

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS-CAMPUS
MUZAMBINHO-POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO
CAPETINGA**

**EDNA COSTA ARAÚJO NASCIMENTO
MARIA JOSÉ DA SILVA CHAGAS**

ATENDIMENTO HUMANIZADO AO IDOSO

**CAPETINGA
2010**

**EDNA COSTA ARAÚJO NASCIMENTO
MARIA JOSÉ DA SILVA CHAGAS**

ATENDIMENTO HUMANIZADO AO IDOSO

Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do sul de Minas-Campus Muzambinho-Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Orientador Prof (a) Alexandre Balsanuf Oliveira

**CAPETINGA
2010**

COMISSÃO EXAMINADORA

Capetinga, _____ de _____ de 2010

DEDICATÓRIA

*Dedicamos esse trabalho a nossos familiares e
amigos que nos incentivaram e nos apoiaram em
mais essa etapa de nossas vidas.*

Edna e Maria José

AGRADECIMENTOS

*Agradecemos primeiramente a Deus por sempre
caminhar conosco e ao nosso querido professor
orientador Alexandre, pela atenção, carinho,
amizade e respeito.*

Edna e Maria José

*“Você é aquilo que você faz continuamente.
excelência não é uma eventualidade, é um hábito”.*

Aristóteles

RESUMO

Ao mesmo tempo em que o contingente de idosos aumenta no Brasil, ganham força os estudos sobre envelhecimento em novos moldes. Consagra-se com rapidez a expressão terceira idade, justificando esta nova sensibilidade em relação à velhice, considerando-a momento privilegiado da vida. O objetivo do presente estudo foi, analisar a questão do atendimento humanizado prestado a essa população que cada dia cresce mais no Brasil. Essa monografia é um trabalho bibliográfico, realizado através da pesquisa em livros, revistas, artigos e internet. Com o aumento da população idosa, torna-se cada vez mais freqüente a presença de idosos nos serviços de saúde. O aumento da população idosa gerou um impacto marcante nos serviços de saúde, que não possuíam estrutura suficiente para atender a esta demanda, necessitando de novo planejamento dos serviços voltados para assistência ao idoso. A equipe de enfermagem está apta a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde do idoso, podendo o profissional de enfermagem atuar em diversos campos. A humanização deve ser trabalhada nos serviços de saúde, tornando-se um desafio a ser superado, quando se refere à assistência ao idoso.

Palavras-Chave: Idoso. Humanização. Atendimento. Equipe de Enfermagem

ABSTRACT

At the same time the number of elderly people increases in Brazil, gain strength studies of aging in new ways. Establishes itself quickly the words elderly, justifying this new sensitivity toward aging, considering the privileged moment of life. The aim of this study was to examine the question of humanized care provided to this population that grows larger every day in Brazil. This monograph is a bibliographic work, carried out through research in books, magazines, and internet. With the increasing elderly population, it becomes increasingly frequent presence of older people in health services. The increasing elderly population has generated a marked impact on health services, which lacked sufficient structure to meet this demand, requiring new planning of services for care to the elderly. The nursing team is able to develop effective action and impact on health care for the elderly, nursing professionals can work in various fields. The humanization should be worked in healthcare services, making it a challenge to be overcome, when referring to assistance to the elderly.

Keywords: Elderly. Humanization. Attendance. Nursing Team

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 1 – A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL..... | 12 |
| 1.1 A questão da humanização nas políticas assistenciais..... | 13 |
| 1.2 O aumento dos cuidados com a população idosa no Brasil..... | 15 |
| 1.3 O crescimento da população idosa no Brasil..... | 20 |
| 2 – O ACOLHIMENTO AO IDOSO..... | 23 |
| 2.1 A questão da doença na velhice..... | 26 |
| 2.2 A função do serviço social no acolhimento da pessoa idosa..... | 27 |
| 3 – PROMOVENDO A HUMANIZAÇÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM..... | 30 |
| 3.1 A importância da família nos cuidados com o idoso..... | 31 |
| 3.2 O processo de envelhecimento..... | 34 |
| 3.3 O conceito de envelhecimento e a fisiologia do idoso..... | 35 |
| 3.4 O papel do profissional de enfermagem na capacitação do cuidados do idoso..... | 36 |
| CONCLUSÃO..... | 39 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 41 |

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo, que pode ser influenciado por inúmeros fatores dos quais ainda permanecem obscuros.

O interesse em estudar a população idosa, parte da constatação de ser ela, hoje, a que mais cresce em todo o mundo. Este crescimento refletiu nos serviços hospitalares, trazendo novas demandas gerenciais e assistenciais para o idoso e para sua família, bem como para a equipe de saúde que presta o atendimento. Apesar das grandes conquistas tecnológicas, estudos realizados pelo Ministério da Saúde demonstram que a qualidade do cuidado prestado aos pacientes hospitalizados constitui alvo de atenção.

O objetivo do estudo foi averiguar na percepção do idoso hospitalizado o significado do cuidado, a identificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, as atitudes assumidas pela equipe de saúde, os sentimentos, e ainda, descrever as condições institucionais que interferem na humanização do atendimento hospitalar, bem como as expectativas e as sugestões para uma assistência de qualidade.

Quando trata do idoso a equipe de saúde deve estar preparada e consciente de que seu papel interfere na qualidade e na satisfação do atendimento. Saber o que o idoso pensa, o que sente e suas expectativas proporciona oportunidade não só para reflexão da equipe que cuida, mas também, permite que medidas práticas reais sejam tomadas e que possam fortalecer o vínculo de quem cuida e de quem é cuidado (NERI, 2006, p.12).

O ambiente físico, os recursos tecnológicos são importantes, porém não mais significativo do que a essência humana. Para atingir as mudanças na saúde pressupõe-se a alteração de conceitos profissionais, da perspectiva de atuação, da reformulação do método assistencial e muitos outros.

Sugere-se que a administração dos hospitais tenha como filosofia e meta de trabalho a busca contínua da humanização. Que ao assumir tal postura, a administração hospitalar tome como desafio o contágio e o estímulo de suas várias equipes, de forma que a humanização seja observada em seus múltiplos aspectos.

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Segundo a Organização das Nações Unidas, os anos de 1975 a 2025 corresponderão à “Era do Envelhecimento”, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida (BERZENS, 2003, p.19).

Se para os países de Primeiro Mundo o aumento de gerontes já representa um grande problema, no futuro próximo, o Brasil viverá a mesma situação. As projeções estatísticas apontam que, até o ano 2025, ocuparemos o 6º lugar do mundo no que se refere à população idosa, modificando-se, portanto, a pirâmide populacional, conduzindo a um repensar sobre as políticas de saúde (reestruturação das ações de saúde), sociais e econômicas (LOBATO, 2004, p.23).

Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, especialmente em termos de saúde. Voltar a atenção à saúde ao idoso é um ato político que envolve diferentes atores sociais: gestores, sociedade civil organizada e a clientela de idosos, que, em um processo democrático, participativo e consensual, articulam-se entre si e negociam as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional.

Assim sendo, o processo do envelhecimento é evidente e observado com facilidade apesar de sabermos pouco sobre este fenômeno que acontece com todos os seres vivos. O indivíduo idoso não constitui um ser marginal, mas exhibe necessidades peculiares, de importâncias variáveis, que exigem atenção e conhecimento para tomar medidas e condutas que sejam adequadas para cada situação.

Para Goldman (2000, p.34), atualmente, é de fundamental importância que o profissional interessado nesta área esteja atualizado nas peculiaridades anatômicas e funcionais do envelhecimento, sabendo discernir com máxima precisão os efeitos naturais deste processo (senescência) das alterações reduzidas pelas inúmeras afecções que pode acometer o idoso (senelidade).

No primeiro capítulo será falado sobre a situação da população idosa no Brasil abordando a questão da humanização nas políticas assistenciais. Foi falado também do aumento dos cuidados com a população idosa no Brasil ressaltando o gradativo aumento de pessoas idosas no nosso país.

