

RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO

Family health professionals' relationship with the elderly

Relación profesional de salud de la familia con el anciano

Maria Aparecida da Silva Araújo¹

Maria Alves Barbosa²

RESUMO

O estudo tem como objetivo discutir a relação dos profissionais de saúde da família com os idosos. Foi desenvolvido com base na abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados utilizando-se a técnica de grupo focal, seguida da análise de conteúdos. Verificou-se que a relação profissional de saúde e idoso por meio da comunicação é presente de forma compromissada e humanizada, a qual traz benefícios e influencia na mudança de comportamento do idoso; no entanto, as ações são fundamentadas no modelo biomédico e educação em saúde tradicional. Os resultados indicam que a relação do profissional de saúde e idoso se coloca ainda como um desafio para a resolutividade da atenção básica e indica a necessidade de conscientização de gestores para qualificação profissional na perspectiva de associar o trabalho em saúde por uma sociedade mais justa e igualitária, superando o modelo de atenção tradicional.

Palavras-Chave: Profissional de Saúde. Idoso. Programa Saúde da Família.

Abstract

The study sets out to discuss the relationship between family health care professionals and the elderly. It was carried out on the basis of a qualitative approach, where data was collected using the focus group technique, and followed by content analysis. It was verified that in the health professional relationship with the elderly, communication takes place for commitment and humanity, which brings the benefits and influence on the change of the elderly behavior; however, the actions are inspired in the biomedical models and traditional health education. The results indicate that the achievement for positive results in primary care is a challenge for the relationship between health professionals and the elderly. The results would also indicate that administrators must be aware of the need for the professional qualification of personnel so that health care is improved in order to promote a fairer and egalitarian society. And this demands going beyond the traditional care model.

keywords: Health Personnel. Aged. Family Health Program.

Resumen

El estudio tiene como objetivo discutir la relación de los profesionales de salud de la familia con los ancianos. Fue desarrollado con base en la aproximación cualitativa, cuyos datos fueron recogidos usando la técnica de grupo focal, seguido de análisis de contenido. Fue verificado que la relación profesional de salud y anciano por medio de la comunicación está presente de forma comprometida y humanizada, que trae beneficios e influye en el cambio de comportamiento del anciano, no obstante, las acciones son basadas en el modelo biomédico y educación en salud tradicional. Los resultados indican que la relación de profesionales de salud y anciano es puesta todavía como desafío para la resolución de la atención básica y señala la necesidad de concientización de los administradores para la calificación profesional en la perspectiva de asociar el trabajo en salud por una sociedad más justa y de igualdad, superando el modelo de atención tradicional.

Palabras-claves: Personal de Salud. Anciano. Programa de Salud Familiar.

¹Enfermeira, Membro da Diretoria ABEn - Goiás e Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde – ANEPS - Goiás. Docente Efetiva, Mestre em Ciências da Saúde - UFG. Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO, Departamento de Enfermagem – Goiânia-GO. Brasil. E-mail: cida-moura@hotmail.com, ²Enfermeira, Doutora Adjunta III, Docente da Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás e Pós-graduação em Ciências da Saúde-Faculdade de Medicina-UFG. Goiânia-GO. Brasil. E-mail: maria.malves@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida é tendência mundial neste século. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 20 milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos.¹

A transição demográfica apresenta-se em conjunto com a transição epidemiológica resultando no principal fenômeno demográfico, o envelhecimento populacional que impõe organização do sistema de saúde, pois a população idosa exige cuidados que ainda são desafios aos profissionais de saúde devido aos problemas específicos desta faixa etária.²⁻¹

A baixa prioridade atribuída à Terceira Idade nas políticas públicas assistenciais, previdenciárias, não favorece os desafios a serem enfrentados assegurando serviços de qualidade, recursos humanos de excelência e conhecimento para lidar com o grupo etário que mais cresce no Brasil.³

Com o propósito de reorientar o modelo de atenção, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família (ESF).⁴

As ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na ESF devem superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Com o objetivo de reforçar as ações de saúde na atenção básica, foi estabelecida pelo MS, em 2005, a definição da agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em defesa do SUS, o Pacto em defesa da vida e o Pacto de gestão. Dentro do pacto em defesa da vida, o idoso tem uma atenção especial dos profissionais de saúde na atenção básica.⁵

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde da família devem estar preparados para lidar com o envelhecimento rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação com o idoso reconhecendo a sua experiência e sabedoria.⁶

Entretanto, apesar dos avanços das políticas públicas de saúde, estão presentes nos serviços de atenção básica dificuldades nas relações entre profissionais e usuário, limitações no atendimento ao idoso, falta de resolutividade no sistema de referência e contra-referência, entre outros. Portanto, é função das políticas de saúde contribuir com a população para um envelhecimento ativo e saudável.

Apesar da relevância do tema, esta discussão nos serviços de atenção básica na ESF é incipiente, e é escassa a

produção de conhecimento sobre a relação da equipe de saúde com a população idosa. Contudo, é na práxis da ESF que se percebe a atenção básica à saúde do idoso e se ocorre conforme preconiza as diretrizes do SUS. Nessa perspectiva, pretendemos refletir acerca dessa práxis com o objetivo de discutir a relação dos profissionais de saúde da família com os idosos.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa, realizado em Unidades Básicas de Saúde da Família. Participaram do estudo 32 profissionais de saúde que atuam na ESF no Município de Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, sendo 4 médicos, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 20 agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de três grupos focais, sendo o primeiro com doze componentes, o segundo com nove e o último com onze, os quais foram realizados no primeiro semestre de 2008. Foi utilizado como questão norteadora: Qual a sua relação com o usuário idoso na ESF? Cada grupo teve duração de aproximadamente trinta minutos o que permitiu observar a ocorrência de repetição dos conteúdos, evidenciando a saturação de dados, sendo suficientes para compreender o aspecto do fenômeno estudado. Foi gravado em gravador digital e, posteriormente, transcrito na íntegra.⁷

A análise das informações foi realizada mediante a descrição das categorias definidas, por meio de leitura flutuante do texto que permitiu fazer a seleção de conteúdos. Iniciou-se o processo de exploração do material, sendo os dados organizados e reunidos em unidades de registro pelo recorte e pela codificação do conteúdo. Neste trabalho foi utilizada a escolha das unidades de registro e a categorização.⁸

Esta pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia Drº Alberto Rassi (HGG), protocolo nº 311/07. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados aos participantes: confidencialidade das informações, liberdade para se retirarem da pesquisa a qualquer momento e anonimato conforme o que determina a Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos.⁹

Para construção da revisão de literatura foi realizada busca nas fontes de dados de artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados informatizados, tais como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO e revistas eletrônicas de enfermagem e saúde utilizando como descritores: Profissional de saúde; Idoso; Programa Saúde da Família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 32 profissionais, trinta eram do sexo feminino e dois do sexo masculino com idades entre 22 e 58 anos. A experiência profissional varia de dois meses a treze anos de serviço na ESF. Dentre os 8 profissionais de nível superior que compõem a equipe de saúde da família, 6 realizam plantões noturnos em outras instituições de saúde, excedendo as 40 horas semanais na ESF. Observa-se que todos profissionais possuem competências técnicas, para o exercício na ESF por meio da qualificação oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde conforme preconiza o MS, entretanto não foi referida pelos profissionais a realização de cursos de qualificação para atenção básica ao idoso.

A partir da organização e análise do conteúdo dos discursos referidos pelos profissionais de saúde, foram compiladas as informações nas seguintes categorias: a relação profissional de saúde da família e idoso e comunicação como instrumento de assistência ao idoso.

A relação profissional de saúde da família e idoso

Dentro da atenção básica, a relação profissional de saúde e paciente, as ações em equipe e o ambiente de trabalho possuem características diferentes do que se vê na atenção hospitalar.¹⁰ De acordo com os relatos da equipe, é neste cenário que a relação dos profissionais com os idosos se encontra, por meio da busca da transformação social, compromisso com a humanização da assistência, satisfação com o trabalho, diferencial este em relação ao modelo biomédico.

