



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

YASMIN EVELLIN FARIAS ALVES

**SOCIALIZANDO OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NA UPA DR. ADHEMAR
DANTAS: Relato de uma Experiência de Estágio em Serviço Social**

**CAMPINA GRANDE
2025**

YASMIN EVELLIN FARIAS ALVES

**SOCIALIZANDO OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NA UPA DR. ADHEMAR
DANTAS: Relato de uma Experiência de Estágio em Serviço Social**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção de título em Bacharel em Serviço
Social.

Orientador: Prof. Ms. Lucia Maria Patriota

**CAMPINA GRANDE
2025**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A474s Alves, Yasmin Evellin Farias.

Socializando os direitos da pessoa idosa na UPA Dr. Adhemar Dantas: relato de uma experiência de estágio em serviço social [manuscrito] / Yasmin Evellin Farias Alves. - 2025.

34 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2025.

"Orientação : Prof. Ma. Lucia Maria Patriota, Departamento de Serviço Social - CCSA".

1. Envelhecimento. 2. Política de Saúde. 3. UPA. 4. Serviço Social. I. Título

21. ed. CDD 362.6

YASMIN EVELLIN FARIAS ALVES

SOCIALIZANDO OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NA UPA DR. ADHEMAR
DANTAS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social

Aprovada em: 04/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Maria do Socorro Pontes de Souza** (***.617.394-**), em 24/06/2025 18:54:16 com chave c6479c36514511f0936e1a1c3150b54b.
- **Sandra Amelia Sampaio Silveira** (***.078.183-**), em 24/06/2025 22:33:30 com chave 662dd29c516411f0bbdf06adb0a3afce.
- **Lucia Maria Patriota** (***.720.304-**), em 24/06/2025 17:56:14 com chave aac3f642513d11f0b3a706adb0a3afce.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QrCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final

Data da Emissão: 25/06/2025

Código de Autenticação: 38fae2



À minha família, por cada palavra de incentivo, apoio,
amor, cuidado e oração, DEDICO.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	7
3	A POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	13
4	O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS IDOSAS NAS UPAS	16
5	O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NA UPA DR. ADHEMAR DANTAS	20
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	20
5.2	O SERVIÇO SOCIAL NA UPA DR. ADHEMAR DANTAS	21
5.3	RELATO DE INTERVENÇÃO	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE A - FOLDER	32

SOCIALIZANDO OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NA UPA DR. ADHEMAR DANTAS: Relato de uma Experiência de Estágio em Serviço Social

Yasmin Evellin Farias Alves¹

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tomou como objeto de estudo o envelhecimento populacional e, especificamente, suas implicações no atendimento emergencial de saúde à pessoa idosa e teve por objetivo apresentar a sistematização da experiência de estágio supervisionado em serviço social na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Adhemar Dantas, localizada em Campina Grande (PB). Como objetivos específicos buscou apresentar aspectos históricos da política de saúde no Brasil; situar a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no SUS; problematizar o atendimento prestado à população idosa nas UPAs; e relatar a experiência de estágio como ferramenta formativa e de intervenção social. Justifica-se a relevância deste estudo diante do avanço da transição demográfica e da permanência de desigualdades sociais que agravam as condições de vida na velhice, especialmente no contexto da saúde pública. Compreende um trabalho de natureza descritiva e bibliográfica, baseado em um relato de experiência das vivências no campo de estágio. Os resultados apontam que, apesar das fragilidades estruturais do sistema e das contradições presentes no cotidiano das UPAs, é possível construir ações educativas que fortaleçam o vínculo entre profissionais e usuários idosos, contribuindo para o acesso à informação, à cidadania e à defesa de direitos. O estágio revelou-se como espaço potente de aprendizagem crítica e atuação ética na perspectiva de um Serviço Social comprometido com a transformação social.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Política de Saúde. UPA. Serviço Social.

Socializing the Rights of Older Adults at UPA Dr. Adhemar Dantas: A Report on a Social Work Internship Experience

ABSTRACT

This undergraduate thesis focused on population aging as its object of study, specifically examining its implications for emergency healthcare services for the elderly. The objective was to present the systematization of the supervised internship experience in Social Work at the Emergency Care Unit (UPA) Dr. Adhemar Dantas, located in Campina Grande, Paraíba (PB), Brazil. The specific objectives included presenting the historical aspects of health policy in Brazil; contextualizing the National Policy for Urgent and Emergency Care within the Unified Health System (SUS); analyzing the care provided to the elderly population in UPAs; and reporting the internship experience as a formative and social intervention tool. The relevance of this study lies in the context of ongoing demographic transition and the persistence of social inequalities that worsen living conditions in old age, especially within the public health system. This is a descriptive and bibliographic study, based on an experience report from the internship fieldwork. The results indicate that, despite the structural weaknesses of the system and the contradictions present in the daily operations of UPAs, it is possible to develop educational actions that strengthen the bond between professionals and elderly users, promoting access to information, citizenship, and the defense

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: Yasmin.alves1881@gmail.com.

of rights. The internship proved to be a powerful space for critical learning and ethical practice, aligned with a Social Work perspective committed to social transformation.

Keywords: Aging. Health Policy. Emergency Care Unit. Social Work.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional no Brasil tem se intensificado nas últimas décadas, configurando-se como um fenômeno demográfico de proporções significativas e implicações sociais complexas. Longe de se tratar apenas do prolongamento da duração da vida, o envelhecimento deve ser compreendido em suas múltiplas dimensões, atravessadas por marcadores de classe, gênero, raça e território, que conformam experiências profundamente heterogêneas. Nesse cenário, a velhice, muitas vezes romantizada no discurso das mídias e até institucional, revela-se, na prática, como uma etapa da vida marcada por desigualdades históricas e pelo enfrentamento cotidiano à violação de direitos básicos.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) toma como objeto de estudo o envelhecimento, com foco específico nas condições de atendimento à pessoa idosa em serviços de saúde emergencial, notadamente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e é resultado da vivência de estágio supervisionado em Serviço Social na UPA Dr. Adhemar Dantas, no município de Campina Grande (PB), no período de um ano e meio, iniciando em maio de 2023 estendendo-se a junho de 2024, o estudo propõe-se a refletir criticamente sobre as fragilidades e potencialidades do cuidado voltado a essa população no contexto das urgências e emergências.

O presente trabalho tem por objetivo geral apresentar a sistematização da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social na UPA Dr. Adhemar Dantas, localizada em Campina Grande (PB). Para alcançar essa finalidade, estabelecemos como objetivos específicos apresentar elementos sobre a conformação histórica da política de saúde no Brasil, fazendo um recorte a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, destacando seus avanços e limitações até os dias atuais; situar a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo sua importância e seus desafios operacionais; problematizar o atendimento à população idosa nas UPAs, identificando lacunas na efetivação dos direitos sociais e de saúde; e, relatar a intervenção realizada no campo de estágio, voltada à socialização dos direitos das pessoas idosas no contexto da urgência. Trata-se de um trabalho de natureza descritiva e bibliográfica, ancorado no relato de experiência, no qual buscamos articular os conteúdos teóricos da formação em Serviço Social com a realidade concreta do estágio.

A relevância deste estudo reside na necessidade urgente de ampliar o debate sobre o envelhecimento com dignidade, especialmente no contexto dos serviços de urgência e emergência, onde a pessoa idosa frequentemente comparece em situações de extrema vulnerabilidade. Ao reconhecer as tensões entre o direito formal assegurado pelo Estatuto da Pessoa Idosa e a realidade concreta dos serviços públicos, este trabalho reafirma o compromisso ético-político do Serviço Social com a defesa dos direitos humanos, a justiça social e o fortalecimento do SUS como política pública essencial à garantia da cidadania.

O trabalho está estruturado da seguinte maneira: no item 2 são apresentadas considerações sobre a Política de Saúde no Brasil. No item 3 foram abordados aspectos sobre a Política de Urgência e Emergência e as UPA. No item 4 foi discutido sobre o atendimento às pessoas idosas nas UPAs. No item 5 foram traçados aspectos sobre o estágio obrigatório em Serviço Social na UPA Dr. Adhemar Dantas, elencando elementos sobre a caracterização, o Serviço Social na UPA Dr. Adhemar Dantas, a elaboração e execução do projeto de intervenção. Por fim, são apresentadas as considerações finais e as referências usadas.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, representou um marco na história brasileira ao consolidar direitos fundamentais - entre eles, o direito à saúde como dever do Estado. Esse avanço, no entanto, deve ser compreendido dentro do contexto político dos anos 1980, marcados pela transição da ditadura militar para o regime democrático e pelo fortalecimento de movimentos sociais diversos. Como destaca Paim (2008), foi justamente o protagonismo desses movimentos - compostos por intelectuais e representantes de entidades de classe - que impulsionou a incorporação de direitos sociais mais amplos na nova ordem constitucional.

Entre os movimentos que se destacaram no período, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) merece atenção especial. Iniciado na década de 1970, em meio ao processo de redemocratização, o MRS propunha uma ruptura com o modelo vigente, defendendo uma atenção à saúde baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Impulsionado por profissionais da saúde, acadêmicos e militantes, o movimento questionava a limitação do acesso ao atendimento médico, então restrito aos trabalhadores formais vinculados à previdência social. Essa crítica antecipava um novo entendimento de saúde enquanto direito coletivo, o que viria a influenciar decisivamente a formulação do SUS.

A luta por uma reforma sanitária no Brasil ganhou força com o acúmulo de críticas ao modelo excludente vigente e foi fortemente influenciada por experiências internacionais e pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse cenário evidenciou que a conquista de direitos sociais, como o acesso à saúde, está profundamente conectada à mobilização popular e à consolidação democrática. É possível afirmar que, sem a atuação persistente da sociedade civil organizada, dificilmente o direito à saúde teria alcançado a dimensão que possui na Constituição de 1988 - tanto em termos de abrangência quanto de reconhecimento legal.

Destacamos nesse processo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que desempenhou um papel fundamental ao debater a estrutura de um sistema de saúde mais inclusivo. Essa Conferência foi resultado direto das articulações do MRS e representou um momento decisivo na construção das diretrizes que fundamentariam o Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o evento, foram estabelecidos princípios essenciais, como a descentralização da gestão, a participação da comunidade na formulação e fiscalização das políticas de saúde e a integração das ações preventivas e curativas em um único sistema. Esses princípios viriam a moldar o SUS, instituído pela Constituição de 1988, como um modelo de saúde pública pautado na universalidade, equidade e integralidade.

Esse modelo é pautado na compreensão da produção social de saúde, o que amplia a própria compreensão de saúde, considerando a determinação social da mesma, além de romper com a lógica excludente anterior, que vinculava o acesso à saúde à previdência social, garantindo, assim, atendimento a toda a população (Paim, 2008). Dessa forma, evidencia-se que a criação do SUS representou uma resposta concreta às demandas da sociedade por um sistema de saúde que atendesse a todos, independentemente de contribuição.

A estruturação desse sistema representou um avanço significativo, mas não eliminou desafios históricos do sistema de saúde brasileiro, como a desigualdade na distribuição de recursos entre as regiões do país, a dificuldade de acesso a serviços de saúde em áreas remotas e a necessidade de investimentos contínuos para garantir a qualidade dos serviços. Além disso, a manutenção do SUS exige constante aprimoramento das políticas de financiamento e gestão, além do fortalecimento dos mecanismos de controle social para garantir a efetividade dos princípios estabelecidos na Constituição Federal e nas leis que regulamentam o SUS, as Leis 8080/90 e 8142/90.

