

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO *LATO-SENSU* EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO AO IDOSO NA
SAÚDE PÚBLICA**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO *LATO-SENSU*

Greice da Silva

Picada Café, RS, Brasil

2014

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO AO IDOSO NA SAÚDE PÚBLICA

Greice da Silva

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação a Distância
Especialização Lato-Sensu em Gestão de Organização Pública em
Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como
requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de
Organização Pública em Saúde**

Orientador: Dr. Ricardo Vianna Martins

Picada Café, RS, Brasil

2014

“Tudo aquilo que fizermos com cuidado significa uma força contra a entropia, contra o desgaste, pois prolongamos a vida e melhoramos as relações com a realidade.”

(Leonardo Boff)

RESUMO

O presente estudo é um artigo de reflexão baseado em bibliografias. Busca verificar a importância do acolhimento ao idoso no âmbito da saúde pública é fundamentado por artigos, conferências, livros e Estatuto do Idoso. Os resultados desse trabalho apontam que o acolhimento é um fator relevante para a população idosa, no processo saúde e doença, embora as construções teóricas acerca da temática sejam limitadas, é plausível o entendimento e a importância do tema.

Palavras – Chave: acolhimento, idoso, SUS

ABSTRACT

The present study is an article reflection based on the literatures. Seeking to verify the importance of reception the elderly in the context of public health it is reasoned by articles, conferences, books and by the Elderly Statute. The results of this work indicate that the reception it is an important factor for the elderly population in health and illness process, although the theoretical constructs about the topic are limited, it is plausible the understanding and the importance of the topic.

Keywords: Reception, Elderly, SUS

INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, houve um grande aumento de estudos e pesquisas sobre os idosos, devido à significativa elevação da perspectiva de vida dessas pessoas, são vários os fatores que contribuem para a longevidade. Para Lehr (1999) as sociedades precisam se adaptar a um número cada vez maior de pessoas idosas, aproveitando as capacidades e potenciais deste grupo populacional e criando estruturas que atendam as suas necessidades específicas.

O acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é um elemento, que tem papel fundamental no processo que visa à autonomia e melhor qualidade de vida para os idosos. “O acolhimento como ato ou efeito expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 2).

Através do acolhimento é possível que os profissionais da saúde possam apreender a realidade social que o idoso e a sua família vivenciam cotidianamente, permitindo assim, que as equipes de profissionais possam esclarecer e orientar a população idosa para que busquem o acesso aos seus direitos, proporcionando a intervenção na realidade, quando necessário. Os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, são profissionais que possuem competência técnica para utilizar esse recurso.

O acolhimento está vinculado ao profissional e ao usuário, além da sua trama de relações sociais, o fator fundamental é humanizar essa ligação, tendo o intuito de identificar o outro como cidadão em suas particularidades. “Para tanto, é necessário habilitar o profissional para uma escuta que consolide soluções apropriadas e que seja dada a atenção devida, a fim de solucionar as questões controversas” (ALMEIDA, 2011, p. 38).

Nesse aspecto, o acolhimento é um recurso indispensável e insubstituível, tendo como direção o encontro com a população idosa, permitindo o contato humano, através da escuta, que não deixa de ser tão importante, quanto às tecnologias que a medicina apresenta. Souza (2008) salienta que se faz necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves, que se materializam em práticas relacionais, como acolhimento e vínculo.

O acolhimento como instrumento técnico, e o idoso como cidadão com o direito de ser acolhido nos serviços públicos de saúde, são os eixos principais deste artigo. A reflexão é baseada nos resultados da pesquisa bibliográfica sobre o acolhimento e a Política de Humanização, o envelhecer, e o acolhimento ao idoso no SUS. Busca-se apreender a relevância desse processo de trabalho e o quão essencial torna-se para as pessoas idosas, além de possibilitar a compreensão dos desafios existentes para a efetivação da prática do acolhimento na saúde pública.

