

Humanização na Atenção à Saúde do Idoso

Humanization in Elderly Health Care

Thaís Jaqueline Vieira de Lima

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Endereço: Rua José Bonifácio, 1193, CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

E-mail: thaisodonto@yahoo.com.br

Renato Moreira Arcieri

Professor do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social e Professor Assist. Doutor do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Endereço: Rua José Bonifácio, 1193, CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

E-mail: rarcieri@foa.unesp.br

Cléa Adas Saliba Garbin

Vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social e Professora Adjunto do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Endereço: Rua José Bonifácio, 1193, CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

Suzely Adas Saliba Moimaz

Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social e Professora Adjunto do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Endereço: Rua José Bonifácio, 1193, CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

E-mail: sasaliba@foa.unesp.br

Resumo

O artigo discute as práticas de assistência, políticas, estratégias e ações governamentais formalizadas para a saúde do idoso, visto que, embora o tema "humanização" se faça presente em várias discussões e que, inclusive, tornou-se diretriz da tão aclamada Política Nacional de Humanização, esses pacientes enfrentam, ainda, vários obstáculos para assegurar alguma assistência à saúde. À desinformação e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas dessa população, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e de recursos humanos. Dessa forma, faremos uma reflexão sobre a humanização na assistência à saúde focada nessa população, primeiramente fazendo um resgate da humanização nos diversos cenários do setor saúde, considerando a valorização dos diferentes sujeitos implicados nesse processo, para que o cuidado dessa especial e crescente fatia da população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um atendimento diferenciado.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Qualidade da assistência em saúde; Políticas públicas; Assistência a idosos.

Abstract

The article discusses the assistance practices, policies, strategies and actions that the Brazilian government has formalized for the elderly's health. Although the subject "humanization" is present in several discussions and has become the guideline of the much acclaimed National Humanization Policy, these patients still face many obstacles in order to receive health assistance. To the disinformation and disrespect for elderly citizens are added the precariousness of public investments directed to the specific needs of this population, the lack of adequate infrastructure, the scarcity of specific programs and even of human resources. Therefore, we will make a reflection on humanization in health assistance focused on this population. First, we will revisit humanization in different scenarios of the health field, considering the importance given to the different subjects involved in this process, so that the care for this special and growing population is provided in an humanized way, since this is a special patient that requires differentiated care.

Keywords: Humanization of Assistance; Quality of Health Care; Public Policies; Care for the Elderly.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (Carvalho e Garcia, 2003).

O Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. De 1960 a 1975, o número de idosos passou de 3 milhões para 7 milhões e, em 2006, para 17 milhões - um aumento de 600% em menos de 50 anos (Veras, 2007).

Além dessa constatação, atualmente têm-se observado, nas relações que a sociedade estabelece com o idoso, não apenas uma mudança de valores, mas um aumento da esperança de vida, passando o idoso a ser merecedor de cuidado e atenção especiais inexistentes nos últimos dois séculos. A mudança se deve ao arsenal tecnológico que a medicina dispõe devido ao seu crescente progresso, favorecendo a longevidade e contribuindo, dessa maneira, como um dos fatores para o aumento significativo da população idosa, passando as doenças crônicas a serem enfrentadas com mais tranquilidade do que no passado.

No entanto, cotidianamente, os idosos brasileiros vivem angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, além de enfrentar, ainda, todo o tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e de recursos humanos, seja em quantidade ou qualidade (Parahyba e Simões, 2006).

Dessa forma, ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações

físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado (Brasil, 1999). Esses profissionais têm um importante papel com o idoso, pois acredita-se que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, garantindo o seu equilíbrio físico e emocional (Franco e col., 1999).

Além disso, atualmente discute-se 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, hoje ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, 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 tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde (Oliveira e col., 2006).

Dessa 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).

Perante esse panorama, justifica-se a reflexão sobre a humanização na assistência à saúde, considerando a valorização dos diferentes sujeitos implicados nesse processo. Também se torna necessário repensar as políticas e práticas de assistência ao idoso para que o cuidado dessa especial e crescente fatia da população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um cuidado diferenciado, razão do objetivo do presente trabalho.