De acordo com análises de Bravo (2004), a descentralização da gestão do SUS, prevista desde a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, tinha por objetivo ampliar a autonomia dos entes federativos, contudo, a falta de repasses adequados intensificou desigualdades regionais, comprometendo a efetividade do sistema. Tal fato evidencia que, apesar dos avanços institucionais, o financiamento insuficiente da saúde pública ainda é um dos maiores entraves para a universalização plena do atendimento. A desigualdade entre estados e municípios reflete-se na estrutura das unidades de saúde, na disponibilidade de profissionais qualificados e na capacidade de atendimento, gerando discrepâncias na qualidade dos serviços prestados à população.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a descentralização dos serviços de saúde foi uma das principais estratégias para fortalecer a gestão municipal do SUS. Essa política buscava transferir maior autonomia para estados e municípios, permitindo uma adaptação mais próxima das necessidades locais. No entanto, essa descentralização expôs as fragilidades de muitas prefeituras, que enfrentavam dificuldades em administrar seus sistemas de saúde devido à falta de estrutura e, principalmente, de financiamento adequado. A criação do Plano de Atendimento Básico (PAB) e o fortalecimento da atenção primária foram avanços significativos, mas a ausência de recursos suficientes para a implementação efetiva dessas políticas limitou seu impacto, resultando em grandes dificuldades na oferta de atendimento de qualidade, especialmente em regiões com baixa arrecadação e alta demanda por serviços públicos.

O governo FHC também empreendeu a Reforma Administrativa do Estado, que estava alinhada aos princípios neoliberais e tinha por objetivo modernizar a administração pública e torná-la mais eficiente e focada no mercado. Essa reforma visava reduzir a intervenção direta do Estado em diversas áreas, inclusive na saúde, e dar maior espaço para a iniciativa privada. No caso da saúde, isso significou um processo de descentralização que, embora tenha aumentado a autonomia local, também enfraqueceu a gestão pública centralizada, prejudicando a coordenação e o financiamento adequado do SUS. O modelo de gestão proposto, em muitos casos, não conseguiu superar as desigualdades regionais, deixando a maior parte dos municípios em uma situação difícil para lidar com a crescente demanda por serviços de saúde (Borlini, 2010).

Esse movimento de redução do papel do Estado na saúde, reforçado pela crise fiscal e o subfinanciamento do SUS, abriu espaço para o fortalecimento de uma agenda privatista. A ideia de eficácia/eficiência, um dos pilares do plano de reforma, foi associada à premissa de que o setor privado poderia oferecer soluções mais rápidas e eficazes para os problemas que o Estado não conseguia resolver, incluindo a precariedade dos serviços públicos de saúde. Como resultado, durante esse período, as parcerias público-privadas (PPPs) se tornaram mais comuns, e a transferência de serviços de saúde para a gestão privada começou a ganhar força. Esse processo não só visava aliviar a pressão sobre o sistema público, mas também atender à demanda por um modelo mais rentável e eficiente, em sintonia com a lógica neoliberal.

Portanto, a reforma administrativa de FHC não apenas contribuiu para a descentralização do SUS, mas também foi um elemento crucial na introdução de um modelo privatista na saúde pública brasileira. A falta de recursos e o enfraquecimento do financiamento público impulsionaram a ideia de que a solução para os problemas do sistema de saúde passava por uma maior participação da iniciativa privada. Esse movimento resultou em um modelo de saúde que, com o tempo, foi cada vez mais dominado por interesses privados, transformando a saúde pública em um setor atraente para o lucro, com efeitos duradouros na qualidade e no acesso aos serviços de saúde para a população. O impacto dessa mudança se reflete até hoje, com a persistente desigualdade no acesso a serviços de saúde de qualidade em diferentes regiões do país (Borlini, 2010).

Nos anos 2000, o governo Lula (2003-2011), que representou uma mudança ídeo-política importante, dada sua postura progressista e comprometida com os interesses da classe trabalhadora, investiu sobremaneira na chamada Atenção Primária a Saúde, expandindo o então Programa Saúde da Família (PSF) e fortalecendo a rede básica de atendimento. O aumento no número de equipes de Saúde da Família ampliou a cobertura da atenção primária e permitiu um acompanhamento mais próximo das populações em situação de vulnerabilidade.

Foram implementadas políticas de ampliação do acesso a medicamentos essenciais, como a criação do programa Farmácia Popular. Essas medidas foram fundamentais para reduzir a pressão sobre hospitais e unidades de pronto atendimento, garantindo um cuidado mais preventivo e contínuo para a população.

Um dos marcos mais significativos do referido período foi a criação da Política Nacional de Atenção a Urgências (PNAU), em 2003. A PNAU visava fortalecer a rede de atendimento de urgências e emergências no país, estabelecendo diretrizes para a organização dos serviços e a qualificação dos profissionais de saúde. A partir dessa política, buscou-se descentralizar o atendimento, melhorar o tempo de resposta aos casos de urgência e reduzir a mortalidade evitável, refletindo uma mudança estratégica na organização do sistema de saúde pública.

Outro grande feito foi a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em 2004. O SAMU representou uma inovação no sistema de saúde brasileiro ao introduzir um modelo eficiente de socorro e transporte de pacientes em situações de urgência, principalmente em áreas periféricas e regiões mais remotas. Com a instalação de centrais de regulação e a ampliação da frota de ambulâncias, o SAMU possibilitou um atendimento mais ágil e especializado, reduzindo o tempo de espera para atendimento médico e melhorando a sobrevida de pacientes em situações críticas. Esse serviço se consolidou como uma peça fundamental na resposta a emergências no Brasil.

Além dessas iniciativas, o governo Lula também focou em políticas voltadas para a saúde bucal e a saúde mental da população. O programa Brasil Sorridente, lançado em 2004, teve como objetivo universalizar o acesso ao atendimento odontológico no SUS, promovendo a reabilitação oral e a prevenção de doenças bucais.

Já a política de Saúde Mental, em consonância com a reforma psiquiátrica iniciada na década de 1990, buscou reduzir o número de internações psiquiátricas em instituições e promover o atendimento comunitário e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais. Essas ações, ao lado da ampliação do acesso a medicamentos e do incentivo à atenção primária, representaram um esforço significativo para integrar e humanizar a saúde no Brasil, com foco no atendimento integral e na promoção da qualidade de vida da população.

Apesar dos avanços institucionais conquistados, a efetivação do SUS ainda enfrenta obstáculos persistentes. A insuficiência de infraestrutura, a sobrecarga dos profissionais e a dependência de serviços privados para procedimentos de alta complexidade revelam contradições estruturais. Como observa Paim (2010), a universalização do atendimento segue comprometida por entraves históricos, como o subfinanciamento crônico e as desigualdades regionais — fatores que dificultam o acesso integral à saúde, sobretudo para a população que depende exclusivamente do sistema público.

As análises das políticas de saúde implementadas durante os primeiros mandatos do Governo Lula (2003-2006) revelam uma dualidade entre a expansão de programas destinados a ampliar o acesso aos serviços de saúde e a continuidade de políticas econômicas que priorizavam o equilíbrio fiscal. Iniciativas como a criação do SAMU, a Política Nacional de Saúde Bucal e a Farmácia Popular contribuíram para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, a ênfase no superávit primário resultou em cortes nos investimentos em áreas cruciais, como a previdência social e o SUS. Essa dualidade sugere que, apesar dos

avanços sociais, as políticas econômicas adotadas durante o período favoreceram interesses do capital financeiro em detrimento de uma expansão mais robusta dos direitos sociais (Bravo; Menezes 2011).

Além disso, a continuidade de políticas neoliberais, herdadas do governo anterior e aprofundadas durante o governo Lula, levanta questionamentos sobre a possibilidade de conciliar políticas sociais com ajustes fiscais. Embora programas como o Bolsa Família tenham proporcionado melhorias significativas para milhões de brasileiros, a persistência de políticas fiscais restritivas pode ter limitado o potencial de melhorias dessas iniciativas. Essa abordagem evidencia uma tensão entre a necessidade de atender às demandas sociais imediatas e a adesão a compromissos fiscais que, por vezes, comprometeram a expansão e a qualidade dos serviços públicos essenciais. Conforme discutido por Marques; Mendes (2007), a política fiscal restritiva, adotada pelo governo Lula, resultou na diminuição dos direitos sociais, afetando negativamente áreas como a previdência social e o SUS.

O governo Dilma Rousseff (2011-2016) deu continuidade às políticas de fortalecimento do SUS, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família e a criação do programa Mais Médicos, em 2013. O programa visava suprir a carência de profissionais de saúde em regiões remotas e periféricas do país, garantindo atendimento a populações historicamente negligenciadas. A iniciativa foi um dos maiores avanços da gestão na área da saúde, pois ampliou a presença de médicos em locais onde antes não havia atendimento adequado (Bravo; Menezes, 2011).

Entretanto, o governo Dilma também enfrentou desafios, como dificuldades na gestão orçamentária e cortes em investimentos na saúde devido à crise econômica de 2015. O subfinanciamento do SUS e a crescente demanda por serviços pressionaram ainda mais o sistema, resultando em sobrecarga nos hospitais públicos e dificuldades na manutenção dos programas de assistência.

A troca forçada de governo, com o impeachment de Dilma Rousseff em 2016, deu início a um período de instabilidade política e retrocessos nas políticas públicas no Brasil, especialmente na saúde. A ascensão de Michel Temer (2016-2018) à presidência foi marcada por um clima de polarização e desconfiança, refletindo diretamente nas políticas sociais. Conforme Bravo; Pelaez; Menezes (2019), o governo Temer adotou uma agenda ultraneoliberal que enfraqueceu o SUS, comprometendo sua universalidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

A Emenda Constitucional 95, que impôs um teto de gastos públicos por 20 anos, foi um marco dessa política. Essa austeridade fiscal limitou severamente o financiamento de áreas essenciais, como saúde e educação, aprofundando as desigualdades no acesso à saúde e prejudicando o funcionamento do SUS. Silva; Santos; Correia (2021) destacam que a medida foi um retrocesso na universalização da saúde, resultando em uma escassez de recursos para o sistema público.

Além disso, o governo Temer favoreceu a privatização dos serviços de saúde, ampliando a atuação do setor privado e desresponsabilizando o Estado pela oferta de serviços essenciais. A flexibilização das regras para planos de saúde e a mercantilização dos serviços aprofundaram as desigualdades sociais, criando um sistema cada vez mais excludente, especialmente para as camadas mais vulneráveis da população. Os autores citados acima apontam que esse modelo transformou a saúde em um produto de mercado, acessível apenas a quem pode pagar (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019).

O governo Temer também fortaleceu valores conservadores, o que teve impacto negativo em políticas públicas de saúde, como o direito à saúde reprodutiva das mulheres e a promoção dos direitos das minorias. A resistência a pautas progressistas resultou em retrocessos significativos, limitando o acesso a serviços de saúde para a população mais vulnerável. Como resultado, o governo Temer representou um período de retrocesso nas

políticas de saúde, com a adoção de reformas que enfraqueceram o SUS e ampliaram as desigualdades no acesso à saúde, subordinando-o aos interesses privados.

A gestão de Jair Bolsonaro (2019-2022) foi marcada pela pandemia de COVID-19, um dos maiores desafios sanitários da história recente do Brasil. Embora o SUS tenha desempenhado um papel fundamental na resposta à crise, com testagem, internações e vacinação, a condução do governo foi repleta de falhas. A demora na aquisição de vacinas, a propagação de informações falsas e cortes orçamentários na saúde sobrecarregaram o sistema hospitalar, resultando em mortes evitáveis e uma gestão caótica da crise.

