



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **12/11/2020**

Data de reformulação: **15/11/2020**

Data do aceite: **19/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4281496>

Publicado: **2020-11-19**

ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANALYSIS OF THE NATIONAL HEALTH POLICY OF THE ELDERLY: A LITERATURE REVIEW

*Karina de Santana Santos¹
Débora Adriana Ramos²
Jonas Rodrigo Gonçalves³*

Resumo.

O tema deste artigo é análise da política nacional de saúde do idoso: uma revisão de literatura. Investigou o seguinte problema: diante da situação, a equipe de enfermagem está preparada para prevenir, detectar e gerenciar a violência contra o idoso? Cogitou a seguinte hipótese: a violência contra idosos é objeto de procedimentos que a equipe de enfermagem deve tomar ao perceber características

¹Graduanda em Enfermagem pela Faculdade UNIP. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9908153197957025>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5691-451X>. E-mail: karinasantana221@gmail.com.

² Mestre em Psicologia; Especialista em Psicanálise, em Docência do Ensino Superior, em Educação Infantil e Educação Especial e Inclusiva, entre outras especializações. Professora da faculdade Unip (SP). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8157104994909882>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0683-5466>. E-mail: psicologa.ramos@gmail.com.

³ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Facesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocessus.com.br.

de qualquer tipo de violência sofrida pelo idoso. A negligência é a forma mais comum de violência sofrida pela população idosa. O objetivo geral é analisar o conceito de detecção e prevenção de violência contra os idosos, cuidados e observação dos profissionais de enfermagem que atuam em unidades básicas de saúde e hospitais. Os objetivos específicos são: identificar as formas de violência mais comuns perpetradas contra idosos internados na secretaria de saúde do hospital; analisar a opinião dos idosos sobre a violência vivenciada; analisar a visão dos profissionais que atendem a violência vivenciada; identificar se a equipe de profissionais da área da saúde está preparada para lidar com essa situação.

Palavras-chave: Idoso. Violência. Políticas Públicas.

Abstract

The theme of this article is analysis of the national health policy for the elderly - a literature review. The following problem was investigated: "In view of this situation, the question arises: Is the nursing team prepared to prevent, detect and manage violence against the elderly?". The following hypothesis was considered "Violence against the elderly who are the subject of procedures that the nursing team must take when realizing characteristics comparable to any type of violence suffered by the elderly. Neglect is the most common form of violence suffered by the elderly population. ". The general objective is "to analyze the concept of detection and prevention of violence against the elderly, care and observation of nursing professionals who work in basic health units and hospitals". The specific objectives are: "To identify as the most common forms of violence perpetrated against elderly people admitted to the hospital's health department;"; "Analyze the opinion of the elderly about the violence experienced;"; "Analyze the view of professionals who attend to the violence experienced;". "Identify whether the team of health professionals is prepared to deal with this type of situation".

Keywords: Elderly. Violence. Public policy.

Introdução

É preciso compreender que o idoso e o envelhecimento são realidades distintas, a OMS (2002) confirmou que seus conceitos e experiências podem mudar de acordo com o período histórico, cultura, classe social, história pessoal, condições educacionais, estilo de vida, gênero, ocupação e raça. Eles cumprem a importância de compreender processos como o acúmulo de fatos anteriores ao interagir permanentemente com vários níveis de vida.

Este artigo propõe responder ao seguinte problema: diante da situação a equipe de enfermagem está preparada para prevenir, detectar e gerenciar a violência contra o idoso? Este estudo objetiva analisar a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam na rede básica de saúde da família sobre a detecção, o manejo do idoso abusado e a prevenção da violência.

Este artigo propõe responder ao seguinte problema: a equipe de enfermagem está preparada para prevenir, detectar e gerenciar a violência contra o idoso? Sim, tomando medidas para manter a qualificação dos trabalhadores, capacitar profissionais de saúde para evitar debates e formular políticas públicas de saúde e outros aspectos mais importantes considerados desumanizados na relação com os usuários do serviço público de saúde. A necessidade de humanizar o atendimento, a

assistência e o relacionamento com os usuários dos serviços de saúde estão atualmente em discussão (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, p. 868).

A hipótese levantada diante do problema em questão foi a violência contra idosos é objeto de procedimentos que a equipe da enfermagem deve tomar ao perceber as características comparáveis com qualquer tipo de violência sofrida pelo idoso. A negligência é a forma mais comum de violência sofrida pela população idosa.

De acordo com a Política Nacional do Idoso, a regulamentação de 1996 expressa claramente a preocupação com os serviços públicos para idosos e reitera o conteúdo da Lei do Saneamento Orgânico (1990), ou seja, “proteger os direitos sociais dos idosos”. Sete anos após ser submetido ao Congresso, o Estatuto do Idoso foi aprovado em 2003. A proposta de regulamentação está relacionada ao PNI dos direitos básicos e necessidades de proteção do idoso (BRASIL, 1994).

O objetivo geral deste trabalho é analisar o conceito de detecção e prevenção de violência contra os idosos, cuidados e observação dos profissionais de enfermagem que atuam em unidades básicas de saúde e hospitais. É preciso conhecer a violação dos direitos do idoso. Apreender com a prática profissional ou a atuação do assistente social pode melhorar a qualidade de vida e a integridade do idoso.

O foco da discussão é capacitar os profissionais de saúde para os cuidados geriátricos, pois são direta e indiretamente responsáveis pela prestação de cuidados de saúde seguros, éticos e de qualidade. É necessária a efetividade das políticas públicas de saúde para idosos. Nesse sentido, esta pesquisa objetiva refletir sobre as ações de saúde em conformidade com o disposto no artigo 18 do Estatuto do Idoso, atual política pública para idosos de nosso país (BRASIL, 2003).

Os objetivos específicos do trabalho são: identificar as formas de violência mais comuns perpetradas contra idosos internados na secretaria de saúde do hospital; analisar a opinião dos idosos sobre a violência vivenciada; analisar a visão dos profissionais que atendem a violência vivenciada; identificar se a equipe de profissionais da área da saúde está preparada para lidar com a situação.

Portanto, é necessário revisar continuamente os objetivos das políticas públicas de saúde propostas para buscar estratégias institucionais voltadas para a promoção social, garantindo a saúde e a proteção dos direitos humanos dos grupos mais vulneráveis (TEIXEIRA, 2002).

A violência contra os idosos é um problema que precisa ser superado com o apoio de toda a sociedade. Todos nós devemos criar uma cultura na qual as atitudes contra o envelhecimento sejam desencorajadas, para que seja aceito como parte natural do ciclo de vida.

A importância desta pesquisa contribui para a realidade de violência contra o idoso e os cuidados que a enfermagem deve ter quando inserida nessa realidade. Os idosos têm o direito de viver uma vida digna, livre de abusos, explorar e ter a oportunidade de viver com integridade, desfrutando e participando plenamente da vida social.

A pesquisa contribui com a área da enfermagem, preparando equipes para essa situação. Agrega à sociedade por contribuir para que a sociedade esteja alerta acerca da violência contra o idoso.