MÉTODO

O método utilizado para elaboração desse artigo teve como embasamento as revisões bibliográficas sobre os temas: acolhimento e a Política de Humanização, o processo de envelhecimento da população e o acolhimento do idoso no SUS. As revisões bibliográficas são debates de ideias, a partir da verificação de dados nas fontes teóricas (NETO, 2004, p. 84). A abordagem no campo teórico ocorreu de forma descritiva reflexiva. Essa por sua vez, busca oferecer fundamentos para as nossas ações alicerçadas em análises, através das literaturas. Reconheceu diferentes pontos de vista de forma reflexiva. (MARCOLINO; MIZUKAMI, 2008).

A pesquisa ocorreu através de livros, estes foram imprescindíveis, além das legislações pertinentes e por intermédio da internet. Tem como base estrutural a divisão de temáticas, acima destacadas. Todos os dados foram coletados no período do mês de dezembro do ano de 2013 a julho de 2014. A pesquisa compreendeu bibliografias publicadas no período de 1988 a 2013.

O QUE VEM A SER O ACOLHIMENTO E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O ato de acolher não pode ser visto como um processo simplificado, que qualquer um poderá fazê-lo, não se trata de um “simples agrado”, acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, créditos, receber, atender.

Solla (2006) por sua vez, destaca que o acolhimento é a humanização do atendimento na saúde. Diz respeito ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada. Refere, que o vínculo com a população usuária é fundamental, indo além do atendimento propriamente dito.

Fracolli e Zaboli (2004, p. 144) entendem que, o acolhimento nos serviços de saúde, “tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores de atendimento”. O envolvimento para a concretude do acolhimento é atribuição de toda a equipe profissional atuante na saúde. Além do paciente, os demais membros da família e responsáveis que o acompanham necessitam desse suporte.

No acolhimento existem técnicas teóricas e práticas, é a qualificação da relação, trabalhador e usuário, que deverá ter como princípios a questão humanitária, de solidariedade e de cidadania. Através desses princípios será possível haver a qualidade dos serviços prestados em saúde, além da vinculação de trabalhadores e usuários, porque estarão unidos nesse interesse comum (FRACOLLI; ZABOLI, 2004, p. 144).

Nesse tocante, o acolher implica uma postura ética e técnica do profissional, através do processo de escuta, informações, orientações para com o usuário, ocasionando a criação de laços de confiança entre ambas as partes, resultando de forma mais suscetível a humanização e a efetivação da política pública de saúde, configurando-se universalmente.

A humanização¹ na saúde tem suporte teórico, através de uma política criada em 2003, chamada Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), tendo como proposta, a qualificação das ações práticas de gestão e de atenção em saúde. Todavia, é uma função que desafia, porque necessita de uma nova posição por parte dos trabalhadores nessa dimensão da humanização, além da mudança de atitude por parte dos gestores e usuários. “Para a superação dos problemas e dos desafios do cotidiano, o campo da gestão e das práticas de saúde necessitam de novas éticas, para assim, concretizar a prática humanizadora” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.05).

A proposta da Política de Humanização da Atenção e da Gestão é a superação e criação de estratégias de enfrentamento das questões conflituosas e fragmentadas, através da qualificação da gestão, envolvendo os profissionais da

¹ A humanização é uma temática que aparece com ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000 (Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde, BRASÍLIA, 2009, p. 26).

saúde e novos posicionamentos dos usuários. A educação permanente², estudos e debates nos espaços de atuação são formas de potencializar a qualificação das práticas de atenção em saúde, que a PNH propõe. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50) referem que “as demandas para a educação em serviço são prioritárias, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização”.

A Política de Humanização destaca também, as adversidades existentes no campo da saúde. Essas adversidades são evidenciadas, através da desumanização que ocorre nos serviços de saúde, tanto por parte dos trabalhadores como pela população, essa por sua vez, enfrenta as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente aos problemas, em muitos casos a falta de respeito ao tratar os usuários, além do afastamento do processo que deveria ser participativo pela sua família, como em consultas e internações. Por parte dos trabalhadores de saúde, é existente a precarização na organização dos processos de trabalho e nas relações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A partir do Humaniza SUS, os problemas dos profissionais e usuários que buscam os serviços do Sistema Único de Saúde ocorrem cotidianamente nos espaços de trabalho e atendimentos. “São momentos em que os usuários se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011, p. 20). A integralidade em saúde, como enfrentamento para as fragmentações existentes, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso aos serviços de saúde, é destacada por Silva e Sena (2005). Tais autores consideram o processo saúde e doença em suas dimensões biológica, cultural e social.