No segundo capítulo será mostrado a questão do acolhimento ao idoso, dando definições, conceitos e práticas dessa palavra dentro da enfermagem, foi falado também da doença na velhice e da função do serviço social no acolhimento do idoso.

No terceiro capítulo será falado da humanização em enfermagem, ressaltando a importância da família nos cuidados com o idoso além de mostrar a questão do processo de envelhecimento da pessoa.

Assim percebemos que para caracterizar um atendimento humanizado e acolhedor ao idoso é preciso melhorar a qualidade do atendimento, utilizando recursos da própria comunidade, do próprio hospital, dos profissionais envolvidos e dos usuários.

1 – A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

Quem pensa que idoso é coisa do passado e pouco interessante é melhor ir reciclando mais um pouco seus conhecimentos. Os idosos de hoje estão mais saudáveis, vivem mais e sabem de todas as novidades que surgem. Eles sabem exatamente o que querem e do que precisam e nos ensinam sempre um pouco mais sobre a vida.

O envelhecimento não pode ser visto pela sociedade, família e empregador sob os olhos da discriminação. Não só as pessoas envelhecem, as gerações também envelhecem, sem dar conta dos segundos, minutos, dias, semanas, meses e anos. O envelhecimento irá alcançar com toda certeza a todos. É comum que as árvores dêem frutos na época da colheita. Semelhantemente, a velhice é o período de resultados (FONTE, 2002, p.35).

Quando somos cheios de experiências, munidos de um caráter polido até a sua essência e de um coração gentil e puro, a velhice se torna a época mais valiosa da vida humana.

Pena que nem tudo flui às mil maravilhas, não só o atendimento ao idoso mas em geral o atendimento humanizado está em falta no nosso país. A todo instante sai notícias na TV de que pessoas morrem na frente de hospitais esperando por atendimento, idosos sendo maltratados por pessoas que dizem serem profissionais no cuidado com os mesmos, parece loucura mas esse é o mundo em que vivemos.

O certo é fazer funcionar o estatuto do idoso que na prática não funciona, a sociedade e os Governantes precisam respeitar este Estatuto e criar canais de auxílio que realmente funcionem. Investir em algum Órgão que absorva a demanda imensa de denúncias que existem. Criar leis qualquer um o faz, colocar na prática é outra história.

As instituições de saúde para atingir a satisfação de seu cliente, devem centrar toda a atividade para atender suas necessidades: físicas (tratamento) e emocionais (atendimento). Têm o dever de proporcionar-lhe bem estar, e, nunca esquecendo que as mesmas, existem para seus doentes, e que estes pagam a conta, e mantêm a empresa de saúde. A filantropia também é sustentada (LOBATO, 2004, p.26).

A cultura organizacional institucionalizada em alguns hospitais e clínicas de saúde, não vê o paciente como ser humano livre e portador de sentimentos e emoções. Na maioria das vezes é o paciente que se mostra solidário com o pessoal que atende, e, evita até pedir-lhe o que necessita, para não sobrecarregá-lo, tirando-os de sua “rotina”. Os hospitais se preocupam mais em discutir sobre novas tecnologias, no orçamento financeiro, o fluxo de

caixa, construção de novas instalações, otimização do uso dos leitos do que melhorar o atendimento ao paciente (SILVESTRE, 2003, p.44).

Também parece que não é preocupação dominante a capacitação das pessoas para a correta realização de seu trabalho, julgando que, se somente se, agir tecnicamente correto é condição necessária e suficiente para garantir a satisfação do cliente.

Sendo assim de acordo com Neri (2006, p.17):

A informatização, rotinas, controles em excesso, despersonalizaram a atividades no ambiente hospitalar; tornando as pessoas insensíveis e preocupadas, apenas em cumprir a carga horária, fazer o que está manualizado, afinal todos hospitais querem obter a certificação hospitalar, que é absolutamente louvável, desde que obedecidas às características de uma instituição de saúde que trata de pessoas doentes, e que os critérios de qualidade não podem ser idênticos à de uma indústria com um parque fabril. O humanismo deve ser o cerne do hospital, de onde nunca deveria ter saído.

A humanização nos hospitais é de suma importância, pois os cuidados de saúde são atividades humanistas, independentes da tecnologia envolvida no diagnóstico e no tratamento.

1.1 A questão da humanização nas políticas assistenciais

Com o passar dos anos, devido a necessidade de mudança nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, há vários anos, em áreas específicas da assistência, por exemplo, na saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança com o projeto mãe-canguru, para recém-nascidos de baixo peso.

Atualmente têm sido propostas diversas ações visando a implantação de programas de humanização na assistência ao idoso, vários projetos e ações desenvolvem atividades ligadas a artes plásticas, música, teatro, lazer, recreação.

Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados. Pela linguagem, fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes (BERZENS, 2003, p.67).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das

necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (CANÇADO, 2002, p.59).

O movimento de humanização nos hospitais com o idoso é voltado para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, mas também para intervenções estruturais que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável para o idoso.

A proposta de humanização da assistência a saúde visa a melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. Sabe-se que visa, também, ao alinhamento com as políticas mundiais de saúde e a redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias (BRASIL, 2006, p.25).

Pesquisas realizadas em hospitais mostram que quando se trabalha com humanização a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos.

De acordo com Moragas (1997, p.32), para uma avaliação da complexidade da tarefa assistencial, em especial da realizada em hospitais, deve-se levar em conta que o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo e que a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente. Portanto, nesta instituição, interagem as necessidades de quem assiste e as de quem é assistido.

Acredita-se que profissionais que trabalham com o ser humano devem tratar o outro como humano, isto é, com igualdade, aproximação, tentando fazer o melhor, respeitá-lo e acompanhá-lo. Devem desenvolver as ações necessárias para a humanização do idoso, de modo a possibilitar mudanças no tratamento hospitalar.

Para o processo de humanização hospitalar acontecer, médicos, corpo de diretores, enfermeiros e pacientes devem estar envolvidos de forma harmônica. A preocupação com a humanização hospitalar do idoso tem como principal meta a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, visto que a pessoa idosa deve ser considerada em primeiro lugar. A dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são todos fatores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional da saúde (LOBATO, 2004, p.53).

Neri (2006, p.58) destaca alguns direitos dos idosos:

1- Garantir, a pessoa idosa, acompanhantes e cuidadores, bem como assistência a saúde nos diferentes níveis de atenção do SUS, abrangendo todas as áreas clínicas, com ampliação do número de profissionais, com vistas a atender a demanda real;

2- Implementar e/ou ampliar a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar a pessoa idosa;

3- Garantir visita de atendimento domiciliar aos idosos dependentes, ou acamados, (acometidos de doenças e agravos não transmissíveis – DANTs), munida de recursos adequados (equipe multidisciplinar, transporte, equipamento, etc.);

4- Implementar a rede de serviços de alta e média complexidade, englobando instituições de longa permanência, Centros Dia, Abrigos temporários e Casa de Passagem, para o atendimento de pessoas idosas que necessitem de cuidados e não tenham condições de retorno imediato as suas residências.

5- Criar residência terapêutica temporária (por até sessenta dias) com serviço de atenção à saúde e reabilitação do idoso em alta hospitalar e em situação de vulnerabilidade social, com garantia de atendimento domiciliar após a alta;

6- Promover capacitação de profissionais da saúde na área do envelhecimento para atenção qualificada nos diversos níveis de atuação: básica, ambulatorial, especializada e hospitalar, visando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da pessoa idosa no SUS;

7- Criar leitos psiquiátricos para a pessoa idosa em hospitais gerais;

8- Garantir a pessoa idosa, atendimento domiciliar pós-internação quando o quadro clínico exigir;

9- Adequar os hospitais para a internação de idosos em situação de alta e média complexidade, provendo ambientes amigáveis, dignos e humanos.