A Humanização na Atenção à Saúde

Antes de qualquer coisa, é importante salientar 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. É baseada em crenças, valores e significados no processo de viver dos envolvidos no seu cotidiano (Teixeira e Nitschke, 2008).

Já o “modelo assistencial” é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico para atender aos interesses dos grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde (Lucena e col., 2006).

Está em evidência um novo modelo assistencial das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde. Assim, muito se tem discutido a respeito da humanização na assistência à saúde, provavelmente devido à sua fundamental relevância, uma vez que é baseada em princípios como a equidade, integralidade da assistência, dentre outros, resgatando, assim, a valorização da dignidade do usuário e também do trabalhador.

Assim, sugere-se que, 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. Isto é, a humanização induz 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 e Cecílio, 2004).

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 autointitulam como “humanizadoras”, esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Pode significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadoras.

Destaca, ainda, dois pontos dessa proposta que acredita merecer ainda maior reflexão. O primeiro diz respeito à concepção da suposta tríade “tecnologia e fator humano”. Superar tal leitura é etapa rumo à construção de um olhar ampliado sobre a produção do cuidado em saúde, incluindo as tecnologias leves no arsenal dos saberes e competências de saúde. O segundo concerne à questão da mudança cultural e dos meios sugeridos para tal, especialmente a proposta de maior capacidade comunicativa como fundante de uma assistência humanizada. Tais ideias serão inócuas se não forem valorizadas as expressões das expectativas e demandas dos próprios usuários-pacientes, reconhecendo sua autonomia e legitimidade simbólicas, cujas manifestações, a princípio, não são delegáveis a tradutores-intérpretes (Deslandes, 2004).

Refletir acerca do cuidado na perspectiva da tecnologia leva a repensar a inerente capacidade do ser humano de buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Somando-se a isso, as inovações tecnológicas também favorecem o aprimoramento do cuidado em saúde, tornando-o mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado (Rocha e col., 2008).

Assim, 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 e col., 2008).

Segundo Oliveira e colaboradores (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. Entretanto, o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja por falta de capacitação ou materiais, tornando o atendimento desumanizante pela má qualidade, resultando num atendimento de baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização na medida em que

profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

É o que se vê na maioria das Unidades de Saúde, onde os espaços físicos são improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, afetando negativamente a recepção dos usuários, interferindo na qualidade dos atendimentos e, muitas vezes, impedindo ou impossibilitando a privacidade dos procedimentos. Além disso, a ausência de um ambiente adequado, a falta de recursos humanos e a deficiência na qualidade e quantidade de materiais desmotivam o profissional para uma mudança de atuação (Simões e col., 2007).

O profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e consequente satisfação do usuário; entretanto, 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. O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Somem-se ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso 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).

No ambiente hospitalar, a humanização ainda mantém-se enfatizada na figura pessoa-cliente, evidenciando a pouca atenção ao cuidado e à humanização do sujeito-trabalhador. A temática em questão é bastante abordada na literatura, porém, na realidade prática, como envolve mudança de comportamento, somente poderá se efetivar mediante a internalização da proposta de humanização pelos sujeitos-trabalhadores das instituições de saúde (Amestoy e col., 2006).

Porém, não se justifica que os profissionais inseridos na assistência, qualquer que seja o seu *locus* de atuação, deixem de insistir na construção de novos

espaços e novos modelos fundados no diálogo, os quais possam reverter a soberania da técnica, em detrimento da intersubjetividade (Carvalho e col., 2008).

Já o cuidado prestado nas unidades de terapia intensiva (UTI) é, de certa forma, paradoxal. Em algumas situações, é preciso provocar dor para que se possa recuperar e manter a vida; em outras situações, não se pode falar, apenas cuidar. O cuidado, num caso desses, parece não implicar uma relação de troca, devido à imobilidade ou falta de diálogo e interação com o outro. Sendo assim, é possível pensar que exista, por parte dos profissionais de saúde dessas unidades, uma robotização/mecanização das ações e práticas de cuidado (Souza, 2000).

