

# 1 INTRODUÇÃO

Atualmente o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo. Como evidenciado por diversos estudos, a população brasileira, também, vem envelhecendo de forma rápida. Essa mudança na estrutura da população é caracterizada pela transição demográfica, ou seja, o processo de alteração de uma situação com altas taxas de fecundidade e mortalidade para outra com baixas taxas desses indicadores (RODRIGUES et al., 2007).

No Brasil, a população de idosos, considerados com idade igual ou superior a 60 anos, no ano 2000, consistia em 9% da população do país. O aumento dessa população vem ocorrendo de forma muito rápida, onde o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1980, e 14 milhões em 2000. Em 2020 estima-se que alcançará 32 milhões (SOUZA; CALDAS, 2008).

No Brasil a importância do envelhecimento populacional foi efetivada com a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso,

promulgada em 09 de dezembro de 1999 pela portaria nº 1395, que tem o objetivo de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. Com a criação do programa do governo federal HumanizaSUS, em 2003, a atenção ao idoso vem sendo abordada de forma diferenciada, garantindo a atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil (BRASIL, 2006).

A população idosa apresenta necessidades de saúde específicas e um perfil de adoecimento mais oneroso. Para este grupo, o atual modelo de assistência mostra-se inadequado, pois se trata de um modelo caro, incapaz de cobrir as necessidades dos idosos, em que faltam serviços ambulatoriais e domiciliares adequados (FIGUEIREDO, 2005).

Com a crescente tecnologização do cuidado, é preciso resgatar uma visão antropológica holística, que considere o sofrimento humano nas dimensões

física, social, psíquica, emocional e espiritual. Uma política de assistência e cuidado deve valorizar: a dignidade do ser humano doente, os valores éticos, a importância da qualidade de vida da pessoa frágil, assim como a sensibilidade no processo de tomada de decisões terapêuticas, preparando o profissional para cuidar da vida com humanismo e com a devida competência técnico científico (SOUZA; CALDAS, 2008).

Dessa maneira Prochet, Ruiz e Correa (2006) descrevem que nem sempre a maneira como é cuidado permite ao cliente sentir-se à vontade, acolhido, valorizado como indivíduo. Os profissionais de saúde devem atentar para essa vertente, quando estiverem cuidando de pessoas que necessitem de seu atendimento.

Deste modo, o processo envolvendo o cuidar/cuidado tem ligação direta com a preocupação sobre humanização da assistência, uma vez que os objetivos do cuidar envolvem entre outros aliviar, ajudar, favorecer, promover, restaurar, restabelecer, dar, fazer, etc. A cura pode ocorrer ou não, assim como a morte. O cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidade, incapacidades e durante o processo de morrer (LEAL; KONORATH; ROVEDA, 2006).

O tema sobre humanização da assistência sempre chamou bastante atenção pela ênfase dada durante a graduação e a vivência durante o estágio supervisionado nas unidades básicas de saúde. Enfatizado em todas as disciplinas, mostrou claramente a necessidade de humanizar a assistência e resgatar o cuidado como arte e retomar o sentido de cuidado proposto por Nightingale na enfermagem no século XIX. Reincorporar essa visão humana na população idosa advém do intenso crescimento dessa população e ao fato dos profissionais de saúde não estarem preparados para atender a demanda nessa faixa etária.

Apesar das dificuldades que este tema inspira para um estudo mais criterioso, envolvendo profissionais responsáveis pelo atendimento e as percepções da clientela atendida, instiga a aprofundar estudos que possam melhorar a assistência às pessoas com mais de sessenta anos e conseqüentemente contribuir para melhorar sua qualidade de vida.

Qual o papel do enfermeiro na humanização do idoso no PSF?

Quais as dificuldades encontradas para implantação da humanização no PSF?

Qual o papel do enfermeiro no processo da humanização do atendimento ao idoso?

Esta pesquisa buscara formas de demonstrar juntamente com o enfermeiro as características marcantes sobre a atuação do enfermeiro mediante ao processo de humanização no programa saúde da família. O cuidado humanizado pode ser transmitido através da atenção ao idoso e o cuidado que a sociedade deveria ter mediante a este contexto. Cabe ao enfermeiro levar a familiares e a sociedade a reconhecer a importância dos cuidados prestados para tornar a assistência mais humanizada.

Este estudo consta de uma averiguação exploratória e descritiva, obtida por meio de artigos mediante pesquisa em banco digital de dados (Google acadêmico), textos científicos na área de enfermagem e internet, utilizando-se como palavras chaves: Humanização de enfermagem com o idoso no programa Saúde da família, com finalidade de encontrar informações ricas sobre a humanização com o idoso.

## 2 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Vê-se o envelhecimento como fenômeno natural e processual. O processo de envelhecimento é compreendido como processo de vida, ou seja, envelhecemos porque vivemos e muitas vezes sem nos darmos conta disso. O processo de envelhecimento comporta, portanto, a fase da velhice, mas não se esgota nela, a qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento se relaciona com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, assim como com o "estilo de vida" conferido a cada ser (SCHOENENBERGER, 2006).