1.2 O aumento dos cuidados com a população idosa no Brasil

Para melhor compreendermos o processo de envelhecimento populacional, convém frisar que a partir das primeiras décadas do século XX evidenciou-se um avanço considerável na longevidade humana em termos coletivos, o que ocorreu, inicialmente, apenas nos países desenvolvidos e, posteriormente, nos subdesenvolvidos e em via de desenvolvimento (GOLDMAN, 2000, p.28).

O Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelou que as pessoas com mais de sessenta anos representam quase 15 milhões ou 8,6% de toda a

população brasileira, e as Nações Unidas estimam para o ano de 2025 cerca de 32 milhões de brasileiros idosos. No estado do Pará a população idosa é estimada em 356.562 pessoas (BERZENS, 2003, p.41).

Foi a partir da década de 1960 que se evidenciou o aumento nesse grupo etário. Lobato (2004, p.39) afirma que o processo de envelhecimento no país não se dá de modo igual para todos.

A influência interativa de variáveis como gênero, etnia, classe social, escolaridade, profissão, valores, crenças e experiências pessoais configura diversos padrões de velhice. Assim, o impacto do tempo é diferente de pessoa para pessoa, dependendo da maneira como o indivíduo vive, das suas condições econômicas, sociais, ambientais, culturais e do tipo de trabalho exercido. Esses fatores determinam as condições gerais de uma pessoa e a forma como vai se dar o seu processo de envelhecimento.

Segundo Mercadante (2003, p.56), na concepção de Beavouir a velhice é uma totalidade complexa e é impossível se ter uma compreensão da mesma a partir de uma descrição analítica de seus diversos aspectos, pois cada um dos seus aspectos reage sobre todos os outros e é somente a partir da análise do movimento indefinido da circularidade relacional dos vários elementos que se pode apreender a velhice.

Segundo Moragas (1997, p.19): o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa que entra numa etapa diferente das vividas anteriormente, esta possui uma realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas e subjetivas.

De acordo com este ponto de vista, o autor afirma ainda que: a velhice constitui um período semelhante aos das outras etapas vitais, como pode ser a infância ou adolescência, mais estudadas por cientistas naturais e sociais. Possui certas limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando especialmente nos últimos anos de vida. Por outro lado, tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social, que podem compensar, caso se utilizem adequadamente as limitações desta etapa da vida (MORAGAS, 1997, p.19).

A velhice como uma fase de vida que pode ser positiva, apesar de algumas limitações impostas. Diante disso, percebemos que a velhice, apesar algumas vezes impor limitações, não impede que a pessoa idosa tenha uma vida positiva. Embora ela não possa realizar algumas atividades, pode, perfeitamente, realizar as que estão dentro das suas possibilidades, sem com isso trazer prejuízos à sua vida.

De acordo com Moragas (1997, p.18), a velhice funcional corresponde ao emprego do termo velho como sinônimo de “incapaz” ou limitado e reflete a relação tradicional entre velhice e limitações.

Trata-se de um conceito errôneo, pois a velhice não representa necessariamente incapacidade. Portanto, é preciso lutar contra a idéia de que o velho é funcionalmente limitado, embora exista a possibilidade de que o seja, a maioria da população idosa não se encontra impedida.

Apesar do que possa parecer a muita gente, a velhice humana origina reduções na capacidade funcional devido ao transcurso do tempo, como ocorre em qualquer organismo vivo, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena como pessoa que vive, não somente com o físico, mas, sobretudo, com o psíquico e o social.

A velhice, como qualquer idade, possui sua própria funcionalidade, visto que a maioria das pessoas vive como pessoas “normais” dentro da sociedade contemporânea (MERCADANTE, 2003, p.60).

As barreiras à funcionalidade dos idosos são, com freqüência, frutos das deformações e dos mitos sobre a velhice, mais do que reflexo de deficiências reais. Sobre a concepção de velhice funcional, Moragas (1997) tem a preocupação de mostrar que, ao contrário do que a sociedade habitualmente costuma pensar, a velhice não é uma fase da vida que deva ser vista como sinônimo de incapacidade ou de limitações e é errôneo compreendê-la do prisma da invalidez e das limitações.

Para o autor, o envelhecimento traz ao indivíduo reduções na sua capacidade funcional, que são provenientes do transcurso do tempo e ocorrem com qualquer organismo vivo. Contudo, essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena, utilizando principalmente suas atribuições psíquicas e sociais (MORAGAS, 1997, p.21).

Pode-se observar que, apesar de algumas restrições impostas pela velhice, como a diminuição de algumas capacidades, o indivíduo pode e deve viver da melhor forma possível; apenas deve se adequar a essa nova realidade.

O critério mais utilizado pelo poder público, pelas leis e pelo Estado para determinar uma pessoa como velha é o cronológico. Esse critério é adotado pela Organização Mundial de Saúde, pela Política Nacional do Idoso, pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que estabelecem a idade a partir de sessenta anos para alguém ser considerada velha.

Porém, considerando que o impacto do tempo é diferente de pessoa para pessoa, acreditamos que a velhice cronológica é insuficiente para determinar quando a pessoa pode ser considerada velha, pois têm de ser levados em consideração outros fatores, como a formação dos indivíduos e suas condições econômicas, sociais, culturais.

Moragas (1997, p.22) ressalta: a velhice cronológica definida pelo fato de se ter atingido os sessenta e cinco anos, baseia-se nas idades tradicionais de afastamento do trabalho profissional, cujo primeiro precedente surge com as medidas sociais do Chanceler Bismarck, no século XIX. Fundamenta-se na velhice histórica real do organismo, medida pelo transcurso do tempo. É objetiva em sua medida, visto que todas as pessoas nascidas na mesma data têm idade cronológica e formaram uma unidade de análise social, uma corte, utilizada frequentemente por demógrafos e estudiosos da vida social.

Segundo Neri (2006, p.67), o conceito predominante de velhice é negativo, quer analisado pela ótica individual, quer pela social, no qual predominam a doença, a solidão, o desprestígio.

Diante da colocação da autora, podemos enfatizar que em nossa sociedade a velhice tende a ser vista como uma experiência homogênea que pressupõe, obrigatoriamente, a perda de funções (econômica, mental, física, social, etc.), com o predomínio de fatores negativos. Assim, não se relativiza a influência interativa de variáveis como gênero, etnia, classe social, escolaridade, profissão, valores, crenças experiências pessoais, que configuram diversos padrões de velhice.

Essa imagem negativa da velhice e do processo de envelhecimento explica por que muitas pessoas, ao envelhecerem, sofrem preconceitos e discriminações por parte de diferentes setores, privando-as dos recursos e das informações que permitem uma vida digna.

Essa representação social negativa da velhice acaba por ocasionar o não reconhecimento dos direitos desse segmento na sociedade, muitas vezes inviabilizando a sua cidadania, ou seja, na visão de Faleiros (1997, p. 60):

O exercício de seus direitos civis, políticos, sociais, ambientais, éticos, que foram construídos historicamente, através das leis, normas, costumes, convenções, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros ativos de uma determinada sociedade, podendo exigir dela os seus direitos, ao mesmo tempo em que ela lhe exige determinados deveres comuns. Os deveres do Estado são, por sua vez, direitos do cidadão.

O não reconhecimento dos direitos dessas pessoas pode gerar sentimentos de desproteção e fragilidade, tendo como consequência o medo do enfrentamento de situações cotidianas na vida da pessoa idosa.

Porém, a mudança na pirâmide etária brasileira nas últimas décadas tem levado as autoridades a dispensar mais atenção a essa população, que demanda cada vez mais o sistema de assistência à saúde. Esse segmento populacional, após muitas lutas, conquista espaço nas políticas públicas, concretizadas com a aprovação da Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842/1994, que no art. 3º dispõe: “A família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania.” Por sua vez, o art. 10 garante à pessoa idosa assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p.72).