Trata-se de uma revisão de literatura, por meio da análise dos estudos científicos sobre a atuação do enfermeiro na redução das taxas de índice de violência ao idoso. A coleta de dados ocorreu no período entre junho e agosto de 2020 e os artigos foram consultados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Foram utilizados como critérios de inclusão da amostra os artigos publicados no período entre 2004 e 2019, 148 artigos contemplavam o tema por estarem mais atualizados sobre a temática escolhida. Foram extraídos das bases de dados supracitadas e relacionados com os descritores disponíveis na íntegra e gratuitamente.

O envelhecimento populacional é observado desde o nascimento da humanidade e no Brasil é o último dado demográfico da história. O progresso tecnológico reflete que o envelhecimento da população é mais causado pela tecnologia médica do que pelo investimento em políticas públicas (AGUSTINI, 2003, p.139).

Os artigos foram encontrados pela associação dos descritores, foram usados filtros como texto disponível e idioma português no período entre 2004 e 2019. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que contemplavam o tema abordado com data de publicação dentro dos padrões nas bases LILACS, TBDEF e SCIELO, totalizando seis artigos. Em seguida foi efetuada a análise dos artigos científicos e a caracterização em agrupamentos por semelhanças.

Desenvolvimento (Análise da política nacional de saúde do idoso: uma revisão de literatura).

Nas últimas décadas, as pessoas têm prestado cada vez mais atenção aos problemas de saúde relacionados ao envelhecimento, pois há um aumento da expectativa de vida da população mundial sem precedentes na história. Em todo o mundo, especialmente nos países periféricos onde a pobreza é evidente, há muita desigualdade, a busca pela qualidade de vida do idoso é um desafio, pois o aumento da expectativa de vida deve ser visto como uma valiosa conquista social.

As previsões mais conservadoras indicam que em 2020 nos tornaremos o sexto maior país idoso do mundo, com uma população de mais de 30 milhões. O envelhecimento populacional é um fenômeno global. No Brasil, as mudanças estão ocorrendo de forma radical e acelerada e do ponto de vista puramente demográfico esse processo se deve inteiramente ao contínuo e rápido declínio da fecundidade (CARVALHO; GARCIA, 2003, p. 867).

No entanto, os idosos no Brasil sofrem com a desvalorização das pensões, o medo, a depressão, a falta de assistência e atividades de lazer, são abandonados em hospitais ou abrigos e enfrentam dor. Bem como encontram obstáculos para garantir assistência por meio do programa de saneamento. Além da falta de informação, preconceito e desrespeito ao idoso, o investimento público é muito instável, incapaz de suprir as necessidades específicas do idoso. Faltam instalações adequadas, planos específicos e recursos humanos tanto em quantidade quanto em recursos (PARAHYBA; SIMÕES, 2006, p. 867).

É necessário efetuar medidas para manter as qualificações dos trabalhadores, capacitar profissionais de saúde, formular políticas públicas de saúde e outros aspectos considerados desumanizados na relação com os usuários do serviço público de saúde. O atendimento, a assistência e o relacionamento com os usuários dos serviços de saúde estão atualmente em discussão. O SUS formulou uma política de saúde pública e apesar de ter feito progressos consideráveis, ainda enfrenta a dispersão dos processos de trabalho na relação entre diferentes profissionais. Há dispersão das redes de enfermagem, instável interação entre as equipes e burocratização do sistema. Inclusive há uma verticalização devido ao baixo investimento em tratamento médico (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, p. 868).

O conceito proposto vai além do potencial e envolve várias atividades em termos de relações interpessoais, contatos e transações com outras pessoas, troca de informações, apoio emocional e assistência direta. O envelhecimento bem-sucedido não é apenas a falta de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambos são importantes, mas combiná-los com participação ativa na vida pode representar melhor o conceito. Como o autor exemplifica, as habilidades cognitivas e físicas são o potencial da atividade (ROWE; KAHN, 1997, p. 433).

O envelhecimento ativo foi definido como o processo de "otimizar oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida". O conceito objetiva transmitir uma mensagem mais abrangente do que o termo envelhecimento saudável, pois acredita que a participação está na vida. É um tipo de participação contínua, mesmo que limitada ao espaço familiar ou coexistindo com um certo grau de incapacidade, portanto, não é apenas a capacidade de permanecer fisicamente ativo ou estar inserido na força de trabalho. A influência de um conjunto de determinantes que interagem é reconhecida continuamente para o envelhecimento ativo (fatores econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços de saúde), transversalmente influenciado por aspectos relativos ao gênero e cultura. As políticas devem articular ações intersectoriais voltadas para esses determinantes (OMS, 2002, p. 58).

Desde a criação do Ministério da Seguridade Social e Assistência (MPAS), em 1975, para prestar assistência específica aos idosos no Brasil, o Ministério mencionou questões de saúde, renda e prevenção de asilo. Em 1976 foi estabelecido o primeiro documento Diretrizes Nacionais de Política para Idosos, que continha regras de política social para a população idosa (BERALDO, 2009, p. 153).

Depois que o primeiro Congresso Mundial do Envelhecimento em Viena, em 1982, apresentou o conceito de envelhecimento saudável, a política para a população idosa de idosos dependentes e vulneráveis começou a mudar por influências externas. O conceito foi incorporado pela Constituição Federal do Brasil em 1988 (BRASIL, 1988).

Embora haja sérios atrasos na formulação de políticas públicas pela importância de instituições, eventos e reuniões nacionais e internacionais que exigem que os governos incentivem sua formulação e gestão, sua configuração concorda com as recomendações de políticas internacionais, especialmente no que diz respeito ao envelhecimento saudável, o conceito de globalização, ativos e suas necessidades. A estrutura legislativa do Brasil para a população idosa é razoável, pois é estabelecida por profissionais com experiência no campo (BRASIL, 1990).

O crescimento da população idosa é o resultado de dois processos: a alta taxa de fertilidade observada nas décadas de 1950 e 1960 e o declínio na taxa de mortalidade da população idosa em comparação com a taxa de fertilidade atual. Por um lado, o declínio na taxa de fertilidade mudou a distribuição etária da população brasileira, tornando a população idosa cada vez mais importante, levando ao envelhecimento básico. Por outro lado, a redução da mortalidade leva ao aumento do tempo de experiência dos idosos, ou seja, aumenta o topo da pirâmide e faz com que envelheça (CAMARANO, 2002, p. 26).

A visão representa um processo de perdas e está sendo substituída pela consideração de que a última fase da vida é um momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal. O alongamento da vida com melhores condições de saúde, bem como a ampliação da cobertura da previdência social em quase todo o mundo ocasiona uma mudança de percepção do que seria a última etapa da vida (LASLETT, 1996, p.83).

Informar as pessoas acerca da experiência e do conhecimento da vida real são métodos educacionais. O eixo metodológico deve criar um ambiente de troca mútua ajudando a expressar e refletir sobre como as pessoas lidam com a saúde e a doença de acordo com as dificuldades que enfrentam e as estratégias diante da adversidade Social. Este reconhecimento dos outros é um elemento no processo de aumento da autoestima. Pois, precisam ter um impacto no nível individual (autocuidado da saúde) e coletivo (participação social e política). O autocuidado depende da autoestima de todos como indivíduos e cidadãos.

Em todos os países do mundo a alteração das características da idade é um fato novo, pois historicamente nunca tiveram uma chance maior de atingir a velhice. Muitos idosos causam problemas sociais, econômicos e de saúde, o que exige decisões legais e políticas públicas para apoiar o processo de envelhecimento do Brasil atendendo esse grupo demográfico (DUARTE, DIOGO, 2000).