Segundo Pereira (2008) a Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população brasileira acima de 60 anos crescerá 16 vezes, enquanto a população geral sofrerá aumento de cinco vezes. O aumento da expectativa de vida, uma realidade também nos países em desenvolvimento, tem estimulado o estudo do processo de envelhecimento.

Ainda diz Camarano (2002), que o crescimento da população idosa é conseqüência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa.

O envelhecimento é atualmente uma realidade na maior parte das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática importante do ponto de vista científico e de políticas públicas de saúde, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para a sociedade (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Segundo a Organização Pan – Americana de Saúde referendado pelo Ministério da Saúde (MS) o envelhecimento é definido como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008, p. 375).

Fisiologicamente, o envelhecimento tem início relativamente precoce, logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilidade, perdurando por longo período pouco perceptível, até que as alterações estruturais e/ou funcionais tornam-se grosseiramente evidentes. De acordo com a OMS, o idoso é todo indivíduo com sessenta anos ou mais (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2007).

Já Yaar (2002) diz que a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. No entanto, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento. O envelhecimento implica alterações em nível celular, com diminuição da capacidade dos órgãos de executar suas funções normais, resultando provavelmente em doença e morte.

No Brasil, e também em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, de forma que a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades (ARANÍBAR, 2001).

Segundo o IBGE o aumento da população idosa se deu e evoluiu de forma progressiva, de modo que se tornou assunto de discussão nas áreas de política de saúde e social, em que o envelhecimento da população é reconhecido como um "problema" previdenciário e de saúde pública (SOUZA, 2002).

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).

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 (SMELTZER; BARE, 2006).

O envelhecimento humano é um fenômeno complexo, com dimensões objetivas e subjetivas, construídas cultural e historicamente. O bem estar da pessoa idosa está mais associado a fatores sociais e ambientais do que a determinações genéticas (SILVA et al., 2006).

Há várias formas de envelhecimento, dependendo das características pessoais, da história passada (tipo de trabalho, alimentação, etc.), da classe social e do acesso aos cuidados médicos. O idoso poderá responder positivamente ou negativamente as mudanças dessa nova fase da vida, pois ele caminha para uma fase de decréscimos físicos, biológicos e sociais, decorrente das limitações naturais do processo de envelhecimento (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2007).

Existe uma variedade de modos de ser velho e de contextos que o determinam, podendo ser analisados os elementos comuns que propiciam a classificação ou reconhecimento como velhos, que em grande parte aparece como uma visão preconceituosa. Sendo assim, a velhice é muito associada à decadência, e não apenas a desgaste e decadência física, mas também à doença, dependência e "fealdade" (MOTTA, 2006).

Muitos estudos sobre envelhecimento enfatizam a expectativa de vida e os fatores de risco para morte, assim como seu gasto para o sistema de saúde (SOUZA, 2002).

O envelhecimento pode ser classificado de duas maneiras: envelhecimento intrínseco se referem as modificações provocadas pela ação normal do envelhecimento que são programadas geneticamente e quase comum dentro de uma espécie. E o envelhecimento extrínseco que decorre de influências externas. As alterações celulares e extracelulares do envelhecimento provocam mudanças na aparência física e um declínio funcional (SMELTZER; BARE, 2005).

Ainda diz Souza (2002) que o idoso, no contexto da mídia, é apresentado como "problema" e apontado sob o olhar do outro, sendo desconsiderada a sua opinião quanto ao momento que vive dentro do processo de envelhecimento e suas vivências e evidências a respeito de si mesmo, tornando-se evidente o descarte da sua autopercepção como indivíduo nesse processo.

Poucos estudos têm por objetivo verificar a opinião do idoso nesse período da vida em que se encontram. O interesse pelo relato dos idosos quanto a sua autopercepção no processo de envelhecimento, considerando ganhos e perdas

nesse trajeto, tende a quantificar de maneira íntegra e real as mudanças percebidas no ambiente social e no próprio corpo físico e mental (UCHÔA, 2002).

Segundo Motta (2006), em relação ao comportamento da sociedade que privilegia a juventude e a beleza, os próprios velhos tentam evitar a classificação de velhice. Desse modo, recorrem aos mecanismos tradicionais como pintar cabelos e cirurgias plásticas, seguindo o que a sociedade aponta como moda, temas de interesse e atitudes para se manterem jovens, inclusive negando a própria idade.

De acordo com Aranha (2007), os aspectos culturais interferem na maneira de olhar o envelhecimento e, conseqüentemente, na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio. Esta autora diz ainda que a possibilidade de envelhecer de maneira bem-sucedida depende, dentre outros fatores, da história de vida e da forma como cada um entende o processo de envelhecimento e a velhice.

Segundo Motta (2002), no imaginário social o envelhecimento é um processo que se desenrola com desgaste, limitações crescentes e perdas físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte.