Além disso, a troca constante de ministros da saúde contribuiu para o agravamento da situação. Com Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga assumindo o cargo em intervalos curtos, a falta de continuidade e a instabilidade prejudicaram a implementação de políticas públicas eficazes e dificultaram a coordenação nas respostas à pandemia. A rotatividade no ministério da saúde evidenciou a falta de planejamento estratégico e descompromisso do governo com a crise sanitária.

O governo Bolsonaro também teve uma postura deliberadamente de enfraquecimento em relação ao SUS. Apesar de sua importância durante a pandemia, o governo adotou uma agenda ultraneoliberal que favorecia o setor privado, enfraquecendo a universalidade do SUS e aumentando as desigualdades no acesso à saúde. A falta de investimentos e as propostas de privatização agravaram a situação da saúde pública, colocando em risco o sistema durante um momento crítico.

Além disso, a postura negacionista do governo, que questionou orientações científicas e se opôs a medidas preventivas como o uso de máscaras, acelerou a propagação do vírus e desorganizou ainda mais a resposta a pandemia. A falta de compromisso com a ciência e as políticas públicas de saúde resultaram em um agravamento da crise sanitária e na fragilização do SUS, aprofundando as desigualdades no acesso à saúde e comprometendo a saúde da população.

A pandemia expôs não apenas as fragilidades da gestão pública da saúde, mas também a importância de um governo comprometido com o fortalecimento de um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade, como o SUS, que foi constantemente atacado durante esse período (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019).

Lula, em seu terceiro mandato (2023-2026), herda um cenário de desmonte das políticas públicas promovido pelas gestões anteriores. Suas primeiras ações incluem a reestruturação de programas sociais e a tentativa de revogar medidas que comprometeram o financiamento da saúde, como a EC 95 (Dieese, 2023).

A retomada do investimento social é essencial para fortalecer o SUS e garantir que a população tenha acesso a um atendimento de qualidade. Além disso, o governo tem buscado ampliar a oferta de medicamentos gratuitos pelo programa Farmácia Popular e fortalecer a Estratégia Saúde da Família, reconhecendo a importância da APS como porta de entrada para o sistema de saúde.

Segundo o Setor Saúde (2024), uma importante questão a ser problematizada na atual conjuntura refere-se à digitalização da saúde e a incorporação de novas tecnologias que representam desafios contemporâneos. É fato que a telemedicina pode ampliar o acesso aos serviços, mas também exige regulamentação para evitar desigualdades no atendimento. Assim, a modernização do sistema de saúde, a exemplo do Programa SUS Digital deve ser acompanhada de políticas que garantam equidade e acesso a todos os cidadãos, evitando que a inovação tecnológica se torne mais um fator de exclusão social. Tecnologias como o uso de inteligência artificial para diagnósticos e a digitalização dos prontuários médicos podem contribuir para a eficiência do SUS, mas requerem infraestrutura e qualificação profissional para sua implementação adequada.

Há ainda de se considerar que a pressão por privatizações continua a ameaçar o caráter público do SUS, enquanto movimentos sociais e acadêmicos defendem sua ampliação e fortalecimento. O avanço dos planos de saúde privados e a priorização da lógica do mercado resultaram na ampliação das disparidades entre os setores público e privado. Os serviços de alta complexidade ficaram cada vez mais concentrados no setor privado, enquanto o SUS se manteve como única alternativa para a população de baixa renda. Esse fenômeno evidencia um problema estrutural do sistema de saúde brasileiro, no qual o acesso a serviços mais sofisticados ainda é determinado pela capacidade econômica do cidadão, contrariando o princípio de equidade do SUS (Bravo; Pelaez, 2020).

Além do já exposto, a de se considerar o Novo Arcabouço Fiscal proposto pelo governo Lula. Ao buscar o equilíbrio das contas públicas, o chamado Ajuste Fiscal levanta preocupações sobre os possíveis impactos nas políticas sociais. Salvador (2024), ao analisar o tema, destaca que a rigidez fiscal, se não cuidadosamente calibrada, pode comprometer avanços significativos nas áreas de saúde, educação e assistência social. De fato, a busca por um controle fiscal mais rigoroso pode resultar na limitação de investimentos fundamentais para a redução das desigualdades, o que coloca em risco o fortalecimento das redes de proteção social. Ao mesmo tempo, é preciso compreender que a austeridade fiscal não deve ser vista como a única solução para os desafios econômicos. O maior desafio é encontrar um ponto de equilíbrio onde a responsabilidade fiscal não inviabilize as políticas que promovem justiça social. Portanto, é essencial garantir que o arcabouço fiscal seja flexível o suficiente para atender a essas demandas, sem sacrificar os direitos e os avanços conquistados.

De fato, o governo precisa explorar alternativas para ampliar a arrecadação sem comprometer investimentos sociais. Entre as soluções sugeridas estão a cobrança de dívidas ativas, a taxação de lucros e dividendos e a revisão de isenções fiscais que beneficiam setores privilegiados (Dieese, 2023). Essas medidas podem proporcionar um equilíbrio nas contas públicas sem recorrer a cortes em políticas essenciais, assegurando a manutenção e o aprimoramento dos serviços de saúde pública. O financiamento adequado do SUS deve ser visto como um investimento na qualidade de vida da população e no desenvolvimento social e econômico do país.

O futuro da saúde pública no Brasil dependerá de decisões políticas que priorizem o interesse coletivo sobre a lógica mercadológica. A revogação de políticas de austeridade, o aumento do financiamento da saúde e a valorização da Rede de atenção à Saúde 100% pública são fundamentais para garantir um sistema de saúde universal, equânime e eficiente. Assim, o compromisso do Estado em fortalecer o SUS e garantir seu financiamento adequado será determinante para assegurar que os avanços conquistados nas últimas décadas não sejam perdidos, mas ampliados.

Um fato recente e que tem suscitado muitas reflexões em relação aos rumos da política de saúde no país refere-se à substituição da ministra da saúde Nísia Trindade por Alexandre Padilha. A substituição que evidencia claramente a priorização de critérios políticos em detrimento da continuidade e eficiência dos serviços de saúde tem despertado preocupação. Nísia Trindade, primeira mulher a liderar a pasta, foi reconhecida por sua gestão técnica e comprometida, destacando-se na reversão da queda da cobertura vacinal e na ampliação do programa Farmácia Popular, beneficiando milhões de brasileiros. Sua saída, acompanhada de críticas misóginas, levanta questionamentos sobre a real motivação por trás da mudança, sugerindo que interesses políticos podem ter favorecido a busca por competência técnica. Essa troca não apenas desestabiliza avanços conquistados, mas também enfraquece a confiança pública no compromisso do governo com a saúde, ao priorizar alinhamentos partidários em detrimento de necessidades urgentes do setor (A Crítica, 2024).

No próximo item iremos apresentar algumas considerações sobre a Política Nacional de Urgência e Emergência no Brasil, uma vez que nossa experiência de Estágio Obrigatório aconteceu em uma UPA, que integra tal política.

3 A POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs)

A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (PNUE) foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, durante o primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com Humberto Costa como Ministro da Saúde. Posteriormente, no governo da presidenta Dilma Rousseff, a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a PNUE e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, fortalecendo ainda mais as ações voltadas ao atendimento emergencial no país.

A PNUE foi implementada no Brasil com o propósito de reorganizar e aprimorar o atendimento às situações de urgência e emergência no SUS. Seu principal objetivo é integrar os diferentes serviços de saúde disponíveis, assegurando que a população tenha acesso a um atendimento rápido e eficaz em momentos críticos. A PNUE estabelece, como um dos seus pilares fundamentais a RUE, que é estruturada para garantir um atendimento contínuo, começando pelo primeiro contato do paciente até a assistência especializada em unidades hospitalares de maior complexidade (Souza; Torres, 2015).

Esse modelo de rede é crucial, pois reconhece a natureza imprevisível e de grande impacto das emergências para a saúde pública. Os eventos emergenciais, como infartos, acidentes graves e paradas cardiorrespiratórias, exigem uma resposta ágil e coordenada. A PNUE, portanto, tem como proposta reduzir o impacto desses eventos, proporcionando uma resposta mais eficiente, com menores danos ao paciente e melhorando suas chances de sobrevivência. O conceito de “rede” que norteia essa política não se restringe a uma única unidade de atendimento, mas visa garantir uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de serviço, o que permite uma resposta adequada a cada tipo de urgência, de acordo com a complexidade do caso.

O modelo de atendimento proposto pela PNUE é multifacetado e dinâmico, no qual a atuação de unidades como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) desempenham um papel fundamental. Estas unidades, que são pontos iniciais de atendimento, servem como canais importantes para a estabilização do paciente e para o encaminhamento adequado aos hospitais ou unidades de terapia intensiva, quando necessário. Portanto, a PNUE não apenas trata da implementação de um plano emergencial, mas busca uma abordagem integrada e coordenada de atenção à saúde, onde a continuidade do cuidado é uma prioridade. Isso reflete uma visão mais ampla e estratégica, que organiza os serviços de saúde de forma a garantir que cada paciente receba o atendimento adequado no tempo mais oportuno possível (Brasil, 2006; Tofani et al. 2024).

O cerne dessa organização está na criação de um sistema de saúde mais eficiente, com a qualificação da rede existente. Para que esse modelo funcione de forma eficaz, a PNUE propõe a implementação de protocolos bem definidos, sistemas de regulação eficientes e o treinamento contínuo dos profissionais de saúde. Além disso, a infraestrutura das unidades de atendimento precisa ser adequadamente ajustada para que o SUS consiga dar respostas rápidas às emergências de forma constante e sustentada ao longo do tempo. Essa organização visa aumentar a eficácia do SUS, fortalecendo sua capacidade de resposta e, por consequência, melhorando a qualidade do atendimento prestado, o que impacta diretamente na saúde da população.

Nesse sentido, a PNUE não pode ser vista apenas como uma resposta pontual às emergências, mas como uma estratégia para transformar a estrutura do SUS, tornando-a mais eficiente e preparada para enfrentar situações de risco à vida com maior organização e prontidão. Ao implementar essa rede estruturada e integrada, o sistema de saúde brasileiro não só melhora sua capacidade de atendimento de urgências, mas também se torna mais eficaz no manejo das emergências, resultando em uma população mais segura e com maiores possibilidades de recuperação (Souza, Torres, 2015; Tofani et al, 2024).

Nesse contexto, é possível perceber que a estruturação da RUE tem no SAMU e nas UPAs dois de seus pilares centrais. O SAMU, em particular, exerce função estratégica no primeiro atendimento às emergências, operando por meio de uma central de regulação que aciona equipes médicas para o atendimento pré-hospitalar em locais públicos ou domiciliares. Seu objetivo é reduzir o tempo de resposta às situações críticas, encaminhando os pacientes para as unidades de saúde adequadas, quando necessário (Brasil, 2013).

O funcionamento do SAMU revela a importância de uma resposta rápida e coordenada nas situações de urgência e emergência. Em casos críticos, como paradas cardiorrespiratórias ou acidentes graves, a agilidade do atendimento representa a diferença entre a vida e a morte. A atuação por meio de centrais de regulação permite não apenas o acionamento das equipes de forma estratégica, mas também uma triagem eficaz, que direciona o paciente ao serviço adequado conforme a complexidade do caso (Brasil, 2013; Tofani et al., 2023). Essa estrutura tem se consolidado como um dos pilares da resposta emergencial no SUS.