No entanto, para prestar cuidados adequados ao idoso, bem como amenizar a gravidade de seus problemas funcionais devem ser formuladas políticas sociais e de saúde viáveis. No Brasil, o desafio para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida aos idosos, uma população que supera 32 milhões, com baixos níveis socioeconômicos, educacionais e alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003).

Lidar com pessoas idosas que sofrem de estigma e preconceito sociocultural, criar raízes e aumentar a autoestima são estratégias essenciais. É possível reagir aos preconceitos e contribuir para a mudança gradualmente mudando a imagem social da velhice.

Como sabemos, as ações do governo nas políticas públicas de saúde envolvem pesquisas sobre planos básicos de saúde, observação de sua organização, prática profissional na comunidade e intervenção profissional na proteção dos direitos humanos (TEIXEIRA, 2002).

O controle patológico é parte integrante da promoção de doenças infecciosas. O envelhecimento ativo pode significar, mas não ser limitado ao uso de medicação. O autocuidado deve ser baseado principalmente em seu potencial não médico para reconstruir as necessidades de saúde ampliando o suprimento das necessidades vitais, não apenas o serviço. Portanto, os tópicos envolvidos na ação de atividades educativas devem ir além das doenças e dos fatores de risco. Precisam englobar o envelhecimento, sexo, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos e inúmeras outras expressões. As necessidades e interesses das pessoas com quem você trabalha são as dimensões da vida. É preciso haver debates que abordem o assunto.

As situações de fragilidade desse grupo aumentaram rapidamente, o que exigiu a regulamentação do SUS. O Brasil se organiza para resolver as crescentes necessidades do envelhecimento da população e se prepara para enfrentar a saúde e o bem-estar dos idosos (BRASIL, 2009).

O direito à saúde é reafirmado em nível de enfermagem, garantindo os direitos sociais do idoso. Nesse sentido, a Política Nacional do Idoso promulgada em 1994 foi afetada desde 1948, e em 3 de junho de 1996 criou condições para promover a autonomia do idoso, sua integração e efetiva participação na sociedade (BRASIL, 1994).

Conforme Ramos (2003), o envelhecimento ativo é o desejo básico de melhorar a vida e depende das condições sociais e políticas públicas que garantem a cidadania básica adotando práticas mais saudáveis como uma alimentação balanceada e

espaços para atividades físicas, dando sentido social e profissional, lazer, além do acesso aos serviços de atenção e prevenção.

Portanto, o desafio do Brasil no século XXI é fornecer suporte de qualidade de vida aos idosos, um grupo com baixos níveis socioeconômicos e educacionais que sofre de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003, p. 868).

Há muita discussão sobre a humanização na atenção à saúde, o que pode ocorrer por sua relevância básica, pois é baseada em princípios como justiça, integridade da assistência. Existe um novo modelo de atenção para estratégias de cuidado e gestão do SUS, bem como o treinamento para profissionais de saúde (LIMA, 2010, p. 868).

Com base no conceito de assistência médica no campo da saúde (biologia humana, ambiente, estilo de vida e estrutura organizacional), o documento acerca do tema discute as limitações do aumento do investimento em assistência médica para melhorar a saúde das pessoas. O desenvolvimento do conceito contemporâneo de promoção da saúde é baseado no Informe Lalonde (documento do Canadá para ajustar a política de saúde), publicado em 1974 (TERRIS, 1996, p.37).

A responsabilidade social pela saúde é fortalecida e é necessário "estabelecer metas para ações políticas e comportamento pessoal". O objetivo é criar um "clima favorável à saúde", reconstruindo os vínculos entre saúde e bem-estar social, qualidade de vida coletiva e qualidade de vida individual. Enfatizando que a tensão entre as dimensões individual ou coletiva da intervenção em saúde está relacionada ao aspecto histórico da composição do campo, uma das limitações dos métodos tradicionais de educação em saúde, uma de suas forças motrizes (Kickbusch, 1996a).

A promoção da saúde teve origem na educação em saúde e seu processo evoluiu de acordo com a ênfase ao longo da história da saúde pública. Segundo o autor, atualmente essa visão é baseada em uma visão ecológica abrangente da saúde pública, na qual não há separação entre o indivíduo e o meio ambiente, considerando como um todo (KICHBUSCH, 1996, p. 24).

A utopia está longe de refletir uma saúde perfeita, mas protege o corpo com fins estéticos, individualistas e de marketing para manter uma boa capacidade de vida, mesmo no caso de velhice, doença e limitação. Tendo em vista a natureza intensiva do debate, seu entendimento aprofundado ultrapassa o escopo deste trabalho, pois a própria saúde não deve ser vista como meta, mas como base da vida cotidiana, a realização do desejo e da satisfação no local de trabalho, uma ferramenta do curso de vida (ASSIS, 2005 p. 22).

Há pouca disseminação do conhecimento em geriatria entre os profissionais de saúde. A falta de coordenação entre instituições de ensino superior e as novas realidades demográficas e epidemiológicas resultam em escassez de recursos humanos e materiais para o atendimento de idosos. No campo da saúde, a maioria dos cursos de graduação não possui conhecimento sobre o processo de envelhecimento, o que dificulta a abordagem interdisciplinar e multidimensional preconizada pelo PNSPI (PAPALÉO NETO; YUASO; KITADAI, 2005).

A estrutura das políticas, a formulação e o lançamento exigem que seus gerentes monitorem o processo de implementação. Essa etapa requer estratégias e ferramentas de avaliação muito sensíveis e confiáveis para apontar dificuldades específicas. As políticas públicas para idosos são inovadoras, embora as ferramentas estejam começando a aparecer e possam ser colocadas em prática por meio de medidas específicas. Dessa forma, como o conhecimento de políticas para idosos é limitado aos profissionais de saúde, se torna um obstáculo. Em conexão com a necessidade de introduzir a medicina geriátrica no currículo é necessário estabelecer

uma cultura nacional de enfermagem para idosos, para que obtenham cuidados de saúde. As informações sobre os direitos e obrigações dos idosos abrangem todos os cidadãos que entrarão em contato com eles, pois o cenário social dessa classe deve despertar atenção e respeito. Há também a necessidade de inserção da disciplina de Geriatria e Gerontologia (WILLIG, 2012, p.576).

As categorias de causas externas incluem mortes causadas por acidentes em transporte público, acidentes de trânsito, quedas, homicídios, afogamentos e envenenamentos. Muitos motivos abrangem a circulação de idosos em locais públicos, embora existam leis para padronizar o trânsito seguro, ainda são insuficientes. Conforme os idosos usam o espaço das ruas em suas rotinas ficam mais vulneráveis aos acidentes. Diante da situação de óbito da população idosa foi realizada uma análise mais detalhada do impacto da taxa de mortalidade, reconhecendo que pode inferir no cotidiano dos idosos no Brasil (CAMARANO, 2004, p.43).