O crescente aumento da longevidade dos idosos brasileiros vem provocando mudanças das políticas públicas nacionais. Mencionam-se dois exemplos: a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso. A Política Nacional de Saúde do Idoso foi aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde, com os objetivos de promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir e tratar doenças, garantindo que esta população permaneça em seu meio social (MARZIALE, SILVESTRE, 2003).

De acordo com o Estatuto do Idoso que foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, lei de 1994 que dava tais garantias à terceira idade:

- É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

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

- O idoso tem atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

- Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas.

- Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado.

- As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

- Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde.

- O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

- Participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% nos ingressos para eventos.

- O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

- A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

- O envelhecimento ativo e saudável consiste na busca pela qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse.

Os efeitos do envelhecimento na aptidão física e capacidade funcional (PARAHYBA et al., 2005; MCGUIRE et al, 2007) têm sido bem descritos na literatura científica. Um dos efeitos do processo do envelhecimento no ser humano é a diminuição do nível de atividade física.

De maneira geral, a participação nos grupos de terceira idade ou outras associações comunitárias é vista como solução para o isolamento, mas necessitando-se de saúde para participar (UCHÔA, 2002).

Marx (1998) diz que

...é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...]. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana.

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 (BRASIL, 2006; SMELTZER; BARE, 2006).

O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. Assim, na família suficientemente sadia, onde se predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, possibilita o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração (ZIMERMAN, 2000).

Outros aspectos importantes consistem na estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e do aprender. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil. Mesmo quando possui boas condições financeiras, o idoso deve estar envolvido em atividades ou ocupações que lhe proporcionem prazer e felicidade. A atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado socialmente, onde a relação com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida (ZIMERMAN, 2000).

Caldas (2002) afirma que um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões

morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado.

O exemplo de outras fases da vida, na velhice se convive com perdas e ganhos, de modo geral, porém, a sociedade parece valorizar mais sua associação a perdas, reforçando atitudes e comportamentos que levam a perceber a velhice como sinônimo de incapacidade, pobreza, desprezo, discriminação, desigualdade e abandono. Desse modo, nega aos que envelhecem o direito de elaborar e concretizar projetos de vida (RODRIGUES et al., 2007).

A velhice deveria ser considerada como mais uma etapa da vida que pode e deve ser significativa. Há idosos que agem assim e alcançam um equilíbrio imenso, mas outros buscam um novo sentido para sua vida. Sendo este o primeiro impacto da velhice: o sentimento de inutilidade e perda de papel social (NETTO, 2000).

### 3 HUMANIZAÇÃO

A humanização é, o ato de tornar humano, benévolo, sensível e caridoso, afirma Beltrame (2006). Dessa forma a humanização necessita de um esforço muito grande de seus idealizadores para ser colocado em prática, pois, esta prática esta intimamente ligada à forma em que o indivíduo vê e percebe o outro.

Foram marcados nos anos 80, de acordo com Fortes (2004) pela organização e o funcionamento dos sistemas da saúde, sendo importante lembrar os princípios da eficácia, otimização e eficiência.

Diz Reis et al (2004) nos movimentos de reformas sanitárias, o processo de humanização em saúde foi intensamente discutido nas Conferências de Saúde e nos grupos de militantes cujas ações eram voltadas em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e que tiveram atuações eficazes a partir da década de 80.

De acordo com Sampaio e Bonfim (2007) as grandes desigualdades socioeconômicas que ainda persistem no Brasil são refletidas num sistema de saúde de difícil acesso e é distante das reais necessidades de saúde das populações.

Segundo Ribeiro (2002), o humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos.

De acordo com Oliveira et al (2006), o propósito de humanizar implica na aceitação de reconhecimento que na área da saúde e nas atitudes e comportamentos por parte de gestores e profissionais e o atendimento do usuário de forma integrada.

Martins (2001) conta que para uma avaliação da complexidade da tarefa assistencial, deve-se levar em conta que o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo e que deve efetuar uma leitura das necessidades de quem assiste e o de quem é assistido.

Afirma Couto (2005) que os pacientes de hospitais públicos têm sobre estes a imagem já formada de estabelecimentos onde faltam médicos e o atendimento é ruim, onde na maioria das vezes a relação medico-paciente acaba sendo de subordinação, pois o cliente se sente discriminado por causa de sua condição social.

Para Mota et al (2006) constantemente devem ser desenvolvidas as ações necessárias para a humanização, de forma a possibilitar mudanças no tratamento e para a humanização acontecer, médicos, enfermeiros, corpo de diretores, e pacientes devem estar envolvidos de forma harmônica.

Ainda afirma Mota et al (2006) que o mais importante sobre a humanização tem como principal objetivo a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, sendo que a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar, pois a dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem estar são todos os fatores a serem ponderados na relação entre doente e o profissional da saúde.