Além disso, a operação do SAMU é um exemplo de como a integração entre os diferentes serviços de saúde pode resultar em uma rede de atendimento mais eficiente. A articulação entre os profissionais do SAMU, as unidades de saúde e os hospitais é uma característica essencial para o funcionamento da RUE. Porém, é necessário que essa integração seja bem estruturada e que haja uma comunicação constante entre os diferentes níveis de atendimento. A capacidade de um sistema de saúde responder a emergências depende, em grande medida, de como esses serviços são conectados e de quão bem coordenados eles estão para fornecer um atendimento contínuo e eficaz.

Apesar dos avanços acumulados, nota-se que o SAMU ainda enfrenta entraves estruturais que comprometem sua universalização e eficiência. A cobertura limitada em áreas remotas, a carência de profissionais qualificados e a atualização das tecnologias utilizadas são exemplos disso. Em muitas regiões, especialmente em áreas mais remotas ou periféricas, o SAMU enfrenta dificuldades para alcançar uma cobertura plena. Isso pode resultar em tempo de resposta mais longo, o que compromete a eficácia do atendimento. Além disso, a formação de equipes multidisciplinares e a melhoria do atendimento em situações de maior complexidade exigem investimentos em recursos humanos e infraestrutura. A qualidade da regulação e da gestão do SAMU, incluindo o treinamento contínuo das equipes e a incorporação de novas tecnologias, é decisiva para que o sistema tenha sucesso em sua missão de salvar vidas e oferecer cuidados adequados no momento mais crítico (Tofani et al, 2023; Souza, Torres, 2015).

Portanto, ao analisar o papel do SAMU, percebe-se que sua função vai muito além do simples atendimento inicial. Ele representa um elo fundamental na rede de saúde pública, garantindo não só a sobrevivência dos pacientes, mas também a continuidade do cuidado necessário. A resposta rápida e a coordenação entre os serviços de saúde são essenciais para que o SUS cumpra seu papel de assegurar um atendimento universal e eficiente, especialmente em situações de emergência.

As UPAs, por sua vez, desempenham um papel estratégico na assistência intermediária entre a Atenção Básica e os hospitais que compõem o nível de atenção da alta complexidade. Implantadas em diferentes municípios do país, as UPAs foram concebidas para desafogar as emergências hospitalares, prestando atendimento a pacientes com quadros de média

complexidade, como crises hipertensivas, fraturas, infecções e complicações de doenças crônicas. Funcionam 24 horas por dia, oferecendo exames laboratoriais, raio-X, observação clínica e estabilização de pacientes que necessitam de transferência para unidades de maior complexidade (O'Dwyer et al, 2017).

Essa concepção tem a intenção de distribuir de forma mais equilibrada a demanda por serviços de urgência, de modo que os hospitais não fiquem sobrecarregados com atendimentos que poderiam ser resolvidos em unidades de menor complexidade. As UPAs, portanto, servem como um ponto de acolhimento para situações que exigem intervenção rápida, mas não são de alta complexidade. No entanto, essa distribuição da demanda só é eficaz quando as UPAs conseguem atender de maneira eficiente e qualificada a uma gama ampla de condições clínicas. Para isso, é essencial que as UPAs contem com infraestrutura adequada, pessoal treinado e protocolos claros de atendimento, que ainda são desafios a serem superados em muitos locais (O'Dwyer et al, 2017).

De acordo com os autores citados, a implementação das UPAs no Brasil, enfrentou desafios significativos relacionados à infraestrutura, financiamento e integração com outros níveis de atenção à saúde. A princípio, a proposta de estabelecer essas unidades visava justamente suprir uma lacuna de atendimento emergencial em muitos municípios, principalmente nas áreas mais distantes dos grandes centros urbanos. No entanto, a realidade enfrentada foi muito mais complexa. Problemas de financiamento e uma implementação desorganizada, sem uma articulação clara com os sistemas de saúde já existentes, dificultaram o alcance dos resultados esperados. A falta de recursos financeiros adequados e a dificuldade em garantir a qualidade dos serviços prestados devido à escassez de profissionais capacitados são questões que precisam ser enfrentadas para que as UPAs realmente desempenhem o papel para o qual foram projetadas.

Aqui, é importante entender que, apesar de seu importante papel, as UPAs não podem ser vistas como uma resposta isolada para a falta de atendimento emergencial. Seu funcionamento eficaz depende de uma integração bem estruturada com a Atenção Básica e a rede hospitalar de referência. Quando essa conexão não é planejada de maneira eficiente, ocorrem sobrecargas nas UPAs, muitas vezes com pacientes que poderiam ser atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Esse cenário compromete a qualidade do atendimento e desvia o foco dessas unidades, que deveriam priorizar casos de urgência e emergência.

A introdução das UPAs na rede assistencial tem sido essencial para aliviar a superlotação nos hospitais, promovendo um fluxo mais organizado de pacientes. No entanto, sua integração com outros níveis de atendimento ainda apresenta desafios. A continuidade do cuidado deveria ser garantida por um fluxo coordenado entre UPAs, Atenção Básica e hospitais de maior complexidade, mas, na prática, essa articulação ainda enfrenta dificuldades. Como apontado na Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a ausência de um planejamento eficaz para esses fluxos resulta na sobrecarga das UPAs, dificultando o desempenho geral do sistema de saúde.

Além da desorganização no encaminhamento de pacientes, outro fator crítico é a falta de protocolos padronizados para direcionamento adequado dos casos. Isso gera um fluxo desordenado, em que as UPAs recebem pacientes que deveriam ser atendidos em UBSs, impactando tanto os usuários, que enfrentam dificuldades no acesso ao atendimento adequado, quanto os profissionais de saúde, que lidam com demandas excessivas. Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer a articulação entre UPAs, UBSs e hospitais, garantindo que os pacientes sejam direcionados corretamente e recebam assistência no nível de complexidade apropriado.

Outro problema recorrente diz respeito à busca por atendimento nas UPAs para situações que poderiam ser resolvidas na Atenção Básica, como sintomas gripais e problemas de baixa gravidade. Essa sobrecarga indevida compromete a capacidade das UPAs de absorver

casos mais urgentes, prejudicando a eficiência dos atendimentos. Além disso, a alta rotatividade de profissionais nessas unidades dificulta a continuidade do cuidado e compromete a qualidade dos serviços prestados. De acordo com estudo publicado na Revista de Saúde Pública (O'Dwyer et al, 2017) a instabilidade na equipe médica afeta diretamente a relação com os pacientes e limita a consolidação de práticas mais eficazes no atendimento de urgências.

Do ponto de vista da gestão, a sobrecarga nas UPAs reflete falhas na coordenação do sistema e na regulação dos atendimentos. A ausência de um sistema de monitoramento em tempo real das condições e capacidades das unidades de saúde dificulta a tomada de decisões estratégicas, tornando as UPAs um ponto de acúmulo de demandas que não correspondem ao seu perfil de atendimento. Isso não apenas compromete a qualidade do serviço, mas também agrava os problemas de superlotação. Para que essas unidades desempenhem seu papel de maneira eficaz, é essencial que a integração entre os diferentes níveis de atenção vá além do aspecto teórico, seja sustentada por protocolos claros e mecanismos de regulação bem estabelecidos.

Em síntese, as UPAs representam um avanço na estruturação da RUE no Brasil, mas sua consolidação ainda requer aprimoramentos profundos na gestão, no financiamento e na articulação com os demais níveis de atenção. O fortalecimento dessa estrutura é essencial para garantir um atendimento ágil e eficiente à população, assegurando que o SUS cumpra seu papel de oferecer uma assistência universal e de qualidade. Em um contexto de escassez de recursos e com a crescente demanda por serviços de saúde, é imperativo que a gestão das UPAs seja melhorada, para que possam cumprir de forma plena a sua função de suporte e estabilização de pacientes que necessitam de cuidados emergenciais sem recorrer a hospitais de maior complexidade. Nesse caso específico consideramos a população idosa que se constitui em um dos públicos mais recorrentes nas UPAs, conforme veremos a seguir.

4 O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS IDOSAS NAS UPAs

O avanço do envelhecimento populacional no Brasil, embora frequentemente associado a indicadores positivos como o aumento da expectativa de vida, exige uma análise mais profunda. A leitura isolada dos dados demográficos pode ocultar desigualdades estruturais que moldam formas distintas de envelhecer no país. Mais do que uma questão de longevidade, o envelhecimento envolve condições concretas de vida e acesso a direitos, o que torna imprescindível uma abordagem crítica e contextualizada sobre esse processo na sociedade brasileira.

A noção de que a velhice é um fenômeno biológico universal, marcado apenas pela passagem do tempo, tem sido contestado por autores que buscam situar o envelhecimento dentro de processos históricos, sociais e econômicos. Faleiros (2014) observa que a velhice é vivida de forma diversa, atravessada por trajetórias de trabalho, gênero, raça e, sobretudo, classe social. Nessa mesma direção, Escorsim (2021) argumenta que o envelhecimento, para a maioria da população brasileira, está diretamente ligado à dependência das políticas públicas, refletindo as contradições de uma sociedade desigual. Ambos os autores contribuem para a compreensão de que o envelhecer é um processo heterogêneo, não apenas por diferenças biológicas, mas por condições de vida historicamente desiguais.

Essa heterogeneidade encontra respaldo nos dados mais recentes do Censo Demográfico de 2022. Segundo o IBGE (2023), o número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil ultrapassou os 32 milhões, representando 15,8% da população total - um aumento de 56% em relação a 2010. O índice de envelhecimento, que mede a razão entre pessoas idosas e jovens até 14 anos, chegou a 80, revelando que há agora 80 idosos para cada 100 crianças. Esse fenômeno, embora indique avanços nas condições de saúde e na expectativa de vida,

reflete também um país que envelhece de maneira desigual. Enquanto o estado de Roraima apresenta apenas 7,9% de população idosa, no Rio Grande do Sul esse número atinge 20,2%. A distribuição territorial do envelhecimento escancara as diferenças regionais no acesso a direitos e serviços, reforçando a ideia de que envelhecer no Brasil não é uma experiência homogênea, mas atravessada por marcadores sociais que definem a qualidade e as possibilidades da velhice (IBGE, 2023).

Essa heterogeneidade do envelhecer se expressa de maneira ainda mais evidente quando se toma o critério de “classe social”. O envelhecimento da classe trabalhadora é substancialmente distinto daquele vivido pelas camadas mais privilegiadas. No contexto da sociabilidade capitalista, o trabalhador, após décadas de exploração, é muitas vezes descartado como força produtiva, tornando-se invisível aos olhos do sistema que o exauriu. Nesse sentido, Teixeira (2017) é incisiva ao afirmar que o envelhecimento da classe trabalhadora se dá em condições de esgotamento físico e emocional, agravado pela lógica produtivista do capital, que define o valor do indivíduo exclusivamente por sua capacidade de produzir.

É preciso destacar que as desigualdades do envelhecer não se iniciam na velhice, mas são acumuladas ao longo da vida. Trabalhadores informais, com baixa escolaridade e pertencentes às populações rurais ou periféricas enfrentam obstáculos ainda maiores no acesso à renda, à saúde e aos Serviços Sociais. Como destaca Escorsim (2021), esses sujeitos muitas vezes continuam trabalhando mesmo após os 60 anos, devido à insuficiência das aposentadorias ou à completa exclusão da previdência social. A velhice, nesse contexto, torna-se mais uma etapa da luta por sobrevivência.

Essas desigualdades evidenciam o peso das chamadas condições objetivas do envelhecimento, ou seja, os fatores concretos que estruturam a vida na velhice: renda, acesso a políticas públicas, rede de apoio, habitação, saúde e lazer. Quando essas condições são fragilizadas, o envelhecimento é vivenciado com sofrimento, solidão e exclusão. Como observa Teixeira (2017), envelhecer sem garantias materiais é resultado direto da estrutura social que nega ao trabalhador o direito ao descanso digno, após uma vida laboral marcada por exploração.