Em seu livro "Introdução à lei do idoso", Agustini apontou a crescente atenção do Brasil voltada para a legislação para idosos e vinculando-a aos direitos dos idosos. A Constituição Brasileira de 1988 foi a primeira que tratou os idosos como uma questão social que ultrapassou o escopo da assistência previdenciária e garantiu proteção na forma de assistência social. No entanto, o autor explicou claramente sua preocupação em separar os direitos da terceira idade dos direitos na terceira idade. Entende o primeiro como uma variante do direito à vida e, portanto, é mais abrangente e abrangente do que proteger os direitos sociais dos idosos. Para todos os envolvidos no processo de envelhecimento, ou seja, para aqueles que desejam experimentar os estágios da vida da melhor possível, o desafio é "criar regras que tenham legitimidade formal e moral e, portanto, eles são legais e legais, também são factualmente válidos e eficazes" (AGUSTIN, 2003, p.142).

O foco central do PNSPI é "restaurar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, e direcionar medidas de higiene coletiva e pessoal para esse fim, de acordo com os princípios e diretrizes do sistema unificado de saúde. Todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade" (BRASIL, 2006a, p. 3).

Nessa perspectiva, questões de educação em saúde, qualificação e treinamento de recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento passam pelas diretrizes que norteiam tal política. As ações de responsabilidade conjunta do gerente do SUS, educação, ciência e tecnologia e outros departamentos esclarecem esses princípios entre os departamentos. Não há dúvida de que a velhice é uma etapa do ciclo de vida e sua particularidade requer cuidados médicos especializados, portanto, precisa de pessoal qualificado (MARTINS, 2007, p.5).

Nesse contexto, e nas mudanças demográficas e epidemiológicas previstas, considerando o eixo sócio-histórico e sócio-político, quais são as políticas públicas que o país implementou para beneficiar o bem-estar dos idosos? O tópico em discussão pretende conhecer os detalhes do objeto para entendê-lo. Isso não invalida as tentativas de buscar relacionamentos que expandam e complementem o entendimento das interfaces de política e dos idosos (FERNANDES, 2012, p. 7).

Medidas educacionais de saúde não podem determinar as intervenções de saúde no envelhecimento ativo, determinantes sociais do ambiente produtivo e políticas públicas, mas podem ser expressas de forma vívida de acordo com o compromisso social do sistema de enfermagem enfrentando juntos os desafios no processo direção. Ao enfatizar a participação é necessário fornecer oportunidades de participação com criatividade, promovendo o desejo de pensar a vida e atuar na construção dos outros. Uma realidade favorável para a qualidade de vida do idoso.

É preciso considerar suas particularidades. Portanto, embora a legislação brasileira sobre cuidados de idosos seja avançada, a abordagem ainda não é satisfatória. A pesquisa possui dois pré-requisitos interdependentes: a supervisão e a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso na unidade básica de saúde, procedimento de supervisão que deve suprir as crescentes necessidades da população idosa (BRASIL, 2009).

O idoso precisa receber um novo olhar dos profissionais, sem priorizar a doença, mas sua função. Para os idosos, a saúde não se limita ao controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, mas inclui a interação entre saúde física e mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social. As estratégias de atenção básica e da família apontam para a não especificidade do cuidado ao idoso, o que afeta seu bem-estar (BRASIL, 1994).

O trabalho de higiene tem como premissa o patrimônio e requer necessariamente a socialização, cooperação e formação de grupos e redes. O contexto contemporâneo também exige a absorção contínua de novos conhecimentos, tecnologias, e o desenvolvimento contínuo de habilidades de comunicação e gerenciamento de informações. Sem mencionar a convivência diária com várias formas de sofrimento, que impactam irreparavelmente na saúde, na doença, no universo da vida, da morte, no corpo e na mente. Os profissionais de saúde são responsáveis por melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação do usuário. No entanto, a particularidade do trabalho deve ser considerada, a geração de cuidados e práticas humanizadas que envolvem o uso extensivo de capacidades físicas e mentais, intelectuais e emocionais, incluindo a troca de emoções e conhecimentos (HENNINGTON, 2008, p. 869).

Os profissionais têm a oportunidade de construir uma base mais produtiva na prática de higiene compreendendo o corpo. É preciso observar a relevância dos valores internos e do caráter no autocuidado saudável trazendo questões sociais, políticas e econômicas que constituem barreiras para o debate ou dificuldades do processo. Pode atrair a atenção para as necessidades sociais de saúde e as questões de participação.

Os tópicos relacionados foram amplamente discutidos na literatura, mas ocorrem na prática apenas por meio da internalização das recomendações humanizadas pelo pessoal da agência de saúde, por conta das mudanças de comportamento envolvidas. No ambiente hospitalar, a humanidade ainda é enfatizada no diagrama pessoa e cliente, que mostra que pouca atenção é dada ao cuidado e humanização dos trabalhadores sujeitos (AMESTOY; SCHWARTZ, E; THOFEHRN, 2006, p. 869).

Acredita-se que "a abordagem da promoção da saúde deve ser consistente com o diálogo, a pedagogia crítica, reflexiva e problemática e com os princípios da filosofia de Freire". De fato, a possibilidade de inovação nesse campo depende do comprometimento do agente com as práticas emancipadoras que envolvem a aprendizagem e a maneira como as ações de educação em saúde são realizadas (MELLO, 2000, p.114).

Os princípios questionam a educação em saúde tradicional que limita a disseminação vertical de informações técnicas e está fora das condições de vida da população. A metodologia teórica da região está enraizada na filosofia de ensino de Paulo Freire e pode ser resumida em: saúde é o conceito de qualidade de vida; avaliação da cultura popular e sua interação com o conhecimento tecnológico; promoção de processos de diálogo e reflexão; priorização de métodos de participação. Escolhas filosóficas e políticas opressivas comprometidas com a justiça social e

fortalecendo os movimentos sociais, visando afirmar a humanização, a emocionalidade e a praticidade do sujeito (VASCONCELOS, 2001, p. 121).

A hipótese do trabalho é que dada a predominância de um modelo de políticas sociais que privilegia o enxugamento do Estado em quase todo o mundo, as famílias são cada vez mais requeridas para cuidar dos segmentos mais vulneráveis. Em muitos países é a única alternativa de apoio para a população idosa. Isso ocorre tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os membros se ajudam na busca do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de conflito cooperativo que cruza diferenças entre homens e mulheres e divergências intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares. A família é uma das instituições mais importantes e eficientes para o bem-estar dos indivíduos e a distribuição de recursos. Ela intercede na relação entre o mercado e os indivíduos, distribui rendimentos entre os membros, faz a intermediação entre o Estado e o indivíduo, redistribuindo direta ou indiretamente os benefícios recebidos. Portanto, a política define as diretrizes que norteiam todas as ações do setor saúde e aponta as responsabilidades institucionais para alcançar os objetivos propostos. Além disso, orienta o processo de avaliação contínua que deve acompanhar o processo de desenvolvimento da PNSPI, mediante o qual possibilitará o eventual redimensionamento ditado pela prática. De acordo com a lei, a secretaria de saúde prestará aos idosos serviços e ações para a promoção de saúde, reabilitação e proteção. A cooperação deve ser desenvolvida entre agências governamentais, diferentes agências sociais e de saúde que atendam ao envelhecimento (BRAGA, 2005).