Isso motivou o estudo de Pinho e Santos (2008), cujo objetivo era desvelar contradições no cuidado humanizado do enfermeiro na UTI, onde, através de uma pesquisa dialética com enfermeiros, pacientes e familiares da UTI de um Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina, verificaram que o cuidado humanizado está inserido em uma complexa teia, em que o *saber cuidar* tem dado vazão ao estreitamento dos vínculos interpessoais para minimizar as condições de sofrimento físico/mental, ao mesmo tempo em que o *fazer cuidar* os distancia, por meio das estratégias implementadas pelos enfermeiros dentro de uma lógica de produção de saúde parcelar e rotinizada na UTI.

Sob a ótica do Programa de Saúde da Família (PSF) é imprescindível 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 e, sobretudo, 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).

Nesse programa, o agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional fundamental na equipe, por conhecer mais profundamente as características da comunidade, estabelecendo, assim, um vínculo entre a equipe de saúde da família (ESF)/Unidade de Saúde e as famílias. Assim sendo, boa parte da responsabilidade relativa à humanização no PSF está entregue nas mãos desse profissional, que não tem formação prévia na área da saúde, necessitando

de uma criteriosa e fundamentada capacitação.

Por outro lado, no caso da atenção domiciliária, esta é percebida como sendo uma estratégia que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre trabalhadores e usuários (Puccini e Cecílio, 2004). Além disso, se as ações desenvolvidas são voltadas para a satisfação das necessidades dos usuários, carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma descolada da realidade e, sim, estruturado para ser desenvolvido de acordo com a potencial clientela dos serviços de saúde (Kerber e col., 2008).

Por se entender que o processo de relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários possa assegurar o desenvolvimento de um trabalho humanizado, é que Kerber e colaboradores (2008) analisaram o sentido do vínculo entre trabalhadores e usuários de um serviço de atenção domiciliária voltado para uma clientela idosa, assim como o nível de satisfação dos usuários em relação à assistência às suas necessidades. Os autores concluíram que a relação estabelecida e a contextualização do cuidado proporcionam um vínculo real fazendo com que se sintam valorizados e amparados nas suas necessidades. Além disso, na concepção dos usuários, as facilidades proporcionadas pela existência de um serviço de atenção domiciliária direcionado aos idosos estão diretamente relacionadas à garantia de solução para seus problemas de saúde e à segurança propiciada a eles pelos trabalhadores. As pessoas sentem-se seguras e confortáveis com a atenção recebida.

Devido à importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, deve ser avaliada esta resposta e, se necessário, implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como a realização de atividades educativas que permitam o desenvolvimento das competências para o cuidado (Beck e col., 2007).

Para Martins e colaboradores (2007), além da saúde, a questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política que amenize a cruel realidade daqueles que conseguem viver com idade avançada. Após tantos esforços realizados para

prolongar a vida humana, seria lamentável não se possibilitar as condições adequadas para vivê-la com dignidade.

Políticas e Programas de Atenção à Saúde do Idoso

A presença de comorbidade nos idosos é muito comum. Proporcionalmente, o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, ocasionando aumento nos gastos em saúde. O custo com o idoso tende a ser maior do que para os indivíduos em outras faixas etárias, pois o predomínio de doenças crônicas e suas complicações implicam em utilização frequente dos serviços de saúde por esse segmento da população (Amaral e col., 2004).

Em relação às necessidades de saúde dos idosos, que requerem uma atenção específica, implementou-se, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil. Lei n. 8.842, 1994).

Tendo em vista os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade do tratamento, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazo, despontam também a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde adaptarem-se para atender essa demanda, em nível primário, secundário e/ou terciário. Perante o aspecto multidimensional do envelhecimento, se os problemas de saúde do idoso não forem abordados adequadamente poderão provocar um impacto negativo para o Sistema de Saúde, considerando as demandas epidemiológicas decorrentes (Martins e col., 2008).

Caberá aos gestores do SUS prover os meios e atuar de forma que o propósito da PNSI seja alcançado. Para isso é necessária a ação e cooperação entre as esferas de governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem os idosos, de forma articulada e em conformidade às suas atribuições comuns e específicas (Brasil, 1999).

Considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na PNSI, em 12 de abril de 2002, o Ministério da Saúde criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinou às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção de providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão essas redes (Miyata e col., 2005).

