: <https://www.uc.pt/feuc/citcoimbra/Harvey2008> Acesso em: 08/12/2018

IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>. Acesso em: 23/09/2018.

IBGE. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população / Celso Cardoso da Silva Simões**. - Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf> Acesso em: 17/09/2018.

MEIRELLES, Pedro. Glossário de Serviço Social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

MELHOR EM CASA. A segurança do Hospital no Conforto do Seu Lar. **Núcleo Regional de Atenção Domiciliar**. GDF. Disponível em: http://www.nradhran.xpg.com.br/internacao_domiciliar.html Acesso em: 09/11/2018

MINAYO, Maria C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Nº 2.488, Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização**

da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 21 de outubro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Básica. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html Acesso em: 05/09/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acesso em: 09/11/2018.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. **O marco conceitual da vulnerabilidade social.** Artigo da Revista Sociedade em Debate, Pelotas: 2011.

MORAIS *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf> Acesso em: 10/05/2018

MOTA, A. E. **Uma reflexão sobre a reforma da previdência social.** In: COSTA, HS. (org.). 25 anos de luta em defesa da universidade pública, gratuita e de qualidade. Recife: ADUFEPE, 2004a.

NEVES, Marília N. **Rede de atendimento social: uma ação possível?** Revista Católica, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/artigostesesdissertacoes/solucao_em_rede/rede_de_atendimento_acao_possivel.pdf Acesso em: 18/09/2018

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf> Acesso em: 18/09/2018.

PAZ, Serafim Fortes; MELO, Cláudio Alves de; SORIANO, Francycellen de Motta. **A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal.** O Social em Questão. Ano XV – nº 28, 2012.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. Brasília - DF, 2013.

PLANALTO. Estatuto do Idoso lei **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, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm> Acesso em: 10/05/2018

PLANALTO. Estatuto do Idoso lei **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm> Acesso em: 10/05/2018

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso**. Gerência de Ciclos de Vida/DCVPIS/SAPS/SES-DF. Equipe Técnica do NUSI, Portaria SES –DF Nº 41 de 28/02/2014. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/5.3_PDF_Atencao_a_Saude_do_Idoso.pdf Acesso em: 25/09/2018.

QUEIROZ, Maria Isaura. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões**. Textos, Série 2, n. 3, 1999. p. 13-24

SCHEFFER, M. **O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro**. Cad Saúde Pública 2015; 31:663-6.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional. Mota, A.E.; Bravo, M.I.S.; Uchôa, R.; Nogueira, V.M.R.; Marsiglia, R.; Gomes, L.; Teixeira, M. (orgs.) São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

SINJ-DF. DECRETO Nº 24.673, DE 22 DE JUNHO DE 2004. Dispõe sobre Suprimento de Fundos às Unidades Operativas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para Execução de Auxílio Financeiro à Pessoa Física e dá outras providências. Regulamentado pelo(a) Portaria 490 de 12/12/2008. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/45012/exec_dec_24673_2004_rep.html> Acesso em: 09/11/2018

STARFIELD B. Atención primária: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: MASSON; 2001.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

WHITAKER, F. **Rede: uma estrutura alternativa de organização**. 1993. Disponível em <http://www.inforum.insite.com.br/arquivos/2591/estrutura_alternativa_organizacao.PDF>
Acesso em: 28/09/2018.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Local de residência: _____

Profissão: _____

Ano de ingresso na instituição: _____

Perguntas:

1. Você poderia me contar um pouco sobre como chegam as demandas dos idosos no Hospital Regional da Asa Norte?
2. Em sua opinião, os idosos possuem algum tipo de demanda específica? Se sim, quais? Como esses bens e serviços são acionados?
3. Como funciona o acolhimento desses idosos na instituição e quanto tempo dura em sua maioria?
4. Você poderia me contar um pouco como se dá o trabalho ou a intervenção do Assistente Social, com os idosos aqui no HRAN? (Rotina, competências, limites e desafios)
5. Ouvi falar pela professora da UnB sobre um conjunto de práticas integrativas na saúde (yoga, acupuntura, meditação, homeopatia, etc) aqui no HRAN tem essas ações? Funciona? Chega nos idosos?
6. Qual é o perfil e a situação sócio- familiar dos idosos atendidos na instituição? Existem estatísticas sistematizadas? Há algum controle desses dados?
7. Como o trabalho em Rede acontece dentro do hospital?
8. Como funciona o encaminhamento desses idosos para as outras redes do Governo o Distrito Federal - GDF? (Trabalho em rede) Qual o conceito de rede para você?
9. Na sua opinião os direitos dos idosos estão sendo garantidos no HRAN? Se não, quais as dificuldades para assegurá-los?
- 10 -Tem algo que não perguntei e que você gostaria de acrescentar sobre o assunto?

Organograma