Um dos princípios mais importantes e fundamentais é o da integralidade, porque é através deste, que se constata as necessidades particulares das pessoas ou grupo de pessoas, mesmo que mínimos em decorrência da população. Tendo em vista, que cada paciente seja atendido adequadamente, conforme as necessidades e graus de complexidade distintos (SUS – PRINCÍPIOS E CONQUISTAS, 2000).

² A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.49).

A integralidade como princípio do SUS, tem como fundamento o cuidado e a atenção com as subjetividades que cada pessoa traz consigo, uma postura acolhedora implica estar atento às diversidades culturais, racial e étnica. Para Alves e Silva (2008), o ato de acolher consiste em uma ação em que o trabalhador se responsabiliza pelo usuário enquanto este permanece no serviço. O autor Solla (2006, p. 215) destaca que as atividades de acolhimento têm como objetivo, “buscar ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde”.

Outra estratégia imprescindível é o controle social³, este é representado através dos três níveis de governo, Municipais, Estaduais e Federal, é um eixo que fortalece a efetividade do acolhimento e a política de humanização, portanto é construído coletivamente pelos trabalhadores de saúde, usuários, gestores. Cunha; Magajewski (2012) referem que, além de agregar mais legitimidade às ações setoriais e sustentação para os programas e políticas propostas, ampliam a possibilidade de escuta das necessidades dos usuários.

A partir das necessidades da população, são legitimadas as ações na área da saúde, como a Política Nacional de Humanização, que “aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 15). A possibilidade do cuidado em saúde centrado nos usuários é uma construção, que se dá a partir da efetivação do princípio da integralidade, pois redefine as práticas, a partir dos vínculos, autonomia e o acolhimento, valorizando as subjetividades do trabalho da equipe de saúde e as necessidades individuais de cada usuário, resultando em uma intervenção com qualidade.

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Conforme estudos realizados sobre o envelhecimento da população, “estima-se que no ano de 2025 o Brasil terá 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos e será o sexto país em número de idosos” (TERRA, 2005 apud AREOSA, 2007,

³ O sentido do controle social inscrito na Constituição de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. Considera os Conselhos de saúde “como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática” (BRAVO, 2000, p. 41).

p.139). Para o Estatuto do Idoso, estes são considerados com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define neste mesmo aspecto.

A Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos destaca, que uma das maiores conquistas culturais de um povo é o envelhecimento da sua população, porque é o reflexo das melhores condições de vida, que vem adquirindo ao longo dos anos. Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. “Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos e duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global” (Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2012, p. 1).

De acordo com os dados da Secretaria de Direitos Humanos, a qualidade de vida da população aumentou, considerando um grande avanço nas últimas décadas. Os fatores que determinam o aumento do número da população idosa estão relacionados com o avanço da medicina, as novas tecnologias na área da saúde, além da conquista dos direitos constitucionais, isto é, direito ao lazer, cultura, informações, educação, saúde. “O envelhecimento populacional é também uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007 p. 08).

Todavia, a idade traz as fragilidades, que podem ocasionar a perda laborativa, como também a autonomia. “Cada pessoa tem o seu tempo, o aumento da faixa etária ao longo da história, tem como pressuposto as melhorias nas condições de saúde e o avanço da tecnologia médica, bem como as políticas sociais” (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2000).

As fragilidades são inerentes à pessoa idosa, devido ao longo tempo de vida. Contudo, depende de cada pessoa e localização no seu espaço de vivências o grau de debilidade que poderá experimentar na velhice. Segundo o Programa Nacional da Pessoa Idosa, as políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, torna-se um meio de evitar as dependências, humanizando os cuidados, regulando à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da

população, possibilitando a garantia de espaços reflexivos e atividades estimulantes para o público alvo.