O Hospital Geral é o integrante do Sistema Único de Saúde que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, o atendimento geral a pacientes idosos. Já o perfil de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve ter requisitos técnicos mínimos que envolvam instalações físicas, bem como recursos humanos e tecnológicos integralmente ajustados com um sortimento de serviços desde a atenção básica até a especializada para a saúde da população de idosos (Brasil, 2002).

Recentemente, através da Portaria 2528/GM, a PNSI (Brasil, 2006) foi atualizada, devido à necessidade de o setor saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS (Encontro das Comissões Intergestores Biparte da Amazônia Legal, 2006), reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento ora caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não transmissíveis, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas. Dentre tais desafios ressalta-se “a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento sobre a saúde da pessoa idosa”.

Muito se ouve falar em *multidisciplinaridade*, *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade*, no entanto, se buscarmos uma compreensão mais

aprofundada desse novo discurso, perceber-se-á que a ideia mais discutida e praticada, em geral, é a *multidisciplinaridade*.

Segundo Tavares e colaboradores (2005), *multidisciplinaridade* consiste na agregação de duas ou mais áreas do conhecimento para examinar um mesmo tema sob pontos de vista distintos, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Funciona com a justaposição de disciplinas de um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos (Tavares e col., 2005).

Já a *interdisciplinaridade* ocorre quando campos marcadamente diferentes trocam interações reais, devido a certa reciprocidade no intercâmbio, o que acaba produzindo um enriquecimento mútuo. Por exemplo: uma abordagem sobre saúde da população pode envolver Medicina, Nutrição, Odontologia e Enfermagem, pelo menos (Bonilha, 2009).

No caso da *transdisciplinaridade*, não só há interações e enriquecimento entre as disciplinas técnico-científicas, e sim uma abrangência total, ou seja, qualquer área pode participar, em princípio, da empreitada, ultrapassando aquelas disciplinas técnicas e científicas, envolvendo também arte, filosofia, ética e espiritualidade. Ou seja, a *transdisciplinaridade* se processa através do sistema total (Bonilha, 2009).

A diferença interessante em relação a esse paradigma científico é que o conhecimento assim produzido também pode integrar conhecimento gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços, superando a clivagem senso comum x ciência, típica da modernidade. Trata-se de um modelo ou paradigma muito recente, mas que está atuante e em ascensão no campo da Saúde Coletiva, considerando a situação explosiva atual de saúde das populações e os vários temas da atualidade, como exemplo o envelhecimento populacional (Luz, 2009).

No documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria n. 399/GM, que contempla o Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das

diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. O Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação para minimizar a heterogeneidade da população idosa (Encontro das Comissões Intergestores Biparte da Amazônia Legal, 2006).

Cabe destacar que a organização da rede do SUS, seja para definir e/ou readequar planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, é fundamental para que as diretrizes essenciais dessa política sejam cumpridas, constituindo-se como meta final a adequada e digna atenção à saúde para os idosos, especialmente para aqueles que, por uma série de razões, sofreram um processo de envelhecimento marcado por doenças e/ou outras gravidades que limitam o bem-estar de suas vidas.

Segundo Marziale (2003), urge a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces, visto que, com o crescimento da população idosa, ocorreram mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômica, ocasionando problemas que necessitam de solução imediata para garantir ao idoso a oportunidade de preservar sua saúde física e emocional, em condições de autonomia e dignidade.

Procurando atender essas necessidades e direcionar as ações visando garantir às pessoas com 60 anos ou mais a proteção à vida e à saúde, em 1º de outubro de 2003, o Senado Federal sancionou a redação final do Estatuto do Idoso (EI), garantindo-lhes direitos fundamentais, entre eles os relacionados à Saúde, tais como: atendimento integral pelo SUS; atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento; direito a acompanhante; proibição de discriminação em plano de saúde; treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de autoajuda (Brasil.

Lei 10.741, 2003).

Além de contemplar as leis já existentes, o Estatuto do Idoso organizou-as por tópicos, sobre cada um dos direitos, e especificou as punições para os infratores, tornando-se prática sua compreensão e aplicação. Além disso, comparando as leis relativas ao idoso com o Estatuto do Idoso, constata-se uma ampliação dos direitos, uma vez que no Código Nacional de Direitos dos Usuários das Ações e dos Serviços de Saúde o idoso está protegido como usuário comum, e no Estatuto do Idoso ele é considerado prioridade (Martins e Massarollo, 2008).