Contudo, é inegável que o aumento da longevidade no Brasil também representa uma conquista histórica. Fruto de melhorias nos indicadores de saúde pública, da ampliação das políticas de seguridade social e das lutas dos movimentos sociais, envelhecer tornou-se possível para um número cada vez maior de brasileiros. Mas essa conquista se transforma em um grande desafio, especialmente no atual contexto de retrocessos nas políticas públicas. A lógica neoliberal, expressa em medidas como a Emenda Constitucional 95/2016, que marcou um período de regressão de direitos no Brasil e a reforma da Previdência de 2019, ameaçam desestruturar os mecanismos de proteção social, agravando as condições de vida de milhões de idosos no país.

Portanto, pensar o envelhecimento no Brasil exige mais do que reconhecer que a população está ficando mais velha. É necessário compreender quem está envelhecendo, em que condições, com que direitos e com quais possibilidades de viver com dignidade. Isso significa enfrentar as contradições de um sistema que prolonga a vida, mas retira os meios para vivê-la com justiça. Somente a partir de uma análise crítica, que considere o peso da categoria classe social, das desigualdades acumuladas e das condições materiais de existência, será possível transformar o envelhecimento em uma etapa de autonomia, participação e cidadania (Teixeira, 2017).

Nesse contexto de acentuado envelhecimento populacional e persistência de desigualdades sociais históricas e estruturais, a política de saúde, especificamente, enfrenta o desafio de responder a demandas cada vez mais complexas e heterogêneas. É importante ressaltar que o aumento do número de pessoas idosas, por si só, não representa um problema. Velhice não é doença. A questão central reside nas condições desiguais em que os sujeitos

envelhecem, na ausência de acesso a serviços fundamentais ou na vivência de múltiplas vulnerabilidades, que culminam numa velhice adoecida.

É nesse cenário que se intensifica a necessidade de uma rede de atenção à saúde capaz de acolher e responder às especificidades do envelhecer, sem reduzir a velhice a uma condição patológica. A velhice é um processo natural e diverso da vida humana, que exige políticas públicas que reconheçam suas particularidades e que se façam presente em todas as fases da vida. As respostas não devem ser pautadas apenas pela lógica curativa ou hospitalocêntrica, mas por um modelo de atenção integral, contínuo e intersetorial, que articule a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o cuidado prolongado.

Nesse sentido, fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), investir em cuidados domiciliares, garantir a atuação de equipes multiprofissionais e criar centros de referência para a saúde da pessoa idosa, são ações fundamentais para enfrentar as demandas dessa população de forma digna e cidadã. Isso exige, sobretudo, que a política de saúde compreenda o envelhecimento não apenas como um desafio epidemiológico, mas como uma questão social, política e ética.

É fato que a institucionalização dos direitos das pessoas idosas no Brasil representa um avanço jurídico relevante, diante da crescente transição demográfica do país. Entretanto, mais do que um conjunto de dispositivos legais, os marcos regulatórios do envelhecimento revelam também tensões sociais, disputas orçamentárias e contradições entre o direito formal e a prática cotidiana, especialmente quando se observa o impacto das desigualdades sociais sobre o envelhecer (Teixeira, 2017).

Nesse sentido, destacamos a importância da Política Nacional do Idoso (PNI), criada pela Lei nº 8.842/1994, primeiro grande passo no sentido de reconhecer a velhice como uma etapa legítima do ciclo da vida, que demanda proteção específica e intersetorialidade na gestão das políticas públicas. No entanto, a ausência de um sistema articulado de gestão e de financiamento adequado, dificultou sua consolidação como política pública efetiva.

Em 2003 tivemos a promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa, Lei 10.741, que ampliou significativamente a proteção legal ao consolidar um conjunto de direitos nos campos da saúde, assistência, previdência, cultura e mobilidade. No entanto, como analisa Teixeira (2017), sua implementação efetiva permanece condicionada a disputas políticas e à seletividade estrutural das políticas sociais, o que compromete sua capacidade de alcançar, na prática, as populações idosas mais vulnerabilizadas.

Outro importante mecanismo legal é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criada em 2006, e que representou um avanço técnico mais estruturado no campo da saúde pública. Ao priorizar a manutenção da autonomia, o envelhecimento saudável e a continuidade do cuidado, a PNSPI reforça uma concepção de atenção que rompe com a lógica exclusivamente biomédica. Para Minayo (2022), essa política é essencial para combater tanto a medicalização excessiva da velhice quanto a tendência histórica de invisibilizar o cuidado cotidiano, sobretudo em contextos de pobreza e vulnerabilidade social.

Esses três marcos legais - embora representem avanços significativos no reconhecimento formal dos direitos da pessoa idosa - ainda operam dentro de uma estrutura marcada por desigualdades regionais, distribuição desigual de recursos e falta de articulação intersetorial. A construção de uma rede de atenção à pessoa idosa que funcione de maneira eficaz exige, mais do que legislação, exige um compromisso político real com a equidade no envelhecer.

O avanço do envelhecimento populacional no Brasil tem imposto desafios concretos à organização dos serviços de saúde, especialmente no que tange à atenção de média complexidade. Nesse cenário, as UPAs vêm ganhando protagonismo como espaços de cuidado emergencial, onde o atendimento à pessoa idosa se revela como demanda constante. A emergência de um perfil demográfico mais envelhecido torna inadiável a análise crítica

sobre o papel desempenhado por essas unidades, frente às especificidades e complexidades que envolvem o envelhecer, no contexto urbano e social brasileiro.

A UPA, enquanto serviço de pronto atendimento inserido na Rede de Atenção às Urgências do SUS tem como função central prestar acolhimento e atendimento resolutivo em situações agudas de saúde que não exigem, a princípio, internação hospitalar. Em muitos casos, é nesse espaço que o idoso busca suporte imediato diante de episódios de descompensação clínica, queda, crise hipertensiva, confusão mental ou mesmo quadros decorrentes do abandono social e da violência (Brasília, 2019). Tais condições refletem não apenas um adoecimento biológico, mas também expressões de fragilidade social, que incidem de forma acentuada sobre essa faixa etária.

A presença recorrente de idosos nas unidades de urgência e emergência demonstra que essa população, além de apresentar maior prevalência de doenças crônicas, sofre também com o esgarçamento das redes de cuidado domiciliar e comunitário. A UPA, nesse contexto, passa a assumir não apenas o papel de estabilizadora de quadros clínicos, mas também de porta de entrada para demandas complexas e multifatoriais que ultrapassam os limites biomédicos (Torres et al., 2020).

Diante desse cenário, a atuação do Serviço Social nas UPAs mostra-se como um componente essencial da prática em saúde. Embora não esteja inserido na composição mínima estabelecida por normativas federais, algumas localidades no Brasil têm incorporado sistematicamente profissionais da área em todas as suas unidades de pronto atendimento, reconhecendo a centralidade dos fatores sociais no processo saúde-doença (Brasília, 2019). O trabalho com idosos, nesse sentido, exige do assistente social não apenas o acolhimento imediato, mas a construção de estratégias de cuidado que envolvam articulações com a rede socioassistencial, serviços de saúde mental, justiça, previdência e instituições de longa permanência.

O acolhimento ao idoso nas UPAs deve ser compreendido como um processo técnico-relacional, que considera a integralidade do sujeito e suas vulnerabilidades. Muitos dos idosos que chegam a esses serviços estão desacompanhados, sem documentos, em sofrimento psíquico ou em situação de rua. Outros são vítimas de negligência, violência física, emocional ou patrimonial. É a partir desse contexto que o Serviço Social atua, realizando desde abordagens socioeducativas e contato com familiares, até a ativação da rede intersetorial, com encaminhamentos para programas como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a Central Judicial do Idoso, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), os CAPS e outras instâncias de proteção.

Mesmo diante dessas fragilidades, as UPAs têm se consolidado como pontos fundamentais de resposta às demandas dos idosos, especialmente nos territórios onde a APS apresenta limitações ou não consegue captar preventivamente as situações de risco. A frequência com que pessoas idosas acessam esses serviços - muitas vezes de forma recorrente - reforça a necessidade de um modelo de cuidado que supere a lógica da alta imediata, avançando para propostas de acompanhamento, prevenção e construção de vínculos com a rede de apoio social e familiar.

Assim, não há como dissociar o atendimento ao idoso nas UPAs de uma perspectiva intersetorial e multidimensional. A centralidade desse público nas demandas das unidades exige que o planejamento e a prática em saúde estejam ancorados em valores como a humanização, a equidade e a integralidade do cuidado. O envelhecimento, enquanto fenômeno coletivo, não pode ser tratado como exceção ou sobrecarga do sistema, mas como dimensão constitutiva do presente e do futuro das políticas públicas de saúde no Brasil.

Nesse complexo cenário, destacamos a experiência da UPA do Idoso, em Canoas, no Rio Grande do Sul, que exemplifica uma iniciativa pioneira e singular no contexto brasileiro de atenção à saúde da população idosa. Inaugurada em 2012 como a primeira UPA voltada

exclusivamente para pessoas com 60 anos ou mais, essa política local sinaliza um esforço de adaptação do sistema de saúde às demandas específicas do envelhecimento populacional. Ainda que tenha passado por transformações - como sua conversão temporária em Clínica do Idoso em 2017 -, a reabertura em 2021, com foco nos atendimentos de urgência e emergência, sinaliza uma importante iniciativa.

No entanto, a replicação dessa política em outros estados brasileiros ainda é incipiente. Entre os entraves estão os custos elevados para manutenção de unidades especializadas, a escassez de profissionais capacitados e a limitação de recursos financeiros nos níveis municipal e estadual. Além disso, o baixo repasse federal para o custeio das UPAs agrava a dificuldade de expansão desse modelo, revelando uma assimetria entre a magnitude da demanda por atendimento geriátrico e a resposta institucional oferecida (Agência Brasil, 2017). A experiência de Canoas, embora exitosa em diversos aspectos, permanece como uma exceção em um cenário nacional marcado por restrições orçamentárias e ausência de políticas integradas voltadas ao envelhecimento populacional.

Importante se faz considerar que, por mais que a experiência de Canoas represente um avanço no acolhimento e na resposta à alta demanda da população idosa, ela também pode ser interpretada como reflexo de uma lógica focalizada que, ao isolar grupos específicos, corre o risco de fragmentar a atenção e comprometer o princípio da universalidade do SUS. Em vez de integrar o cuidado geriátrico à lógica da atenção primária e da rede de urgência e emergência, a criação de unidades exclusivas pode reforçar a segmentação do sistema, ainda que com boas intenções. Assim, iniciativas como essa precisam ser compreendidas em sua ambiguidade: ao mesmo tempo em que oferecem respostas práticas a demandas reais, também denunciam a ausência de uma política estruturante, contínua e integrada voltada ao envelhecimento populacional.

No item a seguir apresentamos nossa experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social desenvolvida na UPA Dr. Adhemar Dantas, conhecida como UPA Dinamérica.

5 O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NA UPA DINAMÉRICA

5.1 Caracterização do Campo de Estágio

A experiência de estágio aqui apresentada foi vivenciada na UPA Dr. Adhemar Dantas, localizada no bairro Dinamérica, em Campina Grande – PB. Situada na Avenida Dinamérica Alves Correia, nº 1226. A unidade foi inaugurada em 21 de novembro de 2017 e leva o nome de um importante médico da cidade, Adhemar Fernandes Dantas, homenageado por sua relevante contribuição tanto na área da saúde, quanto no cenário cultural campinense. A iniciativa de nomear a UPA partiu da Câmara Municipal, por meio do Projeto de Lei nº 3.691 e do Requerimento nº 4006/2017, aprovados com o objetivo de reconhecer publicamente a trajetória do profissional, falecido em 2014.