É o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança que objetiva melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento. Envolve políticas públicas que promovem estilos de vida mais saudáveis e seguros em todos os ciclos de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) está em um estado de envelhecimento ativo, se concentra nos idosos para reconhecê-los como participantes ativos e guias de vida nas questões familiares e comunitárias (FERNANDES, 2012, p. 52).

É importante ressaltar que aproximadamente 75% dos idosos vivem de forma independente e não precisam de ajuda em atividades diárias. Para esta população devem ser mantidas as atividades de promoção e prevenção para que vivam com independência mantendo sua cidadania. Por outro lado, cerca de 20% a 25% dos idosos desenvolveram algum grau de dependência. Essas pessoas precisam ser tratadas de forma diferenciada na saúde e em outros setores. Estima-se que cerca de 70% e 80% dos idosos dependam parcial ou totalmente dos serviços públicos de saúde. Isso fomenta a reflexão de que os serviços públicos de saúde precisam se adaptar ao envelhecimento da população, especialmente na atenção primária à saúde (IBGE, 2010).

Este debate avalia a experiência acumulada em serviços médicos ambulatoriais e de acordo com o princípio da educação universal em saúde são realizadas atividades de educação para idosos.

Isso motiva o objetivo deste estudo, que visa revelar as contradições no cuidado humanizado do enfermeiro em UTI por meio de investigações dialéticas com enfermeiros, pacientes e familiares da UTI do Hospital Universitário de Santa Catarina. Constataram que é preciso inserir a enfermagem humanizada em uma rede complexa, compreender como a enfermagem tem dado lugar ao vínculo entre as pessoas para minimizar a dor física e mental, e ao mesmo tempo separar a doença grave por meio

de uma estratégia implementada pelo enfermeiro efetuando a produção de higiene na rotina da unidade de terapia intensiva (PINHO; SANTOS, 2008, p. 870).

Na perspectiva do Plano de Saúde da Família (PSF) é essencial que os profissionais contratados se comprometam com o pré-requisito básico de humanização para que tenham a capacidade de observar as necessidades do território pelo qual são responsáveis. É importante entender quaisquer vulnerabilidades reais e potenciais que possam causar sofrimento (CHAVES; MARTINES, 2003, p. 870).

O eixo temático é formado pelos aspectos positivos da saúde, prevenção e controle de doenças, condições comuns e direitos sociais dos idosos. O objetivo é que esses eixos sejam de importância estratégica para o cultivo e a promoção da autonomia do idoso aprimorando as condições dos sujeitos políticos na luta pela dignidade. As atividades educacionais para promover a saúde do idoso devem incentivar as pessoas a refletir sobre o envelhecimento, estimular o desejo de vida e a participação em investimentos. Com base na estrutura da conferência, as pessoas podem estar intimamente conectadas e valorizar sua trajetória de vida e conhecimento para garantir o direito de conhecer e debater tópicos de saúde e cidadania (ASSIS et al., 2002, p. 8).

Até certo ponto isso pode ser diferente, portanto, esses comportamentos não terminarão com o poder psicológico apontado ou com o senso de controle sobre a própria vida. A estratégia de autoestima é uma unidade fechada, mas combinada com essa experiência pode ser desenvolvida na qualificação para autorizar as ações políticas tomadas por comunidades ou indivíduos interferindo na realidade, bem como no nível macroestrutural. São necessárias algumas reflexões sobre autocuidado e participação considerando que a relação entre educação e saúde é horizontal, os referenciais de ação adotados pela educação em massa não se concentram apenas na educação ou na ação coletiva, mas sugerem que a redefinição da atitude dos profissionais em relação aos grupos de usuários seja usada no cuidado diário com idosos. A conscientização educacional recomendada pretende promover a saúde e exige prática para lidar com problemas fornecendo informações, autocuidado em saúde e buscando ser coletiva e envolvida (CARVALHO, 2004, p. 669).

O objetivo é criar condições favoráveis para a longevidade e a qualidade de vida. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, interpretam essas vantagens como a necessidade de prestar cuidados especiais ao grupo a partir de estratégias para aumentar a saúde dos privilegiados com a longevidade. A Política Nacional da Pessoa Idosa, promulgada em 1994 e formulada em 1996, garante os direitos sociais das pessoas idosas e cria condições para a promoção da autonomia delas, sua integração social e efetiva participação na sociedade em todos os níveis (BRASIL, 1994).

A sociedade pode suprir as necessidades dos idosos. Os preceitos contidos no Estatuto do Idoso são o reflexo do Plano de Ação proposto no Segundo Congresso Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid em 2002. A Lei da Pessoa Idosa aprovada em 2003 regulamenta os direitos das pessoas idosas, incorpora leis e políticas previamente aprovadas em um único instrumento. Novas questões surgiram, como cuidados domiciliares e proteção para idosos em risco social (WHO, 2002).

Em primeiro lugar, os filhos adultos, solteiros ou casados devem ser dominantes. Claro, isso significa diferentes condições de vida. As diferenças entre famílias com idosos e famílias sem pais e mães solteiras com filhos não são apenas proporcionais. Esta última ocorre principalmente por separação ou arranjo de

mulheres solteiras com filhos, mães solteiras ou filhos com famílias idosas (CAMARANO, 2004, p.53).

Do ponto de vista demográfico é evidente a tendência crescente de mais idosos participarem da população em idade ativa (PIA). Esse efeito demográfico combinado com as tendências recentes na relativa estabilidade das taxas de atividade dos idosos aumenta a participação dos trabalhadores com mais de 60 anos no Brasil. Dentre as várias consequências do aumento da proporção de idosos na população brasileira há a participação na força de trabalho. A renda do trabalho dos idosos é a base de sua renda pessoal e familiar, assim é difícil esperar um mecanismo de compensação que reduza a participação dos idosos no mercado de trabalho (CAMARANO, 2004, p. 461).

Métodos de autocuidado podem promover a participação em políticas para integrar aspectos objetivos e subjetivos da saúde, politizar seus determinantes sociais e compartilhar formas de compreensão diminuindo as resistências, as dificuldades e melhorando as potencialidades que encontram no lidar com a saúde e a cidadania.

A convenção da vida é um dos pontos chave expressos de forma clara e integral pelo gestor do SUS, há um compromisso público com a construção da convenção da saúde. Na busca pela integralidade e implantação da PNSPI, a saúde do idoso é a terceira na educação a distância no plano, o foco na formação dos profissionais de saúde foi transformado em ações estratégicas, cujos conteúdos terão como alvo o processo de envelhecimento, a higiene pessoal e a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b). A abordagem do cuidado de idosos precisa ser global, interdisciplinar e multidimensional considerando a enorme interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde e a importância ambiental dos idosos. Precisa ser flexível e adequada particularmente ao cliente. Para suprir a demanda e tomar medidas para garantir a vida e a saúde das pessoas com 60 anos ou mais, o governo brasileiro aprovou o Estatuto do Idoso. A identificação e o reconhecimento das redes de apoio social e suas necessidades fazem parte da avaliação do sistema para prevenir e detectar precocemente o cansaço de quem cuida a fim de promover a autonomia e a independência do idoso, estimulando-o ao autocuidado com grupos de autoajuda e cuidadores (PNSPI, 2006 p. 9).