No Estatuto do Idoso, lei nº 10.741/2003, elaborado para garantir o respeito à cidadania da pessoa idosa, encontramos 118 artigos que regulamentam e garantem direitos e estipulam deveres para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa (NERI, 2006, p.65).

Além de punição para crime e para o desrespeito aos idosos, possui diretrizes que valorizam a autonomia, preservam a independência física, psíquica e social da população idosa.

O capítulo I, “Do direito à vida”, do Estatuto do Idoso, no seu artigo 8º, prevê: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social nos termos da lei e da legislação vigente” (SILVESTRE, 2003, p.94).

Apesar de este segmento populacional ter seus direitos assegurados em forma da lei, ainda ocorre a inobservância desses direitos pela sociedade, que chega a estigmatizar o idoso como alguém sem valor, que não merece ter seus direitos respeitados.

Estudos de Goldman (2000) sobre velhice e direitos sociais afirmam que o processo de envelhecimento é um fenômeno complexo, haja vista o grande número de termos usados para se referir ao sujeito que envelhece. A autora destaca os termos utilizados para designar a velhice “velho”, “idoso”, “geronte”, “gerontino”, “velhote” ou “ancião”, afirmando que todas essas designações apenas suavizam a estigmatização que os idosos vivem no seu cotidiano.

Dessa forma, vale ressaltar que são as idéias equivocadas, estereotipadas, que geralmente são atribuídas ao envelhecimento e o estigmatizam, levando a que haja a negação e que se tenha uma rejeição em torno da velhice e do tornar-se velho.

É verdade que a velhice é uma fase da vida que pode trazer com ela muitas modificações à vida de uma pessoa e que em alguns casos pode vir acompanhada de doenças e limitações. Porém, é necessário perceber que a velhice não é uma fase só de perdas e

limitações, pois pode e deve ser vivida da melhor forma possível e não ser sinônimo de incapacidade, como comumente costuma ser retratada.

1.3 O crescimento da população idosa no Brasil

O aumento da população idosa tem sido marcante nos últimos anos e desde os anos 60 têm aumentado o número de pessoas idosas nos países de terceiro mundo.

No Brasil a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce e a estimativa para 2020 indica que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas. No ano de 2050 as pessoas idosas representarão um quinto da população mundial (LOBATO, 2004, p.70).

Este fato gerou um impacto marcante nos serviços de saúde, sendo as políticas existentes ineficientes se não priorizarem a demanda de uma sociedade envelhecida. Há necessidade de novos planejamentos voltados para assistência ao idoso, definir novos espaços nas diversas estruturas sociais para as pessoas idosas e reforçar o debate sobre as atribuições do Estado (FONTE, 2002, p.94).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há várias alterações que tornam o idoso mais susceptível a agressões intrínsecas e extrínsecas. Envelhecer é a redução da capacidade de sobreviver ocorrendo alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas podendo desenvolver dependência, sentimento de inutilidade e rejeição (MERCADANTE, 2003, p.63).

A incapacidade física é o problema que mais afeta essa faixa etária, sendo sua principal causa as doenças crônicas, interferindo diretamente na realização de suas atividades de vida diária.

Tem-se percebido um aumento nas internações e consultas entre idosos. Esta faixa etária representa cerca de 9% da população e consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (CANÇADO, 2002, p.29).

O sistema de saúde brasileiro não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades, associado à carência de profissionais qualificados, poucas modalidades assistenciais mais humanizadas e a escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento às pessoas idosas.

É necessário buscar as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos e planejar as intervenções de forma adequada de acordo com a necessidade e investir na área hospitalar e na rede básica de saúde para atender suas demandas (BRASIL, 2006, p.79).

Em janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº 8.842, que define a Política Nacional do Idoso, estabelecendo direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação efetiva na sociedade com direito à cidadania, à saúde e à assistência humanizada (CANÇADO, 2002, p.32).

Em 1º de outubro de 2003 foi aprovado o estatuto do idoso abrangendo desde os direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra a pessoa idosa. Afirma ao idoso o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006, p.81).

De acordo com Brasil (2003, p.34) no que diz respeito ao direito à saúde, é obrigação do estado garantir proteção mediante efetivação de políticas sociais públicas; assegurar atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e igualitário, com ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e prover os serviços com profissionais capacitados.

Pelo Estatuto, o idoso tem direito à unidade geriátrica de referência, atendimento domiciliar e acompanhamentos, incluindo internação com acompanhante, fornecimento gratuito de medicamentos e direito a optar pelo tratamento quando com domínio de suas faculdades mentais.

Considerando a necessidade de que o setor saúde dispusesse de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, foi aprovada em outubro de 2006 a Portaria nº 2.528. Esta política tem como finalidade definir as diretrizes para recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Esta política envolve todo cidadão e cidadã, brasileiros, com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006, p.82).

Na Estratégia de Saúde da Família, espera-se que os profissionais de saúde devam estar voltados para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à unidade, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. O profissional deve estar atento às mudanças do perfil populacional de sua área de abrangência, com atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, com medidas de proteção, identificação precoce de seus agravos, intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua exclusão do convívio familiar e social (BRASIL, 2006, p.83).

Considerar e defender como essencial a presença e participação do idoso na família e na sociedade é uma das missões daqueles que adotaram a proposta da atenção básica resolutive, integral e humanizada (SILVESTRE, 2003, p.102).

O SUS estabelece uma política pública de saúde que visa à integralidade, a universalidade, a equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar disso, ainda são encontrados no SUS problemas como: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre profissionais; despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e desrespeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2003, p.35).

Diante desses problemas, observam-se no Brasil várias iniciativas para se construir de modo eficaz um sistema público que garanta acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros.

Portanto, a Política Nacional de Humanização (PNH) de fevereiro de 2003, constitui-se em uma iniciativa que tem como princípios valorizar as práticas de atenção e gestão de acordo com o SUS, respeitando cada cidadão na sua individualidade e direitos; estimular e fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional; apoiar construção de redes cooperativas para a produção de saúde; preservar a autonomia de cada cidadão fazendo com que seja protagonista das práticas de atenção à saúde; fortalecer co-responsabilidades nos processos de gestão e controle social em todas as instâncias do SUS e compromisso com a democratização das relações de trabalho; valorizar os profissionais; promover gestão compartilhada e participativa dos cuidados e atenção aos usuários estimulando o trabalho humanizado; estar atento para questões de violência e preconceitos durante o atendimento; respeitar a privacidade; prover de ambiente acolhedor e confortável e incentivar à educação permanente (BRASIL, 2006, p.84).

2 – O ACOLHIMENTO AO IDOSO

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

Reconhecer essa longa trajetória, ao falar do acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a qual acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome acolhimento alguns significados dos quais não compartilhamos.

O acolhimento, orientado por princípios e posturas éticas, torna-se um campo fértil para a formação de sujeitos concretamente autônomos, protege a saúde individual e coletiva, bem como, legitima uma política social neste âmbito.

O acolhimento na atenção básica é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade) (SOLLA, 2006, p.46).

Essa atenção básica traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatorios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (FRANCO, 2004, p.102).

Mas na realidade, percebemos que o acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de receber os usuários respeitando o seu bem privado, suas necessidades particulares, de domínio individual. A configuração física, e o modo como são distribuídos os espaços nas unidades de saúde propiciam a exposição e constituem um entrave para acolher. Inerente à questão da privacidade, insere-se a confidencialidade das informações.

Nesta perspectiva, a utilização do acolhimento nas práticas de saúde na atenção básica, como ato primordial, é fundamental para a promoção de saúde dentro deste novo arranjo demográfico.

O acolhimento deve estar incluso na assistência ao usuário, pois, é uma ferramenta importante na integração destes à comunidade, como também contribui na valorização dos seus direitos de obter uma assistência que promova qualidade de vida.

Pensando bem, o acolhimento se transforma em um atendimento desejado que se constitui de elementos como atenção e reconhecimento, permeando, sobre ambos, os direitos individuais e sociais.