Tenho uma relação com o idoso de respeito e cuidado no que falo. Sou amiga de todos. Aqui temos essa oportunidade, por estar próximo a eles. (S22)

Procuro ser amiga. Tenho muito idoso solitário e quando chego a eles percebo a necessidade de ouvi-los, de oferecer amizade e trocas de favores. (S12)

Os depoimentos reiteram consideração acerca da “relação de amizade” que se estabelece entre profissional e usuário em decorrência das peculiaridades da assistência na ESF com acesso a informações além da esfera clínica, adentrando em aspectos íntimos da dinâmica familiar.

A ESF favorece mudanças no processo de trabalho no que se refere ao acolhimento, pois a relação profissional de saúde e usuário vai além de apenas tratar bem, o que pressupõe respeito, interesse e responsabilidade, envolve também os problemas e as necessidades que a população vivencia.¹¹⁻¹⁸

A perspectiva da relação se sustenta na escuta e na responsabilidade profissional, que favorecem a formação de vínculos que estabelecem uma relação de confiança e amizade.¹²

Ser atencioso com o idoso ajuda muito na relação, pois eles são carentes, pessoas debilitadas que sofreram um desgaste de trabalho durante a vida. Temos que ter esse vínculo para ajudá-las ao máximo. (S6)

Ser compreensivo com os idosos os deixa seguros, eles gostam muito de conversar e buscam ajuda conosco, falam das dificuldades do dia a dia. (S2)

De acordo com os relatos, observa-se uma relação de apoio emocional e empenho dos profissionais, colaborando com a cidadania e direitos dos idosos e contribuindo na qualidade assistencial.

É nessa perspectiva que se almeja na atenção básica uma compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Portanto, as equipes de saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa.¹³

Entretanto, a impaciência profissional é presente em alguns profissionais, de acordo com os relatos abaixo, sendo um fator negativo na relação. Nota-se ainda que os profissionais cumprem o que lhe é exigido por meio de uma relação sustentada no modelo de educação tradicional.

Eu tenho responsabilidades com eles, é o meu trabalho. Minha relação é profissional. Chego e falo: avozinha faz isso, vai a tal lugar. No outro dia eu volto e está tudo no mesmo lugar. Chamo a atenção e dou bronca. Às vezes resolve, às vezes não, nem sempre ter paciência resolve. (S3)

Sou sincera em meu trabalho, mesmo com os idosos. Falo duro quando precisa. Muitas vezes ele não usa os medicamentos corretos, não se cuidam, não fazem o que mandamos. É necessário nos serviços, eu não enrolo, falo mesmo. São teimosos. (S14)

Uma relação rude pode comprometer o respeito e a promoção da autonomia. De um lado, o usuário, que busca a resolução de um problema, e do outro, o trabalhador de saúde, muitas vezes preso a procedimentos, normas do serviço. Nesse desencontro de necessidades e interesses, a negociação, que se efetiva pela relação respeitosa, é necessária e deve estar presente, pois nem sempre o carecimento do usuário é interpretado como um problema de saúde pelo profissional de saúde.¹⁴

Na Atenção Básica, estas questões são relevantes, pois valorizam uma compreensão abrangente acerca do processo saúde-doença e o cuidado, o trabalho em equipe e a qualidade da relação entre o profissional de saúde e a comunidade nos diferentes contextos.

Os profissionais de saúde acreditam que grande parte dos problemas que os idosos enfrentam de relacionamentos não é somente com os profissionais de saúde, e sim com a família, além de dificuldade em infraestrutura, organizacional e grande demanda nas unidades de saúde.

Nem sempre tudo sai da forma como queremos. Não adianta se tivermos um bom relacionamento com o idoso se ele vai mal na família. É preciso ser perseverante, mesmo atendendo a grande demanda que é por aqui. Se desistirmos, como ficará a assistência dessa população? (S14)

Muitos idosos têm dificuldades de se relacionarem com próprios parentes. Temos dificuldades também com infraestrutura, e não temos ainda planejamentos só para idoso. O SUS precisa melhorar a assistência ao idoso. Falta capacitação profissional e mesmo assim sou comprometido com o que faço e procuro ter um bom relacionamento com eles mesmo diante desses problemas. (S7)

As falas demonstram uma relação de compromisso e perseverança profissional, embora algumas vezes é prejudicada por limitações no conhecimento profissional. É necessário apoio dos gestores para a formação específica e de qualidade na área de geriatria e gerontologia.