As necessidades permeadas pela subjetividade, objetividade e hábitos saudáveis condizem com a singularidade dos cuidadores e destinatários do cuidado. No entanto, na realidade faltam recursos humanos profissionais para cumprir as orientações básicas, promover o envelhecimento saudável e manter a capacidade funcional. Ainda é possível constatar que muitos idosos estão organizando consultas médicas especiais, exames e internações. Portanto, o país deve observar a própria política pública de saúde e priorizar o atendimento digno aos idosos. É necessário formar profissionais de saúde e verificar as particularidades das atividades de saúde diante das necessidades do envelhecimento humano (PNSPI, 2006 p. 9).

É importante considerar possíveis ajustes nas determinações da prática e na orientação do processo de avaliação contínuo que devem acompanhar o processo de desenvolvimento. Sua execução inclui a definição ou adequação de planos, programas, projetos e atividades setoriais de saúde direta ou indiretamente relacionados aos objetivos. Ao traçar diretrizes e estratégias solucionando os problemas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é possível propor metas básicas para o envelhecimento da população brasileira. O Decreto n.º 2.528 da General Motors, de 19 de outubro de 2006, instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI), que visa garantir que os idosos brasileiros recebam os cuidados

adequados e dignos para a integração na sociedade. A política define diretrizes para todas as ações do setor saúde e aponta as responsabilidades institucionais para a implementação das recomendações (BRASIL, 2009).

Manter a saúde e a autonomia do idoso são consideradas práticas da boa qualidade de vida munida de habilidades físicas, mentais e sociais para manter o sentimento de realização nesse período da vida. Esta é uma perspectiva necessária para reduzir o impacto de questões extremamente complexas e delicadas relacionadas ao cuidado dos idosos. Conforme essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas promovidas no campo do envelhecimento surgem as políticas modernas destacam as questões de saúde.

A concretização deste direito é uma conquista, especialmente para proteger as pessoas e criar bases para que todos (família, sociedade e país) possam proteger e ter respeito pelos idosos. O Estatuto do Idoso prioriza os serviços gerais e os clientes que apresentam certo grau de dependência. O Estatuto confirma os princípios que norteiam as discussões sobre os direitos humanos dos idosos. Além do cuidado e do tratamento é possível garantir a melhoria da qualidade de vida do idoso no convívio familiar e social por meio de ações básicas de prevenção secundária, reabilitação e promoção da saúde (RODRIGUES et al, 2007). O estatuto enfatiza a interface entre a intersectorialidade e o direito à saúde:

- A lei enfatiza a relação entre o sexo intersectorial e o direito à saúde: Incorpora o conceito de integridade do cuidado, afirmando que “o idoso goza de todos os direitos básicos inerentes ao homem sem comprometer a proteção integral de que trata esta lei, garantindo assim (...) todas as oportunidades e facilidades para serem livres e manter a saúde física, mental e o progresso moral, intelectual, espiritual e social em condições de dignidade (Art. 2).
- Por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), garantir a prestação de atenção médica integral para a pessoa idosa, com um conjunto claro e contínuo de ações e serviços que garanta o acesso universal e igualitário à prevenção, promoção, proteção e restauração da saúde (art. 15).
- Resolveu de forma consistente o problema de recursos humanos: as instituições de saúde devem cumprir padrões mínimos para atender aos idosos, promover a formação e a qualificação dos profissionais, além de orientar os trabalhadores de assistência domiciliar e grupos de autoajuda (artigo 18). Requer a inserção de conteúdos relacionados ao processo de envelhecimento, eliminação do preconceito e valorização social da pessoa idosa em cursos com diferentes níveis de ensino formal (artigo 22).

Nesse plano, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o principal profissional da equipe, pois possui um conhecimento mais aprofundado sobre as características da comunidade e faz parte da equipe de saúde da família (ESF) da Secretaria de Saúde e Família. Portanto, grande parte das responsabilidades de humanização no PSF é transferida para profissionais que não receberam formação na área da saúde, ou seja, é necessária uma formação criteriosa e suficiente. Por outro lado, no caso da atenção domiciliar é possível considerar a estratégia de desenvolver relações interpessoais por meio dos vínculos estabelecidos entre trabalhadores e usuários (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 870).

Além disso, na perspectiva do usuário, as facilidades oferecidas para a existência de serviços de atenção domiciliar ao idoso se relacionam com a garantia da resolução de seus problemas de saúde e a segurança oferecida pelos trabalhadores. Os autores concluíram que as relações estabelecidas e a contextualização do cuidado proporcionam um vínculo real que os faz sentir-se valorizados e amparados. As

peças se sentem seguras e confortáveis com a atenção que recebem. Além disso, quando as ações suprem as necessidades dos usuários justificam o cuidado humanizado, pois não é um trabalho desenvolvido de forma desvinculada da realidade, mas formulado de acordo com circunstâncias específicas. O processo de relacionamento entre trabalhadores e usuários deve garantir o desenvolvimento do trabalho humanizado, Kerber e colaboradores (2008) analisaram o significado do vínculo entre trabalhadores e usuários em serviços de atenção domiciliar para clientes idosos. A satisfação do usuário é relacionada ao atendimento de suas necessidades (KERBER; KIRCHHOF; CEZARVAZ, 2008, p. 870).

No conceito de promoção da saúde, "o idoso deve decidir livremente seu estilo de vida". Este modelo não é necessariamente concebido pelos profissionais de saúde. O autocuidado é uma estratégia básica para a promoção da saúde e deve ser visto como uma forma de expressão da autonomia. O autor restaura seu senso de autonomia moral como capacidade de autonomia do indivíduo e alerta que seu financiamento limitado no campo da geriatria equivale a manter a capacidade funcional (DERNTL, 1996, p.198).

Embora haja grandes atrasos na formulação de políticas públicas é necessário que instituições, eventos, conferências nacionais e internacionais estimulem a importância do governo em sua formulação e gestão, mas sua configuração é consistente com as recomendações das políticas internacionais. Principalmente sobre o conceito de envelhecimento saudável. A estrutura legislativa do Brasil para a população idosa é razoável porque é estabelecida por profissionais com experiência na área (BRASIL, 1990).

As questões educacionais mencionadas na Política Nacional Superior em conjunto com instituições de ensino federais, estaduais e municipais estabeleceram as atribuições do Ministério da Educação e Esporte. A PNSPI foi supervisionada em 2006 e seu principal avanço inclui o conceito de envelhecimento ativo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2002) para desvendar o mistério do idoso e avaliar sua participação na vida social e intergeracional (BRASIL, 1994; WHO, 2002).

Sua contribuição não é apenas para condenar o descumprimento da lei, mas para ser parceira do Poder Público construindo ações, planos e projetos de apoio, proteção e assistência aos idosos. Só a sociedade pode promover o desenvolvimento da luta pelos direitos da pessoa idosa, pela dignidade e pelo cumprimento das leis vigentes.

"A realidade do envelhecimento da população do país mostra que não há escolha a não ser fazer investimentos claros em programas de atenção aos idosos. O aconselhamento aos idosos é o objeto desse processo, e eles devem continuar a se mobilizar por seus direitos, não se esquecendo de exercer suas funções, principalmente continuar a dar exemplo de luta e perseverança".

"Ainda que lhes faltem as forças, que não lhes falte a palavra; ainda que lhes falte a voz, que não lhes falte a presença. Só assim mostrarão a todos que o envelhecer é como o pôr do sol que acontece a cada dia" (BETTINELLI; PORTELLA, 2004, p.110).