A distinção entre o "modelo de cuidar" e o "modelo assistencial", pois são termos essenciais para o pleno entendimento e maior compreensão da temática "humanização". O "modelo de cuidar" é uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática do atendimento é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. (TEIXEIRA ; NITSCHKE, 2008).

Conforme Rech (2003), humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. É tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano.

Sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial possa ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Ou seja, a humanização leva a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de "oferta organizada" de serviços (PUCCINI ; CECÍLIO, 2004).

Na expectativa da tecnologia leva a repensar a inerente capacidade do ser humano de buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, buscando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. De forma que, as inovações tecnológicas também favorecem o aprimoramento do cuidado em saúde, tornando-o

mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado (ROCHA et al., 2008).

Desta forma, o cuidado e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o cuidado, resultante de um trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem-estar e contribua com uma vida saudável (ROCHA et al., 2008).

Afirma Fortes (2004) que através de uma assistência humanizada e personalizada por parte dos profissionais de saúde garante-se o equilíbrio físico e emocional do paciente idoso. Assim, considerando a "humanização da assistência", o Ministério da Saúde criou, no final da década de 1990, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Seu objetivo é valorizar a formação educacional dos profissionais de saúde a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana. A compreensão de que a qualidade em saúde deve ser composta de competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais, que resultam em progressivo afastamento dos profissionais de saúde dos usuários, diminuindo o vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas.

Colocada pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado SUS que dá certo. Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O Humaniza SUS ainda citado pelo Ministério da Saúde em 2003, tem o dever de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, sendo como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Desta forma iniciou a expansão da humanização além do ambiente hospitalar com a instituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), com o objetivo principal é efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde nas práticas de atenção e de gestão, tornando-as mais humanizadas e

comprometidas com a defesa da vida, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva (BRASIL, 2004)

Ainda de acordo com Brasil (2004), entendemos o humaniza SUS de acordo com a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Com fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos, com o aumento do grau de coresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, com o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, com mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.

Dessa maneira, no Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde traz diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (LEI FEDERAL 8080/90, art. 7º, III, IV e V).

Hoje se discutem a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência e a relação com o usuário do serviço de saúde. O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde. Entre outros aspectos, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde (OLIVEIRA et AL., 2006).

Deslandes (2004) analisa brilhantemente o discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência e acredita que, apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto intitulam como "humanizadoras", esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Podem significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadosas.

Desta forma, o desafio do Brasil para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para essa imensa população de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003).

De acordo com Oliveira et al (2006), humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, as campanhas, os programas e as políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Dessa maneira o profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário, portanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. Sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente (HENNINGTON, 2008).

Desta forma, não se justifica que os profissionais inseridos na assistência, qualquer que seja o seu *lôcus* de atuação, deixem de insistir na construção de novos espaços e novos modelos fundados no diálogo, os quais possam reverter à soberania da técnica, em detrimento da intersubjetividade (CARVALHO et al., 2008).

Sob o olhar do Programa de Saúde da Família (PSF) é indispensável que os profissionais a serem contratados se comprometam com a noção de humanização como um pré-requisito fundamental que os instrumentalize para olhar e observar as necessidades do território sob sua responsabilidade, para perceber onde estão as vulnerabilidades reais e potenciais que podem levar as pessoas ao sofrimento, seja ele de qualquer natureza (CHAVES e MARTINES, 2003).

## 4 PSF

O Programa de Saúde da Família, PSF, foi implantado no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, como objetivo para mudar os rumos do nosso modelo assistencial hospitalocêntrico, focado na pessoa do médico e na medicina que trata da doença sem promover uma saúde preventiva e humanizada (BRASIL, 2000).

Ainda diz Brasil (2000), o PSF pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência, ou seja, cada equipe, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, deve responder por uma população adscrita em torno de três mil pessoas.

No programa do PSF, a educação em saúde surge como uma prática prevista a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área acrescentada, abordando situações de risco à saúde na comunidade assistida, trazendo em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

No PSF, esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde, onde se propõe trabalhar. Sustentado em três pilares básicos: o território processo, os problemas de saúde e a intersectorialidade (PAIM, 2003).

Já para (COSTA ; LÓPEZ, 1996), a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas dispostos para a prevenção de doenças e promoção da saúde que dispõe de um recurso onde o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, já que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Para Vasconcelos (1999) que de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. De forma que a consideração do autor declara-se pela particularidade destes serviços,

caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Sobre a reorientação das práticas de saúde, o PSF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, significando que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (SANTANA ; CARMAGNANI, 2001).

De acordo com Teixeira (2001), a atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas. O que chamamos acolhimento, é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada.

Entre os movimentos que tiveram início na década de 1970 e que buscavam romper com a tradição autoritária da relação entre os serviços de saúde e a população, refere-se o movimento da Educação Popular em Saúde. Este movimento foi apressado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, dirigindo-se para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, atendendo-se assim, as classes populares e dos movimentos sociais locais (VASCONCELOS , 2001).