O trabalho aqui não é fácil, temos dificuldades que muitas vezes deixa a relação com eles estremecida. Aqui tem problemas sociais, culturais. Sou otimista na relação. Não posso fazer muito, mas incentivo para lutar pelos seus direitos. (S24)

O discurso mostra uma relação ética, social e política com envolvimento do idoso como partícipe de seu bem-estar, ampliando a sua participação social no SUS. A responsabilização e vínculos profissionais são considerados potentes dispositivos para mudar a prática cotidiana.¹⁵

Tais desafios são difíceis de criar estratégias, tanto na relação com o usuário como nas práticas de saúde na busca de interferência no estilo de vida no contexto das condições econômicas, sociais e ambientais que determinam a saúde e que se somam à precariedade de investimentos públicos e recursos humanos, tanto na quantidade como na qualidade para atendimento as necessidades específicas da população idosa.¹⁶⁻¹

Para promover a saúde é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, que requer políticas públicas saudáveis, articulação intersetorial e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a ideia de que promover a saúde é um dever de todos.¹⁷

Portanto, no contexto da atenção básica ao idoso há um crescente empenho e responsabilidade ética dos profissionais de saúde da família em aperfeiçoar a qualidade nas relações interpessoais com o usuário por meio de transmissão de confiança, a troca constante de emoções, positivas e negativas e o compromisso da busca da cidadania e direitos dos idosos.

A comunicação como instrumento de assistência ao idoso

A comunicação é um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações. A Política Nacional de Humanização preconiza que o acolhimento por meio da comunicação esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e que atinja a todos que participam na produção da saúde.¹⁸

Verifica-se, neste sentido, que a comunicação de forma alegre e descontraída é uma estratégia que traz proximidades entre profissional e idoso, sendo, pois, uma habilidade de receber e transmitir mensagens, a qual contribui na assistência.

Sou comunicativo, converso muito, brinco, e isso ajuda muito na assistência e mudança de comportamento deles. Todos os pacientes gostam de conversar comigo, recebo eles com sorriso, assim ele fica mais confiante. (S1)

Se você fecha a cara, acaba-se o diálogo. Você pode estar chorando por dentro, mas o sorriso é um passo, um início. Todo profissional de saúde é técnico e sempre estamos recepcionando. É necessário estar sempre alegre. (S18)

Sou comunicativo. Através do diálogo é que sabemos o que ele tem e o que está sentindo. Muitas vezes o encontramos triste com a vida, nervoso, aí eu falo: se abre comigo. Aos poucos ele se torna mais seguro para resolver seus problemas. (S20)

Percebe-se que o envolvimento dos profissionais com o idoso influencia para mudanças de comportamento possibilitando ao idoso sentir-se como um ser humano digno e com autonomia na solução de seus problemas.

É nessa perspectiva que a atenção básica direciona os profissionais para o desenvolvimento de práticas democráticas e participativas resolvendo os problemas de saúde mais frequentes e de relevância em sua área de abrangência.⁴

No entanto, verifica-se que a barreira de comunicação entre idoso e profissional da saúde ainda se faz presente, que poderá impedir o acesso deste paciente ao sistema de saúde conforme relato.

Sou resolutiva. Chego a casa deles e vejo que tem coisas para serem feitas, e o idoso e a família muitas vezes não se importam. Ai, eu não peço, eu mando, e falo ainda da responsabilidade da família com o idoso. Este é o meu trabalho. Se não fizer assim, a família não se preocupa. Muitos ficam bravos, implicam, mas tem que ser assim. (S3)

A comunicação é transferida e imposta pelo profissional ao idoso e família de forma não negociada, e sim autoritária, que se fundamenta na perspectiva de responsabilizar o idoso e família pelos seus problemas de saúde com atenção voltada para a transmissão do conhecimento, de modo a seguir as regras impostas.