Essa UPA integra a Rede de Urgência e Emergência (RUE) do município e está classificada como unidade de porte II, com capacidade técnica e organizacional para realizar até 250 atendimentos médicos por dia. A estrutura da unidade contempla 11 leitos, sala de inalação, consultórios, raio-x e equipamentos essenciais para estabilização de pacientes em situação crítica. Destacam-se ainda os recursos de suporte à vida, como desfibriladores, ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, entre outros dispositivos que garantem respostas rápidas às intercorrências clínicas.

De forma geral, a proposta da UPA se alinha à estratégia de descentralização do atendimento hospitalar, funcionando como uma ponte entre a APS e os hospitais de maior complexidade. Seu funcionamento contínuo, 24 horas por dia, inclusive aos fins de semana e

feriados, possibilita maior acesso à população que necessita de cuidado imediato, evitando a sobrecarga em hospitais de referência.

A atuação da equipe multiprofissional é um dos pontos centrais da dinâmica da unidade. Segundo o portal Sou Enfermagem (2023), os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais atuam de forma articulada para garantir um cuidado integral. Enquanto os médicos realizam diagnósticos e conduzem condutas clínicas, os enfermeiros e técnicos garantem o acolhimento e o monitoramento contínuo dos usuários. Farmacêuticos se responsabilizam pela dispensação correta de medicamentos e orientações quanto ao uso racional. Já os fisioterapeutas desempenham papel importante na reabilitação funcional dos pacientes, favorecendo a retomada da mobilidade e da autonomia.

Essa organização está ancorada nas diretrizes do Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 2.530, de 16 de agosto de 2018, que habilita a UPA Dr. Adhemar Dantas e define o repasse anual de R\$ 2.100.000,00 ao município de Campina Grande para o custeio das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2018). Este financiamento é fundamental para assegurar o funcionamento contínuo da unidade, bem como a manutenção dos serviços prestados à população, mas podem sofrer alterações.

Em síntese, a presença da UPA Dr. Adhemar Dantas representa um avanço estratégico dentro da lógica do cuidado em saúde oferecido pela Rede de RUE, ampliando o acesso e reforçando o compromisso com o cuidado integral em saúde. Para além do serviço prestado, evidencia-se o papel das UPAs na reconfiguração da porta de entrada do SUS, criando novos arranjos de acolhimento e resposta imediata às demandas da população, como já exposto e discutido nos itens anteriores.

5.2 O Serviço Social na UPA Dr. Adhemar Dantas

A atuação do/a Assistente Social no campo da saúde encontra respaldo formal e normativo nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde - Resolução nº 218, de 6 de março de 1997 - e do Conselho Federal de Serviço Social – Resolução nº 383 de 29 de março de 1999 - que reconhecem esta categoria como profissionais de saúde. Tal reconhecimento não se dá apenas em nível legal, mas também no plano ético-político, pois reafirma a importância do trabalho social na consolidação de um modelo de atenção voltado para a integralidade e os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Essa atuação está ainda assentada nos fundamentos do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e na Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão no Brasil. Esses documentos não apenas balizam a intervenção profissional, mas também a orientam quanto ao compromisso com os direitos humanos, a universalização das políticas públicas e a justiça social.

Em articulação com esses fundamentos, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) se apresentam como uma diretriz técnica e política essencial, pois consolidam o papel do/a assistente social como sujeito ativo na luta pelo direito à saúde, rompendo com práticas assistencialistas e reafirmando o compromisso com o fortalecimento do SUS.

Segundo os Parâmetros, o trabalho do/a Assistente Social na saúde se estrutura a partir de um objeto específico: as expressões da "questão social" que emergem no cotidiano dos serviços de saúde, como o acesso precário a tratamentos, as dificuldades enfrentadas por usuários nos processos de regulação, a desinformação sobre direitos e a fragmentação das políticas públicas. A partir desse objeto, delineiam-se os objetivos da prática profissional: contribuir para a efetivação do direito à saúde, promover o acesso universal e igualitário aos serviços e mediar a relação entre usuários e a rede socioassistencial e de saúde.

Nesse contexto, a atuação do Serviço Social nas UPAs é inserido em um espaço marcado por fluxos intensos, situações de urgência e alta rotatividade de usuários, o trabalho do/a assistente social requer domínio técnico, sensibilidade social e articulação com diversas políticas públicas. A urgência, nesse cenário, não se restringe apenas ao biológico: é social, subjetiva e relacional, e exige do profissional uma escuta qualificada, uma postura ética e estratégias de enfrentamento diante da escassez de recursos e da precarização dos vínculos.

É nesse cenário que se insere a UPA Dr. Adhemar Dantas. O trabalho do Serviço Social na unidade assume um papel fundamental na mediação das demandas sociais, no acesso à informação e na defesa de direitos. A atuação ali não se restringe ao atendimento pontual, mas se amplia na perspectiva da integralidade, articulando-se com a rede intersetorial e contribuindo para uma atenção em saúde que reconheça o usuário como sujeito de direitos e não apenas como paciente.

No contexto da saúde pública, especialmente nas UPAs, o trabalho do Assistente Social ganha relevância ao lidar com demandas que transcendem o cuidado clínico e envolvem fatores sociais que interferem diretamente no processo saúde-doença. Mesmo que a legislação do Ministério da Saúde não preveja a presença do assistente social como integrante obrigatório da equipe mínima nas UPAs, a realidade vivenciada nesses serviços evidencia a necessidade de sua atuação. Situações de risco, vulnerabilidade social, reestruturação familiar e dificuldades de acesso aos direitos básicos são aspectos frequentemente presentes nos atendimentos, exigindo um olhar sensível e uma abordagem ampliada.

O Protocolo de Atendimento do Serviço Social nas UPAs do Distrito Federal (Brasília, 2019) reforça a importância de sistematizar e normatizar as práticas desses profissionais nessas unidades. O documento orienta fluxos, rotinas e procedimentos que norteiam o trabalho junto à população usuária e à equipe multiprofissional, promovendo maior coesão e efetividade nas ações desenvolvidas. Assim, o Serviço Social atua não apenas como facilitador do acesso aos serviços do SUS, mas também como agente de mediação entre os usuários e as redes sociais de apoio, articulando políticas públicas de forma integrada.

A intervenção do assistente social nas UPAs parte de uma leitura crítica da realidade, com foco na escuta qualificada, na triagem social, na mobilização de recursos da rede intersetorial e na construção de estratégias para a superação de barreiras sociais. O profissional busca compreender as condições de vida dos usuários, seus vínculos familiares e os determinantes sociais que atravessam suas trajetórias, promovendo encaminhamentos para os serviços socioassistenciais, jurídicos, previdenciários e de saúde mental, quando necessário.

Entre as ações cotidianas do Serviço Social nas UPAs, destacam-se: o acolhimento e atendimento de usuários e acompanhantes; a mediação com a rede de saúde e assistência; o suporte a situações de violência ou abandono; o acompanhamento de casos reincidentes; a realização de visitas domiciliares; a produção de pareceres e relatórios sociais; e o registro das intervenções no prontuário. Essas ações são realizadas em articulação com a equipe multiprofissional, contribuindo para o cuidado integral e humanizado.

Por fim, a atuação do Serviço Social nas UPAs envolve uma postura ética, crítica e propositiva, alinhada ao Projeto Ético-Político da profissão. É fundamental reconhecer que a inserção do assistente social nesses espaços contribui para o fortalecimento do SUS, ao assegurar que os princípios da equidade, da integralidade e da universalidade sejam efetivamente praticados no cotidiano do atendimento emergencial.

5.3 Relato da Intervenção

A inserção no campo de estágio UPA Dr. Adhemar Dantas ocorreu em maio de 2023 estendendo-se a junho de 2024. Permanecemos no campo por um ano e meio, cumprindo a carga horária de 495h exigida de forma contínua e comprometida. As atividades de estágio se concentraram, prioritariamente, nas segundas-feiras - dia de plantão de nossa supervisora de campo - embora houvesse flexibilidade para comparecermos em outros plantões em que ela estivesse, conforme acordo prévio. Essa possibilidade de ajustarmos os horários, inclusive estendendo a permanência além do previsto, contribuiu significativamente para uma imersão mais profunda nas práticas cotidianas do Serviço Social e para a observação do funcionamento da unidade, permitindo relacionar a teoria aprendida em sala de aula com a prática no campo de estágio.

Os primeiros momentos no campo, destinados às observações iniciais, foram marcados por um processo de acolhida e ambientação. A apresentação institucional envolveu o reconhecimento da estrutura física da unidade, o funcionamento das alas e os fluxos de atendimento. Foi também um período importante para a familiarização com os documentos e instrumentos utilizados pela(o)s Assistentes Sociais, como o mapa de localização dos setores, a declaração de acompanhante, o livro de protocolo, os registros de evolução dos usuários, entre outros.

Além disso, tivemos acesso às normativas internas que regem o exercício profissional na UPA, incluindo as diretrizes éticas, técnicas e administrativas que orientam a intervenção do Serviço Social no contexto da urgência e emergência. Acompanhando visitas aos usuários e seus familiares, observamos, desde o início do estágio, a complexidade dos atendimentos e as demandas que emergem em um cenário onde o sofrimento, a espera e a desinformação muitas vezes se entrelaçavam.

A inserção no campo, portanto, não foi apenas uma etapa formal, mas uma vivência significativa que abriu espaço para o reconhecimento da dimensão política e ética da atuação profissional, revelando os desafios e as potencialidades do Serviço Social no contexto da saúde pública, além da repetição do cotidiano e de seu alto índice de precariedade no fazer profissional.

Durante o processo de estágio na UPA, tivemos a oportunidade de acompanhar de forma sistemática a rotina diária do Serviço Social, nos inserindo gradualmente nas práticas que envolvem o fazer profissional nesse espaço de urgência e emergência. A atuação seguia um fluxo bem definido, articulado à dinâmica da unidade: nas manhãs, realizava-se a visita e a evolução social dos usuários da ala amarela; no período da tarde, essa mesma prática se repetia na ala vermelha. Ao final de cada plantão, a equipe passava pela ala verde com o intuito de colher informações e registrar os dados no livro de protocolo, além de anotar eventuais transferências realizadas ao longo do dia.

A rotina institucional exigia não apenas organização, mas também sensibilidade para lidar com situações complexas, marcadas pela fragilidade física e emocional dos usuários e pela urgência de cada demanda. Parte fundamental das atividades era o mapeamento da rede de serviços socioassistenciais da região, buscando articular atendimentos que ultrapassavam os limites institucionais da UPA. Essa prática se mostrava essencial, sobretudo diante de casos envolvendo usuários em situação de vulnerabilidade que chegavam à unidade por meio do SAMU, muitas vezes desacompanhados e desprovidos de vínculos familiares imediatos.

Nesse contexto, a identificação de redes de apoio e vínculos familiares exigia um trabalho minucioso com abordagens socioeducativas rápidas, porém assertivas, tanto com os usuários quanto com seus familiares. A escuta qualificada era uma ferramenta indispensável para compreender as demandas apresentadas, as quais frequentemente envolviam desde orientações sobre direitos até encaminhamentos para a rede socioassistencial ou para órgãos de defesa de direitos.