Ainda diz Vasconcelos (2001), que desta forma a Educação Popular em Saúde tem convivido no Brasil com as modalidades de serviços hegemônicas. Desde a década de 1970, a despeito do amadurecimento da metodologia, as experiências em Educação Popular não deixaram de ser pontuais, alternativas e transitórias. A generalização dessas experiências constitui um desafio, apontando como dificuldade o embate com a racionalidade dos serviços oficiais e a formação de recursos humanos.

Todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, onde se encontra a estratégia do PSF. Os objetivos do programa incluem a humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população inclui a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde, o desenvolvimento da cidadania, levando a

população a reconhecer a saúde como direito e também à estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 1997).

A reorientação das práticas de saúde, o PSF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que justifica que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde doença (Mendes, 1996).

De acordo com Mattos (2001) a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante. Desta forma, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

É inaceitável que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente. A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, mostram um dos sentidos de integralidade. (MATTOS, 2001)

Paim (2002) mostra que apesar da relevância da implantação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes. Desta forma, é fundamental a reformulação dos discursos e das racionalidades subjacentes.

Já Sousa (2000) afirma para vários impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, como o aumento de satisfação da população com o atendimento das equipes, a melhoria da vigilância à saúde da população, a utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias, a melhor qualidade, cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas. Esses impactos se constituíram fatores motivadores da disseminação do programa pelo País.

Soares (2000) observando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, mostra as dificuldades para que isso ocorra, como a imposição dos programas pelo MS, como o fato de serem totalmente normatizados

no nível central, e também de serem financiados por incentivos financeiros internacionais, como a obrigatoriedade, na prática, de sua adoção pelos municípios, como a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde, como ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção, limitando o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída, e finalmente, a substituição de profissionais qualificados da Enfermagem por pessoas sem qualificação, com contratos precários de trabalho, com sérias limitações na resolução dos problemas de saúde da população.

Desta forma Mattos (1999) diz que, entende que a descentralização implementada no âmbito do SUS gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, diferentes entre si quanto à participação do setor privado, na provisão de serviços ao SUS, nas configurações de rede adotada em cada sistema, o que influi enormemente nos modelos gerenciais e na sua diversidade.

Bertoncini, Souza (2000) relata sobre as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, observando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infra - estrutura material, a dinâmica da assistência e condições sócio políticas para desenvolvimento do trabalho.

No entanto Franco ; Merhy (2002) destacam problemas com o alto grau de normatividade na implementação do PSF. O formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados pelo MS, outra alternativa para a racionalização dos custos, e que está presente no PSF é a precarização do trabalho, como se pode verificar pela flexibilização das formas de contratação das equipes e contratação de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2004, passados doze anos de implantação do PSF, são mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas e 19.200 equipes na maior parte dos municípios brasileiros, com forte ampliação da oferta de serviços básicos em todo o país, trazendo acesso ao SUS a um grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído. entretanto, a Atenção Básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na

ampliação do tipo de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população.

Para Hartz (1999) a formação do profissional capacitado para atuar no PSF e alocação destes pelos gestores de saúde nos serviços públicos é de alta importância, dada a abordagem que este fará na reversão do modelo assistencial vigente, trocando o foco de produção de procedimentos para a produção de cuidados. Mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde serão necessárias para transformação de uma visão flexneriana da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde.

Desta maneira, diz Contandriopoulos (2006), a atenção básica e o Programa Saúde da Família constituem uma política que implica recursos financeiros, humanos e técnicos significativos, e que também constituem desafios consideráveis para sua implementação. Mas o ponto que precisa ser devidamente explorado é que a melhora do desempenho do sistema passa por uma melhora do processo de decisão. Estreitar os laços entre os tomadores de decisão utiliza de um caminho promissor, capaz de consolidar princípios mais democráticos e republicanos e, portanto, de políticas públicas mais eficientes, efetivas e promotoras de equidade.

## 5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

O atendimento humanizado à população idosa não significa apenas priorizar o atendimento, é também estabelecer uma estratégia de cuidado visando à qualidade de vida dos idosos, trazendo a interação do idoso, com a família e o serviço de saúde. O termo qualidade de vida tem significado diferentes para diferentes pessoas, lugares e ocasiões. Desta forma, qualidade de vida é um conceito que está submetido a muitos pontos de vista, que varia de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social, e conseqüentemente de indivíduo para indivíduo. O estudo e a avaliação da qualidade de vida na população idosa vêm se tornando cada vez mais importante e necessária, pois o envelhecimento é uma experiência em que cada indivíduo conduz sua vida com padrões, normas, desejos, valores e princípios diferentes (FARDO; CREUTZBREG; SILVA, 2005)

No entanto, o processo envolvendo o cuidar/cuidado tem ligação direta com a preocupação sobre humanização da assistência, uma vez que os objetivos do cuidar envolvem entre outros aliviar, ajudar, favorecer, promover, restaurar, restabelecer, dar, fazer, etc. A cura pode ocorrer ou não, assim como a morte. O cuidado é indispensável em todas as situações de enfermidade, incapacidades e durante o processo de morrer (LEAL; KONORATH; ROVEDA, 2006).