Portanto, a educação é considerada como bancária, com métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações sem uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade.¹⁹

A comunicação na atenção básica é uma chave dentro do processo educativo. Reconhece-se que a informação difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde do idoso, conforme preconiza a ESF.

Espera-se oferecer à pessoa idosa, e também a familiares e cuidadores, uma atenção humanizada por meio de orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e a adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.⁶

CONCLUSÃO

As ações da equipe de saúde da família por meio da atenção básica possuem características diferentes do que se vê na atenção hospitalar. Portanto, os resultados deste estudo apontam que os profissionais de saúde da família no geral buscam a transformação social, o compromisso com a humanização da assistência, o que se diferencia do modelo biomédico.

O estudo reforçou que, no decorrer da assistência ao idoso, ocorre uma relação de otimismo, de amizade e atenção, proporcionando vínculos com os idosos e família, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde na Atenção Básica. As equipes de saúde da família não podem perder de vista que a relação profissional e usuário vão além do atendimento, que envolve também os problemas e as necessidades da comunidade.

Na comunicação entre o profissional e idoso, revelou-se fatores importantes para a atenção básica, sendo essencial para a melhoria do acolhimento. Foi verificado que a comunicação é de forma alegre, descontraída e interativa, a qual traz proximidades entre profissional e usuário e contribui para a autonomia do idoso, possibilitando mudanças de comportamento.

Entretanto, foram identificadas algumas limitações e dificuldades no relacionamento com o idoso, como a impaciência profissional, educação em saúde de forma não negociada, e sim autoritária, sendo um fator negativo na relação que poderá impedir o acesso deste paciente ao sistema de saúde. É reconhecido que a educação em saúde é um poderoso instrumento de promoção da saúde do idoso, assim como a ESF é a porta de entrada do usuário no SUS.

Encontrou-se nesta pesquisa algumas limitações na coleta de dados durante o desenvolvimento do grupo focal, por meio de falas interrompidas de alguns profissionais do nível médio. Percebe-se uma relação de poder entre alguns profissionais de nível superior com os demais do nível médio, prejudicando a relação entre equipe. Essa “falha” faz ver a necessidade de rever o processo de trabalho em equipe multidisciplinar dentro da atenção básica ao idoso.

Desenvolver este estudo e participar dos grupos focais com uma equipe multidisciplinar de saúde da família foi, sem dúvida, uma experiência gratificante. Conhecer diferentes experiências das equipes na atenção básica ao idoso trouxe reflexão e contribuiu para o crescimento dos participantes e das pesquisadoras. Deste modo, um sistema de saúde com profissionais envolvidos com a comunidade contribui com resolutividade da atenção básica.

REFERÊNCIAS

- 1- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saude Publica [periódico on-line] 2009 maio/jun; 43(3): [aprox. 8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br>
- 2- Nasri FO. Envelhecimento populacional no Brasil. Einstein [Periódico na internet]. 2008 junho; [citado 2009 jan]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
- 3- Figueiredo MLF, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Luz MHBA. Educação em saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. Esc Anna Nery 2006 dez; 10 (3): 456 - 61.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Manual Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS. Brasília (DF); 2006.
- 6- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006.
- 7- Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Liber; 2005.

- 8- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2008.
- 9- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.prppg.ufg.br/comite/.res196.php>.
- 10- Cunha TG. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.
- 11- Marques GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. Rev Gaucha Enferm 2004 abr; 25(1): 14-25.
- 12- Oliveira RG, Marcon SS. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. Rev Latino-am Enfermagem. [on-line]. 2007 jan; [citado 2009 fev]; 431-38 [aprox. 8 telas] Disponível em <http://www.scielo.br>
- 13- Silvestre JA, Costa NMM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. Cad Saude Publica. 2003; 19(3): 839-47.
- 14- Zoboli E, Fracolle L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. O mundo da saúde. [periódico on-line]. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br>.
- 15- Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface, Botucatu. 2005; 1.9(17): 287-301.
- 16- Freire Junior RC, Tavares MFL. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2006; 9 (1).
- 17- Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização: Brasília (DF); 2004.
- 18- Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2003