Outro eixo importante do processo de trabalho era a elaboração de documentos técnico-operativos, como relatórios e pareceres sociais. Nessas situações, pudemos acompanhar discussões interdisciplinares, especialmente em casos de suspeita ou confirmação de violência, quando o olhar coletivo se fazia necessário para traçar intervenções mais eficazes e integradas - ainda que a responsabilidade principal recaísse sobre o Serviço Social.

A presença constante do Serviço Social nesses processos reafirmava o papel estratégico da profissão na defesa dos direitos dos usuários, atuando como mediador entre a instituição e a realidade social que permeava cada atendimento. Essa vivência contribuiu de forma decisiva para nossa compreensão crítica da saúde como um campo de disputas, onde a atuação profissional deve ser ética, propositiva e articulada à totalidade da vida dos sujeitos.

À medida que o estágio avançava, nossa participação nas atividades do Serviço Social na UPA Dr. Adhemar Dantas deixou de ser exclusivamente observacional para tornar-se gradualmente mais ativa e autônoma. Inicialmente, nossa participação se restringia à escuta atenta e ao registro dos atendimentos realizados pela supervisora. Após cada intervenção, discutíamos os casos, o que nos proporcionava uma aprendizagem crítica e situada. Com o passar do tempo, à medida que nos sentíamos mais segura, começamos a responder dúvidas simples dos usuários, sempre sob supervisão institucional, até alcançarmos uma certa autonomia, mas já contribuindo de forma mais direta nas práticas institucionais.

Destacamos que esse processo de construção de autonomia esteve intimamente relacionado à qualidade da relação entre a supervisora de campo e discente. A maneira como a supervisora conduzia sua prática - pautada na ética, no compromisso com os usuários e na articulação com a equipe multiprofissional - foi fundamental para que pudéssemos compreender, na prática, o sentido do trabalho coletivo e da corresponsabilidade no cuidado em saúde. Em um ambiente permeado por constantes tensões e alta rotatividade de profissionais, como é característico das UPAs, percebemos que a forma como os vínculos se estabelecem entre os trabalhadores pode impactar diretamente na efetividade dos atendimentos e na própria organização do serviço.

O bom diálogo de nossa supervisora com os demais profissionais da unidade, por exemplo, facilitava o desenvolvimento de um trabalho interprofissional mais fluido e colaborativo, o que também refletia positivamente na nossa dinâmica de estágio. Em contrapartida, pudemos observar que essa não era uma realidade comum a todos os setores: em alguns momentos, a ausência de comunicação adequada entre os profissionais gerava sobreposições de funções, lacunas no atendimento ou até mesmo conflitos que comprometiam o princípio da integralidade previsto nas diretrizes do SUS.

Apesar dessas limitações, a experiência no campo de estágio foi marcada por um esforço contínuo de aprendizagem. A cada semana, observávamos alguma inovação ou adaptação sendo implementada, ainda que de forma pontual. A coordenação do Serviço Social, junto à supervisora, demonstravam interesse em aprimorar a atuação da equipe, desde alterações nos fluxos de atendimento até a criação de novos instrumentos técnicos. Contudo, importante se faz registrar que a diversidade de perspectivas entre as assistentes sociais nem sempre favorecia a adesão às mudanças propostas, revelando a complexidade da atuação coletiva e a importância do diálogo no processo de construção de práticas integradas.

Essa experiência reforçou nossa compreensão de que o processo de estágio não se limita à aplicação técnicas do conhecimento, mas é, sobretudo, um espaço de construção crítica e política, onde se aprendem os limites e as potencialidades da atuação profissional em meio a realidades institucionais diversas e, muitas vezes, contraditórias.

Ao longo da convivência com os usuários da UPA Dr. Adhemar Dantas, tornou-se evidente que a maior parte da população acolhida nos leitos era composta por pessoas idosas. Essa presença marcante se manifestava de múltiplas formas: desde os pedidos de informação que chegavam à sala do Serviço Social, passando pelos processos de internação nas diversas

alas, até relatos e sinais de possíveis negligências, frequentemente percebidas em conversas informais com os usuários ou pela ausência de familiares no acompanhamento.

Essa constatação nos provocou uma reflexão profunda sobre as condições de envelhecimento e o lugar da pessoa idosa na dinâmica institucional. Em muitos casos, a ausência de visitas, o desconhecimento sobre os direitos da pessoa idosa e a fragilidade das redes de apoio evidenciavam não apenas a vulnerabilidade desses sujeitos, mas também a urgência de ações que contribuíssem para visibilizar essa realidade dentro da própria unidade de saúde.

Foi a partir dessa leitura crítica da realidade que surgiu a proposta do projeto de intervenção intitulado “Socializando os direitos da pessoa idosa na UPA Dr. Adhemar Dantas”, cujos objetivos foram publicizar informações sobre os direitos das pessoas idosas, com foco no que preconiza o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741/2003) e divulgar a rede de proteção social voltada para a pessoa idosa em Campina Grande.

Para execução das ações elaboramos e distribuímos folders informativos nas enfermarias, exclusivamente na ala amarela do serviço. Ao longo do processo de execução das ações do projeto de intervenção realizamos cinco exposições dialogadas nas quais fazíamos uma exposição do conteúdo do folder tanto aos idosos como aos seus acompanhantes. É relevante destacar que, durante as atividades realizadas, observamos muito a presença de idosos acompanhados por cuidadores, alguns contratados por familiares, outros oriundos de instituições de acolhimento. Essa constatação trouxe à tona uma problemática recorrente: a atuação de pessoas não qualificadas no exercício da função de cuidador. Em diversas situações, verificamos que tais cuidadores não possuíam formação específica para lidar com as demandas do envelhecimento, tampouco conhecimento mínimo sobre os direitos assegurados pelo Estatuto da Pessoa Idosa. Essa realidade expõe uma lacuna preocupante na preparação de indivíduos responsáveis pelo cuidado cotidiano de uma população que requer atenção especializada, evidenciando não apenas a negligência na capacitação profissional, mas também a invisibilização dos direitos da pessoa idosa no cotidiano das práticas de cuidado.

O folder elaborado e apresentado durante nossas intervenções nas enfermarias destacava os principais direitos previstos no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), reafirmando a importância da informação como ferramenta de proteção e fortalecimento da cidadania. O Estatuto assegura uma série de direitos fundamentais à população idosa, reconhecendo a longevidade como uma conquista social que deve ser respeitada e valorizada. Entre esses direitos estão: o direito de envelhecer com dignidade, à liberdade, ao respeito, à alimentação adequada, à saúde, à moradia digna, à educação, cultura, esporte e lazer, ao transporte, à prioridade no atendimento em serviços públicos e privados, ao acesso à justiça, ao trabalho e à aposentadoria. Além disso, informávamos que as pessoas idosas tinham acesso a benefícios importantes, como medicamentos gratuitos pela Farmácia Popular, isenção de IPTU, direito à pensão alimentícia, prioridade em processos judiciais, direito a acompanhante em internações hospitalares, meia-entrada em eventos culturais, transporte urbano e interestadual gratuito, e vagas preferenciais em estacionamento.

No folder também eram divulgadas informações sobre os serviços que garantiam o direito ao lazer e à convivência dos idosos na cidade de Campina Grande como o Centro Municipal de Convivência do Idoso, por exemplo, que oferece atividades gratuitas e que para participar basta apresentar um documento e utilizar o transporte gratuito oferecido pela SEMAS. Outro espaço essencial para o cuidado contínuo é a Unidade Básica de Saúde (UBS), considerada a porta de entrada para o SUS. Nelas, promovem-se ações de prevenção e cuidado com a saúde, fundamentais para o envelhecimento saudável.

Ressaltávamos, ainda, que casos de negligência, violência ou violação de direitos, as denúncias podiam ser feitas pelo Disque 123. A Delegacia do Idoso, localizada na Rua Dom

Pedro I, 117 – bairro São José, também estava disponível para acolher e encaminhar as demandas. Além disso, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ofereciam atividades que estimulavam o protagonismo da pessoa idosa - sendo recomendada a procura do CRAS que atendia ao bairro de residência.

Dessa forma, os folders, além de serem distribuídos e explicados diretamente aos usuários e seus acompanhantes, também permaneciam disponíveis na sala do Serviço Social, sendo entregues durante os acolhimentos ou acessados por qualquer pessoa interessada. No entanto, não foi possível deixá-los expostos na recepção da unidade, como inicialmente planejado para maior alcance. Isso se deve ao contexto dinâmico e à alta rotatividade característica da UPA, o que torna mais difícil a implementação e aceitação de determinadas ações. Essas limitações estruturais e organizacionais também exigiram adaptações na exposição dialogada, que precisaram ser reestruturadas em algumas ocasiões, para que sua realização fosse viável dentro da rotina da unidade.

Ainda que o contexto tenha exigido adaptações e flexibilidade, o projeto de intervenção foi concluído com êxito. As metas propostas foram plenamente alcançadas e, de forma progressiva, houve a adesão e o envolvimento dos usuários e acompanhantes. A experiência evidenciou que, mesmo em contextos marcados por desafios estruturais e alta demanda, é possível construir ações significativas que promovam a informação, o diálogo e o fortalecimento dos direitos da pessoa idosa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional, embora frequentemente interpretado como uma conquista civilizatória explícita, na realidade brasileira, os limites de um sistema de proteção social fragmentado, subfinanciado e cada vez mais distante das necessidades concretas de uma população que envelhece em meio à precariedade. Neste trabalho, buscamos compreender o envelhecer não como um processo homogêneo ou meramente biológico, mas como expressão das desigualdades acumuladas ao longo da vida, com especial atenção às vivências de adoecimento e exclusão social enfrentadas por pessoas idosas no contexto da urgência e emergência em saúde.

A experiência vivenciada durante o estágio na UPA Dr. Adhemar Dantas permitiu desvelar contradições profundas no cotidiano do atendimento à pessoa idosa. Se por um lado, a existência das UPAs representa um avanço institucional na política de saúde ao ofertar acesso emergencial descentralizado e em tempo integral, por outro, a prática cotidiana evidencia um funcionamento muitas vezes tensionado pela sobrecarga de demandas, pela escassez de recursos humanos e estruturais e pela ausência de protocolos efetivos que garantam o cuidado integral, contínuo e humanizado a esse público.

O sistema de saúde brasileiro, ainda que sustentado por princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade, se mostra, na prática, frequentemente incapaz de assegurar tais diretrizes. As UPAs, inseridas na lógica da racionalização de custos, operam num espaço de contradição: são chamadas a dar respostas rápidas e eficientes a demandas complexas, mas sem os recursos, a formação interprofissional e a rede de apoio adequadas para garantir o cuidado que a pessoa idosa requer.

Nesse sentido, torna-se evidente que a atenção à velhice não pode se restringir ao atendimento pontual de crises clínicas. A pessoa idosa que chega a uma unidade de urgência carrega consigo uma trajetória marcada por condições sociais adversas, descontinuidade no cuidado e, muitas vezes, ausência de vínculos familiares ou comunitários de apoio. Sua presença frequente nas UPAs não denuncia apenas uma fragilidade orgânica, mas revela o esgarçamento das políticas públicas de base, a insuficiência da atenção primária e a omissão das redes de proteção social.

A intervenção proposta neste trabalho foi construída com o firme propósito de colaborar com o processo informativo/educativo dos usuários e com o compromisso ético de contribuir para o fortalecimento do sistema de garantia de direitos. Diante dos inúmeros percalços que atravessam as políticas sociais - entre eles a negligência institucional e o processo sistemático de desinformação ao qual a população idosa é submetida - reafirmamos a necessidade de ações que promovam não apenas o atendimento emergencial, mas o reconhecimento pleno da cidadania das pessoas idosas.