Diz Neri (2007) que houve indicativo de alguma melhora no desempenho dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), provocada por fatores como o aperfeiçoamento da tecnologia médica, a mudança do *status* sócio-econômico, o aumento do nível educacional dos idosos e as transformações comportamentais ocorridas com a implementação de programas sociais de transferência de renda focados nos mais pobres.

De acordo com Ramos (2007) a melhora das condições de saúde resultou não só do aumento da renda, mas também de ações de assistência e prevenção decorrentes da Política Nacional de Saúde do Idoso. A aplicação sistemática de vacinas contra a influenza e a criação do programa Farmácia do Idoso, com medicamentos específicos e de uso periódico para atendimento exclusivo de pessoas

idosas, sinalizou possibilidades efetivas para o desenvolvimento de políticas públicas de qualidade.

Entender o envelhecimento torna possível desvendar o universo de possibilidades à assistência a pessoa idosa, ajudando também como educadores e profissionais de saúde, permitindo repensar sobre idoso e o seu envelhecimento (SILVA et al., 2006) .

Veras (2003) afirma que a Organização Mundial da Saúde define as bases para um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento contínuo de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. A meta é contribuir para a melhora do nosso sistema de saúde como um todo, mas, particularmente, para o segmento dos idosos, grupo etário que mais cresce no país e que necessita de políticas afirmativas e integradoras que priorizem uma abordagem preventiva, com programas abrangentes de educação, sem abandonar uma assistência de qualidade para aqueles idosos com doenças adquiridas.

Já Couillard (2005) diz que o despreparo da saúde pública mundial frente ao aumento rápido e contínuo da longevidade humana é motivo de muitas reflexões na literatura das ciências sociais, humanas e da saúde.

Henrard (2003) afirma que os sistemas de saúde pública vêm preocupando-se, em níveis mundial e nacional, predominantemente com outras populações etárias que não a de indivíduos idosos. A saúde pública tem focado a maternidade, o nascimento e o processo saúde-doença infantil, fenômenos muito importantes para a sociedade. Portanto, a saúde do idoso também deve ser foco de atenção das políticas públicas de saúde.

Sobre esta demanda, Leite (2006) ressaltam que a saúde pública é a principal área de ação para o envelhecer bem. Desta forma, o objetivo do presente estudo é investigar quais são as representações do processo de envelhecimento para profissionais da saúde pública e como estas se expressam na atenção à saúde do idoso, no bem-estar e no cuidado dessa população.

O sistema de saúde brasileiro não tem levado 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

indispensável 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).

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; PAPALÉO NETTO, 2002).

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. Traz para o 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. Em relação ao direito à saúde, é obrigação do estado garantir proteção mediante efetivação de políticas sociais públicas; garantir atenção integral à saúde através Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e igualitário. 13 ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e prover os serviços com profissionais capacitados. De acordo com o 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 (BRASIL, 2003).

Na Estratégia de Saúde da Família, aguarda-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 promoção, proteção, identificação precoce de seus agravos, intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua exclusão do convívio familiar e social. Considerar 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 resolutiva, integral e humanizada (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Sobre a saúde do idoso, Wanless (2004) diz que a saúde pública é o principal contexto no qual estas duas políticas se inserem. A saúde pública é definida como sendo a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços da sociedade, incluindo todas aquelas ações e práticas efetuadas para aprimorar a saúde da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) sugere 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, percebe-se 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. Nele a 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: 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).

A humanização está associada 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 formação 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 (BENEVIDES; PASSOS; CAMPOS, 2005).

A atenção à saúde do idoso deve apoiar-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).

Ainda em Brasil (2006) diz que 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. Asssistir 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.

Para Papaléo Netto (2002), 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, realizando assistência integral e contínua a todos os membros incluindo a assistência domiciliar como local de atenção. Deve 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.

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 dificuldades que possam minimizar ou eliminar estes riscos, formando ações educativas no nível primário, secundário e terciário, estimulando a participação ativa do idoso e seus familiares no processo de auto-cuidado. O enfermeiro também 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 (PAPALÉO NETTO, 2002; SMELTER; BARE, 2002).

A enfermagem gerontológica, é a que especializa nos cuidados do idoso, e deverá possuir profissionais capacitados a desenvolver atitudes efetiva. A gerontologia cuida da personalidade e da conduta dos idosos, levando em conta todos os aspectos ambientais e culturais do envelhecer. A assistência levada 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 (DUARTE, 2002; CANÇADO, 2002).

De acordo com Fenili (2002), a assistência humanizada de enfermagem refere-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. Paterson e Zderad ao desenvolver a teoria da enfermagem humanística tinham como questões centrais como enfermeiros e pacientes interagem e como pode ser desenvolvido um conceito para o cuidar em enfermagem.