A PNH propõe que o acolhimento deve estar presente em todos os momentos do processo de atenção à saúde. Apesar de estar presente em todas as relações humanas, tem-se percebido o não exercício desse acolhimento nas práticas cotidianas. O acolhimento é uma ação que deve favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso com os usuários, com as equipes e os serviços.

No acolhimento à pessoa idosa o profissional deve compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção, estar qualificado e estabelecer uma relação respeitosa com o idoso como, por exemplo: chamá-lo pelo nome, considerar que ele é capaz de compreender as perguntas e as orientações que lhe são atribuídas e se dirigir a ele utilizando-se de uma linguagem clara (BRASIL, 2006, p.67).

A humanização está vinculada aos direitos humanos, é um princípio que deve ser aplicado a qualquer aspecto do cuidado. Na assistência humanizada o usuário participa das tomadas de decisões quanto ao tratamento tendo sua autonomia preservada. Na relação profissional - paciente, o profissional deve valorizar a efetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidado, é preciso que haja um encontro entre pessoas, compartilhando saber, poder e experiência vivida, mantendo relações éticas e solidárias (NERI, 2006, p.104).

Humanização em saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços. Humanizar em saúde é atender as necessidades do outro com responsabilidade, levando em conta seus desejos e interesses, envolve valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2003, p.103).

Humanização é o processo de produção de saúde proporcionando um atendimento integral ao usuário (BRASIL, 2003, p.97).

A atenção à saúde do idoso deve firmar-se na atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), promovendo ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando todos os direitos de cidadania, defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 2006, p.71).

A Equipe de Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde da pessoa idosa pertencente a sua área de abrangência. Todos os profissionais devem oferecer ao idoso e sua família uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar. Para a efetivação de uma assistência humanizada, os profissionais devem planejar e programar as ações, estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento e buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários. Acompanhar pessoas idosas frágeis, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, de suas famílias e da comunidade, oferecer atenção continuada às necessidades de saúde da pessoa idosa, desenvolver e realizar atividades de educação relativas à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006, p.73).

A enfermagem gerontológica, é a especializada nos cuidados do idoso, e deverá possuir profissionais aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde do idoso. A gerontologia cuida da personalidade e da conduta dos idosos, levando em conta todos os aspectos ambientais e culturais do envelhecer. A assistência prestada à pessoa idosa está diretamente ligada às suas necessidades de saúde, cuidados e bem-estar. A equipe de enfermagem deve identificar e avaliar suas necessidades para maximizar suas condições de saúde, minimizar as perdas e limitações, facilitar diagnósticos e auxiliar no tratamento, proporcionar conforto quando o idoso apresentar angústias e fragilidades (CANÇADO, 2002, p.123).

Na atenção básica, o enfermeiro como membro da equipe de saúde deve conhecer a realidade das famílias, tanto nos aspectos físicos, mentais, sociais e demográficos, devendo realizar assistência integral e contínua a todos os membros incluindo a assistência domiciliar como local de atenção. Deve também, analisar as informações coletadas na consulta de enfermagem e elaborar o plano assistencial estabelecendo metas. O enfermeiro deve participar ativamente do cuidado prestado ao idoso, abordando mudanças físicas consideradas normais e identificando precocemente as alterações patológicas (BRASIL, 2006, p.76).

A família e a comunidade devem ser orientadas quanto ao processo de envelhecimento, sobre fatores de risco que os idosos estão expostos e informados sobre

intervenções que possam minimizar ou eliminar estes riscos, desenvolvendo ações educativas no nível primário, secundário e terciário, estimulando a participação ativa do idoso e seus familiares no processo de auto-cuidado. O enfermeiro deverá estar sempre atento ao bem-estar do idoso, sua capacidade funcional, sua inserção familiar e social, para mantê-lo o mais independente possível, contribuindo para a manutenção da sua dignidade e autonomia máximas e deverá realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais (FONTE, 2002, p.132).

A assistência humanizada de enfermagem baseia-se na prática, que resulta do encontro da enfermagem com a assistência à saúde e através desse encontro entre enfermeiro e paciente que o ato de cuidar se torna humanizado (GOLDMAN, 2000, p.87).

A enfermagem vivência com o outro ser, eventos da vida, ela busca conhecer o ser humano. Para alcançar essa relação inter-humana é necessário o conhecimento de si mesmo e não somente do outro, para que haja abertura ao encontro autêntico do cuidado. Para que haja o cuidado humanizado o enfermeiro tem que ir além de habilidades técnicas, que são também indispensáveis para o cuidado, mas deve colocar o ser que é cuidado como centro do processo do cuidado. O enfermeiro deve estar consciente, ter responsabilidade, ser capaz, ter abertura para conhecer o outro, respeitar e ajudar o outro como ser humano que tem potencialidades (LOBATO, 2004, p.61).

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de ampliar a discussão sobre a assistência da equipe de enfermagem aos idosos da sua área de abrangência considerando o cuidado integral e humanizado.

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção do idoso em relação à assistência de enfermagem prestada considerando os princípios de humanização.

2.1 A questão da doença na velhice

Como referido anteriormente, a velhice não deve ser entendida como sinônimo de doença e de limitações, apesar de esses aspectos poderem estar associados. Diante disso, temos de inferir que existem pessoas idosas em boas condições de saúde e pessoas idosas que se encontram doentes e são mais propícias ao aparecimento de limitações.

Quando o envelhecimento é associado a doença, precisamos descobrir o que significa estar doente. Saúde não é apenas a ausência da doença, pois muitos outros elementos estão interagindo nesta conceitualização. A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), realizada em Brasília, divulgou o seguinte conceito de saúde: Saúde é a resultante das

condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social (SILVESTRE, 2003, p.101).

Dessa forma, os fatores cotidianos interferem diretamente no estado de saúde, na qualidade de vida e no bem estar, e com a pessoa idosa isso não é diferente. Apesar de uma parcela da população idosa apresentar boa saúde e vivenciar sua velhice em boas condições físicas, psíquicas e sociais, existem pessoas idosas que se encontram enfermas e vulnerabilizadas, demandando cada vez mais por serviços de saúde.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006, p.82).

De acordo com Brasil (2006, p.83) em 2003, num contexto de enorme crescimento da população idosa no país, foi instituído o Estatuto do Idoso, lei nº 10.741/2003, que definiu a saúde da pessoa idosa como obrigação do Estado mediante a efetivação de políticas públicas para assegurar um envelhecimento saudável. O artigo 15 desta lei dispõe:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário em conjunto articulado das ações e serviços para a prevenção, promoção e proteção da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Em 2006 o poder público instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela portaria nº 2.258/2006, tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos, direcionando medidas coletivas e individuais à saúde para este fim (BRASIL, 2006, p.83).

2.2 A função do serviço social no acolhimento da pessoa idosa

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. A criação do Sistema Único de Saúde instituiu uma nova política pública de saúde, com a qual se afirmou a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde (FALEIROS, 1997, p.119).

Contudo, apesar dos avanços alcançados com a criação do SUS, o contexto aponta para a necessidade de mudanças, que, segundo o Ministério da Saúde, são necessárias em

razão das profundas desigualdades socioeconômicas que ainda caracterizam o Brasil, das lacunas que ainda existem no acesso aos serviços e aos bens de saúde, da desvalorização dos trabalhadores e do frágil vínculo que ainda é mantido com o usuário. Em decorrência disso, foi implementada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS – Humaniza SUS, que deve ser entendida não como um programa, mas como uma política transversal na rede SUS (NERI, 2006, p.124).

Segundo o Ministério da Saúde, por humanização no campo da saúde se entende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores e diz respeito a uma aposta ético-estético-política, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Tem uma dimensão estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, e política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS (NERI, 2006, p.125).