Com o objetivo de avaliar o conhecimento de uma equipe multiprofissional sobre o Estatuto do Idoso, Martins e Massarollo (2008) entrevistaram 35 profissionais de um Hospital Geriátrico de São Paulo. Observaram várias mudanças na equipe, na assistência, nas instituições e nas atitudes dos próprios idosos e suas famílias. As que mais chamam a atenção é o aumento da humanização e do respeito na assistência ao idoso, e a maior participação desse no processo de tomada de decisões sobre o seu tratamento, conferindo-lhe maior autonomia.

Para ocorrer a humanização na assistência ao idoso é necessário atendimento com prioridade, em sua totalidade e individualidade, além de terem sua autonomia respeitada e sua independência mantida. O EI garante a prioridade no atendimento ao idoso, outorgando-lhe o direito de receber atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. Também ressalta que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (Brasil. Lei 10.741, 2003).

Política Nacional de Humanização e sua Inserção na Atenção à Saúde do Idoso

Acredita-se que através de uma assistência humanizada e personalizada por parte dos profissionais de saúde garante-se o equilíbrio físico e emocional do paciente idoso. Em virtude disso, e 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, consoante à 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 (Brasil, 2001) citado por; (Fortes, 2004).

Assim, a humanização tornou-se uma preocupação dos profissionais de saúde e usuários, principalmente em relação aos idosos, devido às condições especiais que esses pacientes apresentam.

Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a expansão da humanização além do ambiente hospitalar com a instituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), cujo 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).

Essa estratégia enfoca práticas humanizadoras para otimizar os serviços e avaliar o acesso dos usuários, e em como reduzir filas e tempo de espera e valorizar um atendimento acolhedor e resolutivo com responsabilidade e vínculo, garantindo, assim, os direitos dos usuários.

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação (Santos-Filho, 2007).

Traverso-Yépez e Moraes (2004) analisaram os usuários de saúde do serviço público de Natal em relação aos seus direitos e ao tipo de atendimento recebido. Observaram, nos diferentes depoimentos, que o usuário espera que o profissional da saúde gere uma situação de acolhimento que alivie ou amenize

o sofrimento, que possa responder resolutivamente ao seu problema de saúde, e que proporcione uma melhora na qualidade do atendimento recebido, baseando-se na escuta, no diálogo, na atenção e no respeito. Ressaltaram também a necessidade da melhoria dos aspectos materiais, estruturais e organizacionais.

Ramos e colaboradores (2008) identificaram as expectativas de idosos em relação à consulta de enfermagem de um serviço de atenção ao idoso localizado em Recife, através de entrevistas aos idosos antes e após a consulta. Verificou-se a necessidade de um atendimento de qualidade por meio do qual ele fosse valorizado na sua individualidade através da humanização e que resolvesse seus problemas de saúde, não importando a formação acadêmica do prestador de serviço. E, após a consulta, os idosos se mostraram satisfeitos, alegando os seguintes motivos: humanização do atendimento, acolhimento, avaliação integral, orientações pertinentes, entre outras intervenções realizadas.

Segundo Troncoso e Suazo (2007), existe uma influência dos sistemas institucionais sobre o cuidado humanizado das enfermeiras, visto que estão impregnados pelo modelo biomédico, que conduz a uma sobrecarga de trabalho acompanhada pela perda de autonomia profissional.

No entanto, realizando uma análise crítica dessa influência, Ramos e colaboradores (2008) verificaram que os pacientes se sentiram valorizados e importantes durante a consulta de enfermagem, apesar de alguns desconhecerem sua especificidade e estarem no local de atendimento de consulta médica. É de suma importância, então, que as enfermeiras outorguem cuidados centralizados nos usuários e que os cuidados humanizados se integrem na prática, para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Ao entrevistar idosos, questionando-os como gostariam de ser cuidados durante a hospitalização, Martins e colaboradores (2008) observaram que a maioria referiu que no ato de cuidar sempre estivesse presente a afetividade, a amizade, o amor, a dedicação e o respeito. Em relação à hospitalização atual, todos foram unânimes ao avaliá-la como excelente. Afirmaram que todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de internação do estudo propor-

cionaram um atendimento com empatia, diálogo, acolhimento, esclarecimento de dúvidas e criação de vínculos. No entanto, foi citada pelos idosos a importância de mudança na área física, referindo-se ao fato de não terem local para realizarem o banho de sol, em virtude de banheiros pequenos, ausência de corrimão, não possuir estrutura para o acompanhante repousar ou mesmo fazer sua higiene. Outro aspecto negativo referente à hospitalização referido por todos os idosos foi a espera prolongada para realizar a cirurgia cardíaca.