Desta forma, a enfermagem vivência com o outro ser, eventos da vida, ela busca conhecer o ser humano. Para atingir 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 haver o cuidado humanizado o enfermeiro tem que ir além de habilidades técnicas, que são também indispensáveis para o 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 (PAINI, 2000; PAULA, 2004).

A teoria é baseada na relação enfermeiro-paciente, que são seres únicos, com potenciais para fazer escolhas; todo encontro entre seres humanos é aberto e profundo, com envolvimento do ser que é cuidado no seu próprio cuidado e decisões que o envolve; todo ato de enfermagem influencia na qualidade de vida e morte do ser que é cuidado; enfermeiro, e aqui, o idoso são independentes e interdependentes. A meta da enfermagem é um maior bem estar para o enfermeiro e a pessoa idosa. A teoria é uma metodologia para o processo existencial em enfermagem, que tem por objetivo tanto a qualidade do cuidado quanto do cuidador (LEOPARDI, 2006).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a identificação de pontos relevantes como a ausência de atendimento prioritário nesta unidade, bem como a necessidade de mais profissionais em determinadas áreas. De acordo com o Estatuto do Idoso no que se refere ao atendimento prioritário observou-se que a ESF necessita reorganizar o seu processo de trabalho, baseando em critérios de risco e valorizando o atendimento acolhedor e resolutivo. Assim poderá atender às especificidades e necessidades de saúde dos idosos sem desrespeitar os direitos de outros grupos populacionais.

O atendimento ao idoso no contexto da atenção básica requer da ESF um diálogo permanente buscando suas necessidades de saúde considerando hábitos e valores, possibilitando maior participação e proporcionando maior impacto das ações dos profissionais.

A equipe de enfermagem, na perspectiva da atenção básica deve considerar o cuidado como uma associação de sentimentos que englobam necessidades psicoafetivas dos idosos, ou seja, carinho, atenção, zelo, e procedimentos técnicos que requerem habilidades e conhecimento científico e que o idoso identifica essa associação como necessidade de saúde. Portanto cabe ao enfermeiro desenvolver algumas características com intuito de melhorar o planejamento do seu cuidado a população idosa, como ter paciência, ser persistente e ainda desenvolver a capacidade de prestar atenção nas pessoas idosas, suas expressões e atitudes. Esta dimensão interpessoal valoriza a humanização da assistência e do cuidado e resgata a sua condição humana.

Cabe a enfermagem desenvolver estratégias voltadas para a saúde do idoso, sendo este um grupo com necessidades e características específicas expostos a maiores riscos. Estar atenta para elaborar seus cuidados dentro da realidade da população, com sistematização da assistência e realizar parcerias com outras organizações existentes na comunidade.

## 7 REFERÊNCIAS

ARANHA, V.C. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 255-265.

ARANÍBAR, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. **Población y Desarrollo**, n. 21, Santiago do Chile, Chile: Cepal, 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

BERTONCINI, J.H. **Da intenção ao gesto** ; uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau Dissertação (Mestrado em Florianópolis, 2000): Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação Profissional**: referencial curricular para a educação de nível técnico, v. 1. Brasília, DF, 2000 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528**, de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../humanizasus_2004.pdf)> Acesso em: 20 maio. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2011.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do idoso - cidadania, mesmo que tardia**. Brasília: Senado Federal; 2004.

CAMARANO, A. A. **Brazilian population aging**: differences in well-being by rural and urban areas. Rio de Janeiro, Ipea, 2002

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Humanização na saúde**: um projeto em defesa da vida? *Interface (Botucatu)*, São Paulo, v.9, n.17, 2005.

CANÇADO, F. A. X. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C. **Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008, p.700-706.

CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V. **Humanização no Programa de Saúde da Família**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 274-279, abr. jun. 2003.

*Cirúrgica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, v. 2.

*Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 9.

*Conseqüências no conceito de velhice*. São Paulo, 2002, p. 1-15.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cien Saude Colet** 2006; 9 (3): 705-711.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996. p. 25-58.

COUILLARD, M. P. Bien vieillir: une action commune. **Vie et Vieillesse** 2005; 4(1,2): 3-4.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.

DUARTE, Y. A. O. **Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica**. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

FENILI, R. M. SANTOS, O. M. B. **Analisando a teoria Humanística de Paterson e Zderad para Vislumbrar a Enfermagem como Diálogo Vivo**. Nursing, São Paulo, ano 4, n. 39, p. 30-34, ago. 2001.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis, 2005.

FONTE, I. B. Diretrizes Internacionais para o envelhecimento FORTES P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set.-dez. 2004.

FRANCO, T, Merhy E. E. PSF: **contradições e novos desafios**. <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribuna/PSFTito.html> (acessado em 20/MAIO / 2011 ) . Offe C. Trabalho e sociedade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Cien Saude Colet 1999; 4(2):341-353.  
HENNINGTON, E. A. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008.