Dessa forma, entendemos a política de humanização como uma forma de viabilizar o acesso ao atendimento de saúde com qualidade, mais humanizado, pautado no respeito e na valorização humana e no qual se qualifiquem os trabalhadores e gestores da saúde para desenvolverem um serviço com qualidade aos usuários do sistema de saúde. Entendemos ser o acolhimento a diretriz fundamental nesse processo de humanização das relações em saúde. O profissional que trabalha com a saúde se depara com o constante desafio de lidar com a fragilidade e a vulnerabilidade que acaba por se instalar no indivíduo que se encontra doente.

Dessa forma, torna-se necessário uma intervenção mais voltada para a questão do ser humano, com atitudes mais humanizadas e acolhedoras, de modo que o indivíduo que se encontra doente se sinta valorizado, acolhido, cuidado no processo de tratamento de sua patologia.

Conforme Goldman (2000, p.95), o cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma totalidade diferente. Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos, a relação não é sujeito objeto, mas sujeito/sujeito, a relação não é de domínio sobre, mas de convivência.

Não é pura intervenção, mas interação e comunhão. Segundo a política referida, “o acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo” (MERCADANTE, 2003, p.86).

Dessa forma, entendemos que, apesar de o assistente social ter um papel importante nesse processo de acolhimento, este deve envolver todos os profissionais que atendem o usuário.

O atendimento acolhedor atrelado à ação profissional do assistente social, ao contrário do que alguns possam pensar, não se resume a um atendimento marcado pela simpatia ou pela bondade. Vai muito além da simples recepção desse usuário e depende, na verdade, do posicionamento crítico e com ações resolutivas.

Não está ligado naquela questão do acolhimento de ser simpático, agradável e não dar resolutividade. A resolutividade é importantíssima. Agora, a empatia também é: você olhar no olho dessa pessoa, você escutar o que essa pessoa quer.

O assistente social, como profissional de saúde, tem como objetivo promover o acesso aos direitos individuais e coletivos, garantindo a cidadania desses usuários, pois se entende como cidadania o exercício de seus direitos civis, políticos, sociais e ambientais, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros de uma determinada sociedade.

Para Neri (2006, p. 132), não se pode negar nem deixar de se reconhecer que em algumas circunstâncias e momentos o apoio, o alívio de tensão, a orientação podem até ser o mais urgente e necessário, mas nunca o suficiente da parte do assistente social.

O assistente social, ao acolher o usuário e seus familiares, ao escutá-los, ao dar-lhes apoio, deve buscar atingir as causas do problema apresentado por essa demanda, ao menos no que tange à participação dos profissionais no problema e na resolução destes, procurando garantir os direitos de todos.

De acordo com Goldman (2000, p. 91), “cuidar das coisas implica acolhê-las, respeitá-las. A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentimento de responsabilidade”. O projeto de humanização tem o objetivo de desenvolver um trabalho de qualidade, pelo qual os usuários e seus familiares recebam um tratamento humanizado, pautado no respeito, na valorização e na solidariedade humana na construção de sua cidadania.

3 – PROMOVENDO A HUMANIZAÇÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O Ministério da saúde nos últimos anos vem apostando significativamente na melhoria da qualidade e da eficiência do Sistema Único de Saúde. A maior estratégia está no investimento de equipamentos, tecnologias e na recuperação física de hospitais, mas também empreendendo esforços para imprimir uma maior qualidade no gerenciamento hospitalar e no atendimento à população (BRASIL, 2006, p.137).

O aprimoramento tecnológico certamente terá seu impacto minimizado se não for acompanhado por um correspondente avanço na construção de relações humanas no trabalho e atendimento em saúde, pautada em um padrão ético de respeito, solidariedade e dignidade

Em 2001, o Ministério da Saúde, de acordo com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, cujo objetivo mais amplo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área de saúde, desenvolveu ações e compartilhado com as equipes das Secretarias de Saúde e dos Hospitais de várias regiões, tem obtido avanços não apenas no tocante às relações entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, mas em diferentes aspectos de organização do atendimento dentro dos hospitais, tais como o cuidado com as instalações, a melhoria no acesso e na presteza do atendimento, o aprimoramento das formas de comunicação nos hospitais, o treinamento dos recursos humanos para a implantação de projetos de humanização (BRASIL, 2003, p.92).

Incentivando o aprimoramento da assistência hospitalar à população e a melhoria na gestão das instituições hospitalares, com esse objetivo o Ministério da Saúde têm implantado alguns programas como o de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, o de Humanização da Assistência, o de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos e o de Acreditação Hospitalar. Tem realizado também significativos investimentos no reequipamento e na reforma de inúmeros hospitais em todo o país (BRASIL, 2003, p.93).

A eficiência e eficácia nos processos de gestão são indispensáveis, para assegurar uma assistência de qualidade e humanizada da saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e de apoio.

Nas teorias da enfermagem, encontramos respaldo sobre as questões de humanização. Segundo a teoria das “Necessidades Humanas Básicas” citado por Lobato (2004, p.101):

A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, pois o ser humano tem necessidades humanas básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar. O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado. Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano. A enfermagem assiste o cliente valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. As necessidades são universais e comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

Para humanizar a vida em seu sentido pleno, é necessário entender de morte, que é a realidade da qual ninguém está livre. A fase da vida em que a pessoa mais sofre humilhação e desumanidade é a fase final. A morte é sempre vista como algo negativo, é o fim.

Quando se entende a vida em toda a sua dimensão, a morte é visualizada, como de fato é, um simples momento entre a dimensão física, temporal e a eterna da existência (FALEIROS, 1997, p.197).

A enfermagem é uma profissão de muitas técnicas e cuidados, mas o maior desafio está no “aprender a escutar, acolher o outro, partilhar o momento, aprender com o outro, ser coerente, sorrir, criar harmonia, não rotular, atender prontamente e acima de tudo ser apaixonada pelo que faz. Deus nos deu o rosto, nós fazemos as nossas expressões” (NERI, 2006, p.142).

Para se implantar um programa de humanização em instituições de saúde é necessário canalizar e adequar a assistência aos usuários de forma que possa contribuir e fortalecer os resultados de satisfação e de qualidade dos serviços prestados.

3.1 A importância da família nos cuidados com o idoso

Segundo Faleiros (1997, p.56):

Os idosos numericamente vêm aumentando significativamente nos últimos anos, pois a velhice é uma etapa do ciclo da vida, que uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas. Esta mudança no perfil demográfico, iniciada na segunda metade dos anos 70, quando houve um declínio da taxa de natalidade, aponta que para o ano de 2025 existirá no Brasil, aproximadamente 30 milhões de idosos que representarão 15% da população total.

Segundo Goldman (2000, p 33):

Os anos de 1975 a 2025 corresponderão à era do envelhecimento, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente do controle da natalidade e do aumento de gerentes já representa um grande problema, no futuro próximo, o Brasil viverá a mesma situação. As projeções estatísticas apontam que atéano 2025, ocuparemos o 6º lugar do mundo no que se refere à população idosa, modificando-se portanto a pirâmide populacional, conduzindo a um repensar sobre as políticas de saúde (reestruturação das ações de saúde), sociais e econômicas.

Segundo o Instituto Brasileiro Geografia e Estatístico (IBGE, 2000), tal fato se deve pela melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente um aumento da expectativa desta, a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade e a evolução tecnológica como procedimentos, diagnósticos e terapias cada vez mais sofisticadas contribuindo com a promoção, prevenção e o tratamento de certas patologias (BRASIL, 2003, p.27).

Mas os idosos apresentam transformações próprias nos seus aspectos biológico, psicológico e social, requerendo tipos de assistências diferenciadas especialmente em termos de saúde.

Voltar à atenção à saúde ao idoso é um ato político que envolve diferentes atores sociais: gestores, sociedade civil organizada e a clientela de idosos, que em processo democrático, participativo, articulam-se entre si e negociam as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional.

Segundo Goldman (2000, p.36), apresenta a família como porto seguro aonde todos nós se refugia quando estamos precisando de ajuda e proteção e neste caso especialmente os idosos.