Nesse horizonte, publicizar informações sobre os direitos garantidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa não foi apenas uma ação educativa, mas também uma estratégia de fortalecimento dos vínculos entre os profissionais do Serviço Social e os sujeitos atendidos. O direito à informação, ao cuidado e à dignidade deve ser compreendido como responsabilidade coletiva, compartilhada por todos os atores envolvidos com processo de envelhecimento. Desse modo, a experiência do estágio evidenciou o quanto a presença ativa, crítica e sensível do assistente social pode favorecer a humanização dos atendimentos e contribuir para a construção de laços mais sólidos e empáticos com a população usuária.

Ademais, reconhecemos que a atuação profissional voltada à defesa dos direitos da pessoa idosa deve ultrapassar a relação imediata com o indivíduo atendido, alcançando também seus familiares, acompanhantes, cuidadores e até a própria equipe multiprofissional. Somente com o engajamento coletivo será possível construir estratégias de cuidado mais efetivas e coerentes com os princípios do SUS, assegurando que o envelhecimento seja vivido com dignidade, segurança e reconhecimento social.

Por fim, este trabalho reafirma que envelhecer é um direito, e viver com dignidade também. Contudo, para que esses princípios se convertam em realidade concreta, é indispensável que o Estado se comprometa com o fortalecimento das políticas públicas e que a sociedade como um todo se envolva na luta por justiça social. O desafio está posto: transformar o envelhecimento em uma etapa de vida digna, ativa e cidadã, com políticas intersetoriais que reconheçam a velhice como um tempo legítimo de cuidado e de pertencimento.

Mesmo com todos os pontos negativos vividos durante a caminhada - como as limitações institucionais, a alta rotatividade de profissionais e as tensões diárias do trabalho em saúde -, nossa experiência de estágio na UPA foi profundamente enriquecedora. Pudemos acompanhar de perto a complexidade da realidade social que atravessa o SUS e, sobretudo, crescer e nos desenvolver enquanto futura assistente social. Observamos atentamente cada ação, alimentamo-nos constantemente das experiências vividas e permanecemos atentas em tentar construir, a cada momento, mediações entre a teoria aprendida em sala de aula e a prática concreta no campo. Essa vivência nos reafirmou o sentido ético e político da profissão de Serviço Social, mostrando que, mesmo em cenários adversos, é possível fazer a diferença quando se atua com compromisso, sensibilidade e coragem.

REFERÊNCIAS

A CRÍTICA. Primeira mulher a chefiar Ministério da Saúde, Nísia denuncia campanha misógina. **A Crítica**, 2024. Disponível em: <https://www.acritica.com/politica/primeira-mulher-a-chefiar-ministerio-da-saude-nisia-denuncia-campanha-misogina-1.366684>. Acesso em: 16 mar. 2025.

AGÊNCIA BRASIL. Baixo custeio federal e falta de equipamento impedem abertura de UPAs. **Agência Brasil**, 2017. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/estados-baixo-custeio-federal-e-falta-de-equipamento-impedem-abertura-de-upas>. Acesso em: 09 abr. 2025.

ASSISTENTES SOCIAIS DA SES-DF. **Protocolo de Atendimento do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2019.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. In: **Revista Textos e Contextos**, v. 9, n. 2, p.321-333. Ago/Dez, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Assistente Social. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jun. 1993.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nisia Trindade agradece oportunidade de reconstruir o SUS e destaca avanços dos últimos dois anos. **Governo do Brasil**, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/nisia-trindade-agradece-oportunidade-de-reconstruir-o-sus-e-destaca-avancos-dos-ultimos-dois-anos>. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.530, de 16 de agosto de 2018**. Habilita a Unidade de Pronto Atendimento do Município de Campina Grande.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Mota, E. A (org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J.. A Saúde nos Governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 193-210, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRAVO, M. I; PELAEZ; E. J; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado.** Anais 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 218, de 6 de março de 1997.** Dispõe sobre a reformulação das categorias profissionais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mar. 1997.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Os difíceis primeiros 100 dias de governo e as perspectivas para os próximos anos.** Boletim de Conjuntura, n. 38, abr./maio 2023. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/>. Acesso em: 21 fev. 2025.

ESCORSIM, S. M. **O envelhecimento no Brasil:** aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Acesso em: 02 abr, 2025.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). **Censo Demográfico 2022:** População por idade e sexo – Pessoas de 60 anos ou mais de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

JORNAL DA PARAÍBA. UPA Dinamérica é inaugurada. **Jornal da Paraíba**, 2023. Disponível em: https://jornaldaparaiba.com.br/comunidade/vida_urbana/upa-dinamerica-e-inaugurada-e-prefeito-destaca-avancos-em-cg/. Acesso em: 15 abr. 2025.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 15-23, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Cuidado e valor social da pessoa idosa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

SOUZA, K. R. M; TORRES, R. A. M. **A construção legal da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil.** 2015.
O DIA PB. UPA Dinamérica se chama Dr. Adhemar Dantas. **O Dia PB**, 2017. Disponível em: <https://odiapb.com.br/upa-dinamerica-se-chama-dr-adhemar-fernandes-dantas/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T; RECIPUTTI, L P; LOPES, M. G. M; AGOSTINHO, D. F.; ALVES, G. F. O processo de implantação das Unidades de Pronto Atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 125, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/nrR5TQcbpxkBZtdKvZPvcvr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 mar. 2025.

PAIM, J. S. Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4745-4756, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dyDSDgCqPsghkyvZLzHb68M/>. Acesso em: 27 fev. 2025.

PAIM, J. S. **A saúde no Brasil: novas trajetórias e desafios**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: avanços e desafios**. Salvador: Edufba, 2010.

PREFEITURA DE CANOAS. UPA do Idoso realiza mais de 63 mil atendimentos desde a reabertura. **Prefeitura de Canoas**, 2023. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/noticias/upa-do-idoso-realiza-63-mil-atendimentos-reabertura/>. Acesso em: 09 abr. 2025.

PREFEITURA DE CANOAS. Nova UPA do Idoso é entregue novamente aos canoenses. **Prefeitura de Canoas**, 2021. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/noticias/nova-upa-do-idoso-e-entregue-novamente-aos-canoenses/>. Acesso em: 09 abr 2025.

PROCURA QUE ACHA. UPA - Unidade de Pronto Atendimento. Disponível em: <https://www.procuraqueacha.com.br/upa/9374833/upa-24-horas-dr-adhemar-dantas>. Acesso em: 15 abr. 2025.

SALVADOR, E. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6–19, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/44218>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SETOR SAÚDE. Digitalização na saúde brasileira: o ano da inteligência artificial e o desafio da inclusão. **Setor Saúde**, 2024. Disponível em: https://setorsaude.com.br/artigo-digitalizacao-na-saude-brasileira-o-ano-da-inteligencia-artificial-e-o-desafio-da-inclusao/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 16 mar. 2025.

SILVA, J. J. L; SANTOS, V. M. dos; CORREIA, M. V. C.. Política de Saúde e Desmonte do SUS no Governo Temer. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 193-210, jan./jun. 2021. Disponível em: periodicos.unb.br. Acesso em: 17 mar. 2025.

SOU ENFERMAGEM. O que é uma Unidade de Pronto Atendimento? **Sou Enfermagem**, 2023. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/estudos/o-que-e-uma-unidades-de-pronto-atendimento-upa/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento do trabalhador na sociabilidade capitalista**. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.

TOFANI, L. F. N. et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220122pt, 2023.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/X6657X7tPgQbnt3VJtZ5Qkf/>. Acesso em: 22 mar. 2025.

TOFANI, L. F. N.; FURTADO, L. A. C.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. A política de Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: contextos de influência e de produção de textos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34028, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qnBxB7BLyM3F4gLkGTh6Mdg/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300113, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2025.

APÊNDICE A – FOLDER

ALGUNS BENEFÍCIOS QUE VOCÊ PRECISA CONHECER!

- Medicamentos gratuitos na Farmácia Popular;
- Isenção IPTU;
- Pensão Alimentícia;
- Direito a Acompanhantes em Hospitais;
- Prioridade em Processo Judicial;
- Meia-entrada em eventos culturais;
- Transporte urbano e interestadual gratuito;
- Vaga estacionamento;

IMPORTANTE LEMBRAR!

LEI Nº 10.741/2003
ESTATUTO DA PESSOA
IDOSA.

DISQUE 123 em casos de denúncia de pessoas em situação de risco, violência e violação de direitos.

- DELEGACIA DO IDOSO:
Rua Dom Pedro I, 117 -
São José, Campina
Grande - PB, 58400-414

Procurar o CRAS que abrange o seu bairro para participar das atividades ofertadas.

A LONGEVIDADE É
UMA BENÇÃO.

EI, PSIU? IDOSO? VOCÊ SABIA?



ALGUNS DIREITOS
GARANTIDOS
À PESSOA IDOSA.



É DIREITO DA PESSOA IDOSA:

- De Envelhecer;
- Liberdade, Respeito e Dignidade;
- Alimento;
- Saúde;
- Educação, Cultura, Esporte e Lazer;
- Moradia digna;
- Transporte;
- Atendimento Preferencial;
- Acesso à justiça;
- Política de Atendimentos;
- De Trabalhar e se Aposentar.

ALGUMAS ATIVIDADES GRATUITAS EM CAMPINA GRANDE, PB

É seu direito de lazer.

Centro Municipal de Convivência do idoso: Oferece diversas atividades.

- Levar documento com foto para se inscrever;
- Pegar transporte gratuito na Praça do Trabalhador, bairro: São José;
- Atividade das 8h as 12h - Cuités.
- SEMAS: para mais informações - Rua Agrimensor José de Brito, 187 - Alto Branco, Camina Grande, PB.

Saiba mais sobre esses e outras informações.

VOCÊ SABIA DA IMPORTÂNCIA DO USO DA UBS?

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar. Conhecidas anteriormente como Centros de Saúde, Postos de Saúde e/ou Clínicas da Família, as UBSs são a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). É onde se inicia o cuidado com a saúde da população no fomento à saúde e à prevenção de doenças ou de complicações de doenças já existentes.

Solicite informações à nossa equipe de profissionais, procure o/a Assistente Social.

AGRADECIMENTOS

A minha família, com um agradecimento especial à minha querida mãe, Samara Kalina, por todo o apoio incondicional e pelas palavras sempre cheias de incentivo. À minha madrinha, Silvania Karla, e à minha tia, Soraia Ingrid, agradeço pelas orações constantes, que me fortaleceram nos momentos desafiadores. À minha irmã, Yalli Gabriele, por sua admiração que tanto me inspira. À minha tia, Surama Erika, por todo o suporte e parceria. E à minha avó, dona Joelma de Farias. Sem vocês, certamente essa conquista não seria possível. Sou profundamente grata por todo o amor, cuidado, apoio e incentivo à minha educação. Vocês me ensinaram - e continuam ensinando - a ser forte todos os dias.

Estendo a minha gratidão às amigas que a graduação me presenteou e a todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória, acreditando em mim e oferecendo apoio sincero. Um agradecimento muito especial à minha querida orientadora, Lucia Patriota, por todo acolhimento, escuta atenta e valiosas contribuições. À minha supervisora de estágio supervisionado, Valéria Melo, e à equipe da UPA Dr. Adhemar Dantas, sou grata pela paciência, ensinamentos e experiências compartilhadas.

Por fim, agradeço aos docentes do curso de Serviço Social da UEPB, que estiveram presentes com atenção e compromisso, incentivando-me a seguir firme. Obrigada por todo o conhecimento transmitido e pela dedicação.