"Para que o Estatuto do Idoso realmente se torne uma ferramenta de mudança social, cada um de nós deve ser capaz de adotar a lei em nosso dia a dia para melhor tratar os idosos e os cidadãos que entram em contato conosco diariamente, ao invés de apenas esperar pelo governo ou algumas instituições para cuidar deles. A lei regula os direitos dos idosos e fornece medidas de proteção para eles".

A participação de toda a sociedade é fundamental para mudar a realidade dos idosos e humanizar a relação entre a sobrevivência humana e o envelhecimento (BRAGA, 2005 p. 179).

Assim são definidas as ações e as estratégias de cada órgão, são negociados os recursos financeiros entre as três secretarias de governo federal, estadual e municipal, que monitoram, controlam e avaliam ações para garantir que o idoso desfrute de todos

os seus direitos. É preciso garantir os direitos de todos os cidadãos, famílias, sociedade e país, a participação nas atividades comunitárias, dignidade, bem-estar e direito à vida. Portanto, o plano envolve ações de prevenção, tratamento e promoção para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Com a formulação do PNI surgiu um plano de ação abrangente do governo. O plano de ação é composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Esportes; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão; A Secretaria de Desenvolvimento Urbano objetiva orientar a implantação do PNI, uma ação abrangente (BRASIL, 1997).

É imprescindível considerar as necessidades básicas da população, entretanto tendo o país como principal fonte de recursos não há como investir na causa. Além disso, as políticas resultantes são descentralizadas e aprofundam o processo de exclusão garantindo os serviços e benefícios de apenas alguns países. De 1923 a 1965 surgiram os dois governos de Getúlio Vargas (Getúlio Vargas), o Brasil passou a dar atenção ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao aprimoramento econômico e suprimento das necessidades da classe industrial brasileira (MENDES et al, 2010, p. 34).

O perfil do centro de referência em atenção ao idoso deve ter requisitos técnicos mínimos, envolvendo instalações físicas, recursos humanos e técnicos, requisitos básicos ajustados que contemplam desde a atenção básica e atenção especializada até a proteção da saúde do idoso. Os hospitais gerais fazem parte do Sistema Único de Saúde. Embora não haja um centro de referência de atendimento, os hospitais gerais dispõem de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para o atendimento integral aos idosos em nível ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2002, p. 871).

O custo dos idosos muitas vezes é superior ao de outras faixas etárias, pois a prevalência de doenças crônicas e suas complicações fazem com que essa parte da população utilize frequentemente os serviços de saúde. As comorbidades em idosos são comuns. Proporcionalmente, os idosos têm mais ataques de doenças, geralmente crônicas, que aumentam os gastos médicos (AMARAL, 2004, p. 871). A experiência e o conhecimento que auxiliam as pessoas a praticarem a vida são a base dos métodos educativos e o eixo metodológico deve ser estabelecer um ambiente de comunicação mútua com expressão e reflexão sobre como as pessoas lidam com a saúde e a doença observando as dificuldades que enfrentam. Estratégias correspondentes devem ser adotadas ao enfrentar adversidades no ambiente social. Esse reconhecimento do outro é um fator de aumento da autoestima das pessoas, dimensão necessária para impactar nos níveis individual (autocuidado saudável) e coletivo (participação social e política). Até certo ponto, o autocuidado depende do valor próprio de cada pessoa como indivíduo e como cidadã. O autocuidado deve ser visto, prioritariamente, como sua potencialidade de desmedicalização, suprimindo necessidades de saúde e ampliando a possibilidade de resposta que envolve a vida e os serviços. Portanto, os temas envolvidos nas ações educativas devem ultrapassar as doenças e os fatores de risco. Idade, sexo, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos e inúmeras outras coisas expressam as necessidades e interesses da população (ASSIS, 2009, p. 9).

Essas políticas parecem ser o resultado de ações iniciais formuladas pelo Serviço Social do Comércio e pela Sociedade Brasileira de Geriatria para chamar a atenção do governo para os problemas enfrentados pelos idosos e a necessidade de políticas específicas para o grupo. As conferências internacionais são decisivas para a promulgação de políticas e a incorporação do conceito de envelhecimento ativo. A

trajetória das políticas públicas para a terceira idade no Brasil mostra que seu surgimento é tardio e lento. O tempo entre o processamento e a aprovação é muito longo e sempre é afetado por eventos nacionais e internacionais. Isso é necessário para atender aos requisitos da “Lei do Idoso”, da “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” e proporcionar atendimento médico e promoção eficazes. O futuro da população idosa dependerá da adequada implementação das políticas e programas que facilitem o acesso aos bens e serviços, bem como sua integração e participação na comunidade para um envelhecimento digno e ativo (WILLIG, 2012, p. 577).

A primeira dificuldade encontrada é a definição da população idosa. O padrão cronológico de idade não é adequado, pois a categoria de idoso não pode ser definida apenas por esse padrão, ela é construída socialmente. Além disso, foi reconhecido que atua na faixa etária de aproximadamente 30 anos, o que gerou uma grande heterogeneidade nas subdivisões estudadas. Tentamos usar certos grupos de idade para destacar essas diferenças. Uma das conclusões é que a relação entre o envelhecimento e a dependência não é muito clara. Apesar de serem considerados idosos, ainda existem muitas pessoas cheias de energia e com boa saúde que entram no mercado de trabalho e até aposentam, assumindo funções inesperadas como apoiar outros familiares. Este trabalho expõe as condições de vida dos idosos no Brasil no período recente e tenta inferir se as condições de vida deles são diferentes. Explora também outros efeitos do envelhecimento no país e na família (CAMARANO, 2004, p. 71).

O aumento da expectativa de vida e a redução do grau de deficiência física ou mental são efeitos observados. As condições de vida dos idosos são melhores que as da população mais jovem, seus rendimentos são mais elevados, mais pessoas já pagaram sua moradia e deram uma contribuição significativa para a renda familiar. Nas famílias chefiadas por idosos uma certa porcentagem de filhos e netos vivem juntos. Um dos motivos é que os idosos têm rendimentos mais elevados que outros grupos (como os jovens). A renda do idoso muitas vezes é grande parte do orçamento familiar. As pensões desempenham um papel importante na renda dos idosos, principalmente das mulheres. A queda da taxa de mortalidade e a melhoria das condições de saúde proporcionadas por tecnologias médicas mais avançadas, a popularização da seguridade social, o acesso aos serviços médicos e outras mudanças tecnológicas proporcionam mais independência aos idosos no Brasil (CAMARANO, 2004, p. 71).

Porém, como um processo natural e previsível de evolução biológica, é óbvio que o indivíduo não ficará incapacitado porque envelheceu. Em outras palavras, a pessoa pode levar uma vida de qualidade sem todas as reservas funcionais. Portanto, a velhice não deve ser considerada uma doença, pois as doenças mais comuns podem ser prevenidas, diagnosticadas e tratadas. Como fenômeno biológico, o envelhecimento aparece em cada pessoa idosa de forma única. Se quantificarmos o envelhecimento reduzindo a função de cada órgão a velhice pode ser interpretada como um estágio de falência e distúrbios (MARTINS, 2007, p. 2). O

envelhecimento populacional no Brasil é o último dado demográfico da história. O progresso tecnológico significa que “o envelhecimento da população é mais causado pela tecnologia médica do que pelo investimento em políticas públicas” (AGUSTINI, 2003, p.139).