A família é um ponto de referência em todas as situações. É apontada pelos estudiosos do envelhecimento como o ponto chave para corresponder às questões como o bem-estar e a segurança, ela é o espaço aonde se encontra a intimidade e o segredo e dificilmente compartilhado ou exposto ao olhar externo (FONTE, 2002, p.83).

Segundo Fonte (2002, p.84) no século XX, obteve muitas conquistas, uma delas foi à longevidade dos idosos que comparada antigamente viviam bem menos. A longevidade faz questões específicas, antes inexistentes ou despercebidas, por exemplo, à medida que as probabilidades de crianças tenham avós por um tempo maior que seus pais, haverá uma sobrecarga financeira para os (filhos adultos).

Segundo GOLDMAN, (2000, p.47) o aspecto da longevidade implica em quatro gerações, que implica uma configuração intergeracional de duas famílias geriátricas, quando filhos de 62 anos se encontram mobilizados por seus pais de 85 anos.

No Brasil a questão da longevidade é assunto de saúde pública, com em outros países, extrapolam o fato da família e a vida privada.

Segundo Goldman (2000, p.151):

Comenta que nos países desenvolvidos as funções familiares foram gradativamente sendo substituídas pelo setor público, reduzindo o papel central da família como suporte básico dos idosos. Este não é o caso, porém, da maioria dos países menos desenvolvidos, o Brasil entre eles onde a família (em especial os filhos adultos) continua representando fonte primordial de assistência à parcela significativa da população idosa.

Para Cançado (2002, p.110):

No quadro de diminuição de recursos de Estado e da desmontagem do sistema de proteção social de emprego, o envelhecimento da população brasileira tem sido visto como uma sobrecarga para as famílias, o que é reforçado pela queda da fecundidade (menos filhos para cuidarem dos idosos) e pela participação das mulheres no mercado de trabalho (menos tempo).

Fonte (2002, p.79), questiona que a população idosa brasileira não é dependente dos seus filhos. A aposentadoria do idoso brasileiro está situada nos valores entre um salário mínimo a três salários mensais, os idosos estão desfrutando melhores condições de vida e saúde que se comparado com os adultos jovens de hoje em dia que estão passando por uma crise de desemprego, falta de oportunidades e violência urbana.

Segundo Silvestre (2003, p.99), o suporte familiar quanto aos idosos será maior quanto ao número de filhos vivos, maior será a chance deles serem assistidos e dar apoio, pois, quanto menor o número de filhos, diminui a probabilidade de que os pais venham a ser assistido por eles, como também aumenta a carga, por filho de assistência aos pais, em uma sociedade cada vez menos solidária.

Segundo Faleiros (1997, p.103), o apoio entre os idosos e a família é via de mão dupla, os filhos oferecem ajuda aos pais e os pais ajudam os filhos.

Silvestre (2003, p.155): comenta que no Brasil, o intercâmbio de ajuda entre pais e filhos tende a se estender ao longo de todo o ciclo de vida familiar, como se existisse uma espécie de contrato intergeracional estipulando o papel dos diferentes membros da família em cada fase do ciclo.

Segundo Goldman (2000, p.154), em estudos recentes sobre suporte familiar e social entre os idosos mostram de modo geral, os cuidados aos mais velhos são prestados por uma

rede informal de apoio: suas famílias, cônjugues, filhos, parentes e na falta destes, por sua vez através de amigos e vizinhos.

3.2 O processo de envelhecimento

Segundo Faleiros (1997, p.105), o processo de envelhecimento são muitas as perspectivas através das quais podemos observar, estudar e analisar. E entre elas são: histórica, sociológica, cultural, psicológica, religiosa, biológica, demográfica, nutricional, habitacional, legal etc.

O envelhecimento é um processo que apresenta algumas características: é universal por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre.

A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina em relação á descobertas e tratamentos das doenças, as novidades farmacológicas, o desenvolvimento de técnicas estéticas etc. Nada impede o processo de envelhecimento (FALEIROS, 1997, p.106).

Segundo Mercadante (2003, p.75):

Prêmio Nobel de medicina de 1908 acreditava que o processo do envelhecimento era resultado de venenos produzidos no intestino grosso pela deterioração dos alimentos. Preconizava a ingestão regular de leite e iogurte e o hábito de usar laxantes com freqüência, hábitos que ocasionaria a esterilização do intestino.

De fato o processo de envelhecimento existe vários conceitos e explicações para o tal, mas uma coisa que deixa claro que há muita dificuldade para entender o mesmo. Podemos concluir que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual haverá modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretará da perda progressiva do indivíduo e adaptação ao meio e maior vulnerabilidade do indivíduo se acometer por patologias que poderá ocasionar a morte.

Na verdade não há uma definição exata de como ocorre e porque ocorre o processo de envelhecimento, e não há um método específico para tal de não progredir.

3.3 O conceito do envelhecimento e a fisiologia do idoso

Segundo Brasil (2006, p.164) o conceito de envelhecimento ativo consiste em levar na medida que envelhecemos uma vida produtiva e saudável na família, na sociedade e na economia. Neste sentido devemos levar em conta todas as dimensões da atividade física, mental, social e espiritual.

O conceito de envelhecimento é um processo que ocorre no percurso da vida do ser humano, iniciando-se com nascimento e terminando com a morte.

Segundo Fonte (2002, p.120), o conceito de envelhecimento pode ser considerado abstrato, porque é uma categoria criada socialmente para demarcar o período em que os seres humanos ficam envelhecidos, velhos ou idosos.

De acordo com Silvestre (2003 p. 112):

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo aonde o ser humano passa por várias alterações como morfológicas, funcionais e bioquímicas.

Segundo Neri (2006, p 235) o envelhecimento se caracteriza por uma redução da capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional.

A terceira idade passa por alterações anatômicas e funcionais. Como a perda da estatura e peso, que por sua vez a altura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade reduz-se à cerca de um centímetro por década até os 70 anos, quando a redução é provavelmente maior. Esta diminuição ocorre pelo fato das alterações osteoarticulares da coluna, caracterizada por achatamento das vértebras. O peso em idosos ocorre após os 60 anos de idade. Pelo fato de manter-se inalterado ou elevado, se deve ao acúmulo de gordura.

Segundo Neri (2006, p.237) a composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e o envelhecimento em ambos os sexos. A água é o principal componente ela corresponde a 70 % do organismo na criança, no adulto jovem 60% e no idoso 52%. Esta diminuição do adulto jovem quanto ao idoso se deve pelo fato da diminuição celular. Quanto ao idoso podemos considerar um indivíduo desidratado crônico, devido pela perda de água no organismo.

Durante o envelhecimento todos os tecidos do organismo sofrem alterações, varia de intensidade dependendo do indivíduo e do tecido, nota-se em algumas pessoas essas modificações predomina em alguma parte do organismo ou em outras localizações. O sistema colágeno é a proteína mais encontrada no organismo. Com o envelhecimento mais colágeno é formado, surgem ligações cruzadas na molécula e há maior resistência á ação da collagenase. Em consequência aumenta a rigidez dos tecidos e há maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular.

Segundo Berzens (2003, p.160), o sistema elástico é o componente do tecido conectivo responsável pela sua elasticidade. Ele se distribui mais seletivamente que o colágeno, encontrando-se em maior quantidade nos tecidos e órgãos que tem mais articulação que sofre tração extensão como pele, parede arterial e pulmão.

Com o envelhecimento ocorre alteração mais evidente nas fibras elásticas maduras, ocorre um aumento na quantidade de fibras elásticas, alterando na sua composição de aminoácidos, fragmentação e irregularidade de forma, além do depósito de cálcio. Tais alterações determinam mudanças nas características funcionais das mesmas, ocasionado redução da elasticidade dos tecidos que as contêm. Na pele envelhecida podemos observar é a fragmentação das fibras elásticas. As tortuosidades significam que as fibras foram esticadas e a seguir perderam a elasticidade, determinando como consequência dobras ou rugas.