HENRARD J, ANKRI J. **Vieillesse grand âge et santé publique**. Paris: ENSP; 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica: síntese de indicadores sociais 2003**. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

KAWAMOTO, E.; SANTOS, M. C. H., MATTOS, T. M.. **Enfermagem comunitária**. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo, 2007.

LEAL, M. I. I.; KONORATH, N. M. ROVEDA, S. R. P. **Percepções da Equipe de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva sobre o Cuidado Humanizado.** Nursing v. 94, n. 9. São Paulo, 2006 p.719-723

LEITE R. S.; NUNES, C. V.; BELTRAME, I. **Humanização hospitalar: análises da leitura sobre a atuação de enfermagem.** 2006.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde.** São Paulo; Casa do Psicólogo, 2001.

MARZIALE, M. H. P. **A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem.** Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(6):701-702.

MATTOS, R. A. **Em busca de novos projetos coletivos.** Ciênc Saúde CoLetiva 1999; 4:250-2.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MCGUIRE, L. C.; STRINE, T. W.; OKORO, C. A.; AHLUWALIA, I. B.; FORD, E. S. Healthy lifestyle behaviors among older U.S. adults with and without disabilities, behavioral risk factor surveillance system, 2003. **Prev Chronic Dis** 2007 Jan.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os Idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto e contexto enfermagem** v.17 n.2. p.374-383, Florianópolis, 2008.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2 p. 323-330, jan. 2006.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo MS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 37-50.

MOTTA, A. B. Visão antropológica do envelhecimento. In: Viana de Freitas E et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 78-82.

NERI MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2007; 23:1845-56.

NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Atheneu, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. **A humanização na assistência à saúde**. Revista Latino - Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, maio. 2011.

PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E. R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.361-5.

PAINI, J. P. Diálogo como cuidado: uma abordagem humanística junto aos acadêmicos de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p. 632-645, maio/ago. 2000.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PARAHYBA, M. I.; Veras, R.; Melzer, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Publica/Journal Public Health**, 39(3), 2005. p.383-91.

PAULA, C. C. et al. O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. Acta. Paul. Enf. São Paulo, v.17, n. 4, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 24 maio. 2011.

PEREIRA S. **Dermatoses no idoso**. In: Rotta O. Guia de Dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmiátrica. São Paulo: Manole; 2008. p.567-91

**Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 maio. 2011.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set.-out. 2004.

RAMOS M. **Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health**. Rev Saúde Pública 2007; 41:616-24.

RAMOS, L. R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso, São Paulo**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.793-797, jun. 2003.

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar**: o que pensam os tomadores de decisão a respeito? São Paulo 2003.

RIBEIRO C. R. O. **O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular**: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt. São Paulo, 2002.

ROCHA, P. K. et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan.-fev. 2008.

RODRIGUES, R. A. P. KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.; ROSSET-CRUZ, I.; LANGE, C. **Política Nacional de Atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. Nursing v.94, n.9. São Paulo, 2007, p.713-716.

SAMPAIO, T. L.; BONFIM, I. **A contribuição da homeopatia para o processo de reorientação da Atenção Básica de Saúde, a partir dos pressupostos da humanização e da promoção da saúde**. Brasília, p. 55, 2007.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde Soc.**, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SCHOENENBERGER AW, Stuck AE. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. **J Am Geriatr Soc** 2006; 54(6): 986-990.

SILVA, E. V.; MARTINS, F.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Percepção de Idosos de um Centro de Convivência sobre Envelhecimento. **Revista Mineira de Enfermagem** v.10 n.1 Belo Horizonte, 2006 p.46-53.

SILVESTRE JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(3): 839-847. ofile. **J Am Geriatr Soc** 2006; 54(6): 986-990.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes. **Abordagem do idoso em programa de saúde da família**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, jun 2003.

SMELTER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Guanabara Koogan, 10ª edição, Rio de Janeiro, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico-Soares LT. **As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal**. Rev Bras Enfermagem 2000; 53 : 17 - 24 .

SOUZA, E. R, Minayo, M. C. S, Ximenes LF, Deslandes, S. F. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo, M. C. S, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 191-209.

SOUZA, H. M. **Programa de saúde da família**. Rev Bras Enfermagem 2000; 53:7-16.

SOUZA, I. R.; CALDAS, C. P. Atendimento Domiciliário Gerontológico: Contribuições para o Cuidado do Idoso na Comunidade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** v.21, n.1 Rio de Janeiro, 2008 p. 61-68.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciênc Saúde Coletiva** 2001; 6:49-61.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. **Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 183-191, jan.-mar. 2008.

UCHÔA, E, Firmo, J. O. A, Lima-Costa, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-35.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-9.

VERAS R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso**: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:705-15.

WANLESS, D. **Securing good health for the whole population: final report**. London: HM Treasury; 2004.

YAAR, M, Eller, M. S, Gilcrest, B. A. **Fifty years of skin aging**. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2002;7:51-8

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.