Apesar dos aspectos positivos apresentados pelos usuários, ainda há muito que se fazer para que todas essas transformações se tornem realidade. Aliás, espera-se que em todos os estabelecimentos de atendimento à saúde, especialmente os específicos para o idoso, sem exceção, haja um cuidado humanizado, ético e individualizado, o que nem sempre tem sido observado. Para isso, é imprescindível o total envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e usuários num processo contínuo de avaliação.

Considerações Finais

Apesar da intensa preocupação com o bem-estar da população idosa, evidenciada pelo leque de políticas, estatutos e programas que asseguram os direitos nos mais diversos aspectos que atingem as necessidades dessa crescente população, especialmente na área da saúde, englobando tanto o lado físico como o emocional, existem inúmeros obstáculos impedindo que essas políticas possam, de fato, ser concretizadas, o que também impede o cumprimento da equidade, integralidade e universalidade, diretrizes norteadoras do SUS.

É preciso insistir na cobrança, por parte dos gestores do SUS, em providenciar os meios e os fins para que os idosos possam desfrutar dos seus direitos, tão bem colocados nos estatutos, políticas e programas dedicados a essa clientela. A capacitação profissional e o investimento nas estruturas físicas dos locais de atendimento, necessários à atenção ao idoso, devem contribuir para um viver mais saudável a esses indivíduos, sendo também nossa responsabilidade através da reivindicação do direito a um atendimento humano.

Referências

- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1317-1326, nov.-dez. 2004.
- AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-449, out.-dez. 2006.
- BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, jul.-set. 2007.
- BONILHA, J. A. *O novo paradigma: transdisciplinaridade*. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos909/novo-paradigma-transdisciplinaridade/novo-paradigma-transdisciplinaridade2.shtml>>. Acesso em: 11 nov. 2009.
- BRASIL. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- BRASIL. *Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 20 jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.395 do Gabinete do Ministro da Saúde*. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>> Acesso em: 20 jan. 2009.
- BRASIL. *Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhaho1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio-jun. 2003.
- 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.
- 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.

- ENCONTRO DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE DA AMAZÔNIA LEGAL, 3., 2006, Porto Velho / CIB-NORTE. *Pacto pela Saúde*. Consolidação do SUS: o que muda? Compartilhando reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_DAD.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- 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. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. 1999.
- 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.
- KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZARVAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr.-jun. 2008.
- LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p.292-298, jun. 2006.
- LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.304-311, jun. 2009.
- MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerodontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.
- MARTINS, J. J. et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *ACM: arquivos catarinenses de medicina*, Florianópolis, v.37, n. 1, p. 30-37, jan.-mar. 2008.
- MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p.26-33, mar. 2008.
- MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.701-702, nov.-dez. 2003.
- MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140 maio 2005.
- 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, mar.-abr. 2006.
- PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, out.-dez. 2006.
- PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p.66-72, mar. 2008.
- 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, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.793-797, jun. 2003.

- RAMOS, J. B. et al. Expectativas de idosos em relação à consulta de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Pernambuco, v. 2, n. 1, 2008, p. 61-68. Disponível em: < www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../407>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- 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.
- SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, jul.-ago. 2007.
- SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul.-set. 2007.
- SOUZA, L. N. A. *A interface da comunicação entre enfermagem e as (os) clientes em uma unidade de terapia intensiva*. 2000. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 213-221, abr.-jun. 2005.
- 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.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan.-fev. 2004.
- TRONCOSO, M. P.; SUAZO, S. V. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.499-503, out.-dez. 2007.
- VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

Recebido em: 23/06/2009

Reapresentado em: 17/11/2009

Aprovado em: 31/03/2010