Segundo Lobato (2004, p.127) o sistema nervoso é a peça principal para qualquer organismo, é nele a integração das atividades orgânicas, os centros reguladores localiza-se no cérebro, quanto aos idosos um homem de 70 anos de idade tem uma redução de 5% do peso cerebral e aos 90 anos reduz a 20%. A atrofia é observada na camada cortical como na substância branca.

Segundo Berzens (2003, p.162) o envelhecimento altera todo o sistema endócrino principalmente as glândulas hormonais, receptores hormonais e nas células alvo. O hormônio do crescimento é produzido pela hipófise tem um papel importante na ação protéica e na lipólise, estimula o crescimento tecidual, sendo o efeito mediado pelas somatomedinas produzidas no fígado sob sua estimulação. No envelhecimento os níveis basais de somatomedinas estão diminuídos sendo crescimento em idosos durante seis meses, verificou após progressiva com a idade.

3.4 O papel do profissional de enfermagem na capacitação do cuidador do idoso

De acordo com Fonte (2002, p.156), se não houver recursos humanos treinados especialmente para atender os idosos, não haverá uma atenção integral, integrada, digna e eficaz.

Segundo Cançado (2002, p.119), em relação aos profissionais que compõem a equipe de saúde para dar assistência à população idosa, torna-se premente investir na sua capacitação para que interdisciplinarmente façam intervenções adequadas no processo saúde-doença. Não se pode esquecer que esta equipe é quem faz a intermediação entre a unidade de saúde ou home-care ou hospital ao usuário, cabendo-lhe o papel de colher informações importantes para assumirem tamanha responsabilidade.

Segundo Goldman (2000, p.142), o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem a diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta política de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo.

Na área da capacitação os enfermeiros evidenciam um grande desafio a ser enfrentado, pois, tenderá a capacitar não só equipe dele, mas realmente quem ficará com o paciente idoso no âmbito domiciliar e neste caso serão os familiares ou uma própria pessoa desconhecida e que ocupará o cargo de cuidador.

Segundo Faleiros (1997, p.210), o cuidador apresentará muitas vezes a necessidade de incorporar a nova realidade ao seu cotidiano, muitas vezes árdua e desgastante, conforme o que o idoso doente apresenta, e conviver com ela.

Outro ponto que a enfermagem irá se debater várias vezes será a sobrecarga do cuidador, a enfermagem entra neste ponto da seguinte forma acompanhar o cuidador no domicílio, prestar uma assistência efetiva e proporcionando a este um acolhimento de forma digna ao serviço de saúde, colaborar com o familiar este que por sua vez não tem experiência no ramo e ajudá-lo a desenvolver habilidades, conhecimento para lidar com a demanda de cuidados que a doença do idoso exige em meio ao cotidiano.

Torna-se importante, a enfermagem contribuir com o cuidador para que o cuidar não se torne desgastante, e que o cuidador terá que "driblar" de forma cansativa os fatores geradores de sobrecarga.

Outro ponto seria a relação do cuidado entre o cuidador e a enfermagem, necessite de um envolvimento maior entre ambos, que possibilite o conhecer as possibilidades do que ambos tem a oferecer em termos de necessidades e expectativas para que assim ocorra uma resolutividade nas ações voltadas ao idoso na esfera domiciliar.

Outro fato seria de conversar com a família, orientar quanto à sobrecarga de uma pessoa só de realizar as atividades no caso deste cuidador ser um familiar, fazê-los com que façam um remanejamento entre eles, e que a equipe de enfermagem fica ciente de mais de um cuidador.

A enfermagem abrange todos aspectos, como os cuidados, a capacitação, as orientações e a própria supervisão com tudo o enfermeiro só tem de proporcionar o bem-estar físico e bio-psico-social, pois o cuidador tendo a capacitação conseqüentemente as questões patológicas vão degredir, por exemplo, a depressão é uma das doenças que mais acomete o idoso devido ao isolamento, e se este idoso possuir um cuidador capacitado o mesmo irá trabalhar na sua auto-estima proporcionando a comunicação, obtendo assim um resultado positivo da sua patologia (CANÇADO, 2002, p.120).

CONCLUSÃO

A razão de ser das instituições de saúde é o “ser humano”, a pessoa e não apenas seu problema físico ou psíquico, seus membros, órgãos ou sistemas, entretanto, não vão somente pernas, braços ou feridas, e nem apenas mentes perturbadas. Quem adentra nestes ambientes são pessoas, seres humanos, carentes de atendimentos, às vezes complexos e desafiadores da ciência e da técnica.

O grande desafio da Enfermagem é acima de tudo repensar todas as práticas das instituições de saúde, organizando diferentes opções e formas de atendimento e de assistência, que possam preservar um posicionamento ético no contato pessoal com os usuários, nas mais diversas intervenções de saúde.

O envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo, que pode ser influenciado por inúmeros fatores dos quais ainda permanecem obscuros.

Os idosos constituem o grupo etário que vem crescendo gradativamente no Brasil. Estes por possuírem uma imunidade biológica precária são os portadores de múltiplas afecções e nessa faixa etária são comuns às demências, os acidentes vasculares cerebrais que causam dependências físicas, psíquicas e geralmente definitivas.

A falta de atividades de apoio aos cuidadores de idosos e a falta de capacitação e educação continuada dos profissionais são fatos que interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos.

Os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, expectativa de vida ativa, independência funcional e autonomia máxima possível, sendo necessária educação permanente de profissionais, aprimoramento de processos e procedimentos e acompanhamento do idoso e sua família.

O processo de envelhecer é a plenificação do ciclo da vida, ele não deve ser ocasionado, negado, deve ser compreendido afirmado e experimentado como um processo de crescimento pelo qual o mistério da vida se revela.

A enfermagem deve desenvolver estratégias voltadas para a saúde do idoso, pois constituem um grupo com necessidades e características específicas, estando expostos a maiores riscos e estar atenta para elaborar seus cuidados dentro da realidade da população, com sistematização da assistência e realizar parcerias com outras organizações existentes na comunidade.

Considerando o Estatuto do idoso no que se refere ao atendimento preferencial, observou-se que a ESF necessita reorganizar o seu processo de trabalho desenvolvendo e valorizando o atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco. Assim poderá atender às especificidades desta faixa etária sem desrespeitar os direitos de outros grupos populacionais.

A Estratégia de Saúde da Família deverá ser capaz de desenvolver ações efetivas para o cuidado do idoso, permitindo uma avaliação e educação a todos os membros da família em cada uma das fases do ciclo de vida e o meio ao qual está inserido. Poderá proporcionar uma melhora na qualidade de vida desse grupo populacional e contribuir para o cumprimento do exercício de cidadania dos idosos.

Cabe aos profissionais de enfermagem que lidam com a Estratégia de Saúde da Família, o acesso à educação permanente, visando uma atenção básica competente, humanizada e resolutiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERZINS, M. A. V. *Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada*. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: 2003.

CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FALEIROS, V. P. *Estratégia em serviço social*. São Paulo: Cortez, 1997.

FONTE, Isolda Belo. *Diretrizes Internacionais para o envelhecimento e suas Conseqüências no conceito de velhice*. São Paulo: 2002.

FRANCO, TB. *O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GOLDMAN, S. N. *Velhice e direitos sociais. Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* Rio de Janeiro: CBCISS, 2000.

LOBATO, A. T. G. *Considerações sobre o trabalho do serviço social com idosos*. Rio de Janeiro: Idéias & letras, 2004.

MERCADANTE, E. *Velhice: a identidade estigmatizada*. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, 2003.

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

NERI, A. L. *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Alínea, 2006.

SILVESTRE, Jorge Alexandre. *Abordagem do idoso em programa de saúde da família*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2003.

SOLLA, PJ. *Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n5/a15v84n5.pdf>>, acesso em 10/06/2010.