No Brasil, o direito universal e holístico à saúde foi reconhecido na Constituição de 1988, e o Sistema Único de Saneamento (SUS) foi instituído por meio da Lei do Saneamento Orgânico n.º 8.080/1990, que foi reafirmada. A compreensão desse direito considera as diferentes realidades e necessidades de saúde da população, o acesso universal

e justo aos serviços de promoção, proteção e reabilitação da saúde, ações e garantias de atenção integral. De acordo a lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, esses dispositivos constitucionais estipulam que as comunidades participam da gestão de um único sistema de saúde e do repasse de recursos financeiros governamentais (NOB) nas áreas de saúde e normas básicas de funcionamento (BRASIL, 1990).

Considerações Finais.

Conforme estudamos o envelhecimento da população nos deparamos com o declínio da capacidade física e mental, funções importantes, e o surgimento de doenças crônicas. Portanto, todos idosos em algum momento da vida necessitarão de cuidados de saúde.

Diante dessa situação há o questionamento: a equipe de enfermagem está preparada para prevenir, detectar e gerenciar a violência contra o idoso? A violência contra o idoso é objeto de procedimentos que a equipe de enfermagem deve realizar, observando as características comparáveis a qualquer tipo de violência vivida.

É preciso analisar e prevenir a violência contra o idoso, uma tarefa que deve ser observada pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidades médicas básicas e hospitais. Ao identificar as formas mais frequentes de violência contra o idoso no setor saúde hospitalar é necessário analisar a opinião dos idosos sobre a violência vivenciada; analisar a visão dos profissionais que participaram da vivência da violência e determinar se a equipe de profissionais médicos está preparada para lidar com a situação

Esta pesquisa contribui para a compreensão da realidade de violência contra o idoso e os cuidados que a enfermagem deve ter. Os idosos têm o direito de viver uma vida digna, livre de abusos, explorar e ter a oportunidade de desfrutar de uma vida íntegra, participando plenamente da vida social. O trabalho contribui para a área da enfermagem, pois prepara a equipe para a atuação nessa situação. Agrega à sociedade, pois contribui para que a sociedade observe e previna a violência contra o idoso.

Os resultados destacam a experiência adquirida por profissionais no reconhecimento da assistência ao idoso em situações perigosas. Este trabalho infere culturalmente sobre a falta de processos afetivos. O compromisso intergeracional e a solidariedade podem ignorar ou privar os idosos do direito de cuidado na família. Há necessidade de treinamento e qualificação dos profissionais de saúde. As precauções auxiliam os idosos e suas famílias para que promovam a saúde e os direitos garantidos por lei. É preciso verificar os idosos que correm alto risco para intervir, monitorar e encaminhar da melhor maneira aos cuidados de uma equipe bem preparada.

Referências

AGUSTINI F.C. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2003.

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.

ASSIS, M. (Org.) **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: <<http://unati.uerj.br>>. Acesso em: 10 abr 2005.

ASSIS, M. (Org.) **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: <<http://unati.uerj.br>>. Acesso em: 10 abr 2005.

ASSIS, M. de. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro, 2005, p. 1-15.

BERALDO CC, Carvalho MCBNM. **Política social de atenção ao idoso: trabalho social com idosos no SESC**. In: Barros Junior organizador. Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade. São Paulo: Edicon; 2009. p. 153-73.

BETTINELLI, L.A.; Portella M.R. **Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida**. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.

BRAGA PMV. **Direitos do idoso: de acordo com o Estatuto do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin; 2005.

BRAGA PMV. **Direitos do idoso: de acordo com o Estatuto do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin; 2005.p. 179.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado; 1988.

BRASIL. **Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília; 1997

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL, Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006^a. [citado 2009 out. 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

BRASIL. **Ministério de Saúde. Portaria** n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2009 out. 19]. Disponível

em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para Promoção, Proteção, e Recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2010 nov. 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>

BRASIL. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [Internet]. Brasília; 1994 [citado 1994 jan. 05]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

BRASIL, Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL, Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006b

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos Brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, 2004, p. 26-71.

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.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.669-677, 2004.

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.

DERNTL, A. M. As muitas autonomias e o autocuidado. **Gerontologia**, São Paulo, v.6, n.4, p.197-199, 1998.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu; 2000.

FERNANDES, M. T. de O. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.** São Paulo, 2012, p. 7.

FERNANDES, M. T. de O. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.** São Paulo, 2012, p. 7.

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.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 fev. 25]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010** [Internet]. Rio de Janeiro, 2010 [citado 2011 fev. 25]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZARVAZ, M. R. **Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária.** *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr.-jun. 2008.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: OPS. **Promoción de la salud: una antología.** Washington: OPS, 1996a. p.15-24. (Publicación científica, 557.

LASLETT, P. What is old age? **Viariatio over time and between cultures. Internacional studies in demography: health and mortality among the elderly, issues for assessmet.** New York: Oxford University Press, 1996 p. 83.

LIMA, T. J. V. de. **Humanização na Atenção à Saúde do Idoso.** São Paulo. 200, p. 868.

MARTINS, J. de Jesus. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.** Rio de Janeiro, 2007, p. 5.

MARTINS, J. de Jesus. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.** Rio de Janeiro, 2007, p. 2.

MELLO, D. A. Reflexões sobre a promoção da saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1149, 2000.

MENDES, A.M.C.P.; SOUZA-LIMA, J.E.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LOURENÇO, M.S.; GUARAGNI, M.V. **Políticas públicas, desenvolvimento e as transformações do Estado brasileiro.** In: Silva CL, Souza-Lima JE, organizadores. *Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável.* São Paulo: Saraiva; 2010. p. 3-34.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei nº 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, [Internet] 05 jan 1994 [acesso em 10 nov 2010].

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.

PAPALÉO Netto M; YUASO; D.R, KITADAI F.T. **Longevidade: desafio no terceiro milênio. O mundo da saúde.** 2005;29(4):594-607.

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.

PNSPI, Política Nacional do Idoso – **Declaração Nacional dos Direitos Humanos – Programa Nacional de Direitos Humanos.** Imprensa Nacional; 1998.

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 LR. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso,** São Paulo. *Cadernos Saúde Pública* 2003 maio/jun.; 19(3): 793-97.

RODRIGUES RAP; KUSUMOTA L; MARQUES S; FABRÍCIO, SCC; CRUZ, IR; LANGE, C. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem.** *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):536-45.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful ageing. *Gerontologist*, v.37, n.4, p.433-440, 1997.

TEIXEIRA EC. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Salvador: AATR; 2002.

VASCONCELOS, E. M. Sobre Educação Popular em saúde. *Interface*, São Paulo, v.5, n.8, p.121-126, 2001.

WHO, N.M.H.N.P.H. **Active ageing: a policy framework.** Geneve: World Health Organization, 2002, 58 p.

WHO (World Health Organization). **II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento.** Madri: World Health Organization; 2002.

WILLIG, M. H. **A trajetória das políticas públicas do idoso no brasil: breve análise.** Paraná, 2012, p. 574-577.