Nesse tocante, as ações que se traduzem em formas educativas na promoção da saúde com os idosos, beneficiam o processo de reflexão sobre o envelhecimento em seus diversos aspectos. Os encontros nos espaços que propiciam a formação de vínculos com outros idosos e a valorização de sua trajetória histórica e seus conhecimentos são importantes, além do acesso a informação e debates sobre temas que articulem saúde e cidadania. Assis (2005, p.8) destaca que “a pretensão é que possam ser estratégicos na capacitação e na promoção da autonomia dos idosos para neles potencializar a condição de sujeito político na luta pela dignidade do envelhecer”.

Para Assis (2005) a área da saúde possibilita estratégias para que se efetivem a autonomia⁴ e a valorização do idoso, tornando-o capaz de fazer parte do seu processo de envelhecimento de maneira coletiva, partindo do princípio de reflexão do seu processo de vida. A informação e orientação fornecida resultam em um suporte que proporciona melhores condições de vida, expandindo o conhecimento a cerca da velhice. Entretanto, Santos (2002) afirma que o ser humano, possui dificuldade em administrar a velhice, e não sabe se realmente deseja ansiá-la, porque a velhice na maioria das vezes vem associada à ideia de doença e de fragilidades. A pessoa idosa acredita que não terá mais a sua independência, poderá sentir vergonha da fragilidade, que atinge uma camada individual na qual o indivíduo sente-se solitário no decorrer dessa trajetória de vida.

Nesse caso Santos (2002) também aponta, que a pessoa idosa em algumas situações configura a velhice como um processo doloroso associado com o agravo da doença, porém nem sempre o envelhecer está vinculado à moléstia. Há uma tendência maior de desenvolver a doença, com o aumento da idade, o sistema imunológico humano diminui a capacidade de defender o organismo e, portanto, o indivíduo fica mais vulnerável às doenças, mas não necessariamente adocece. Peres (2004) salienta que se o idoso não aceitar o envelhecimento, sentirá vergonha do seu corpo, porque refletirá no espelho as rugas e a pele flácida, verá uma imagem que não quer conviver, podendo refletir em sua reclusão frente à vida.

⁴ Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. (ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE, 2005, p.3).

Mas por outro lado, Peres (2004), referencia que a pessoa idosa possui momentos de descobertas, algumas que lhe trarão prazer, e outros sofrimentos através do reflexo da imagem envelhecida, que aparentemente sem viço não encontrar forças para continuar a lutar contra as perdas. Em outro contexto (ROSENBERG 1992 apud SANTOS, 2002, p. 3), define a velhice como a época em que as “tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família já foram, pelo menos em parte, cumpridas e o indivíduo pode se sentir mais livre para realizar seus desejos”.

Manter a qualidade de vida física, mental e social é uma forma de conservar a saúde e a autonomia na velhice, é necessária para diminuir o impacto social que traz questões delicadas para o idoso. É nesse contexto, que há um destaque na promoção da saúde na área das políticas contemporâneas no que refere ao envelhecimento, que têm fatores relacionados às questões demográficas e socioeconômicas. Segundo Assis (2005) o campo da saúde é o que predomina em relação à velhice, é através desta área que ocorre o direcionamento para atitudes e atividades que favoreçam o envelhecimento ativo.

Todavia, a palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.3) No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. “Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.11).

Um dos conceitos de envelhecimento ativo está relacionado ao uso da tecnologia, são meios de manter ou inserir o idoso no mercado de trabalho através da área tecnológica, essa por sua vez, permite que o idoso tenha independência para atuar, além de ampliar o seu conhecimento. O autor Felix (2007), referencia como sendo importante para a inclusão no setor da tecnologia, que não se tenha a visão preconceituosa de que os idosos apresentam resistência ao uso de novas tecnologias. Para assim, consolidar uma política pública de inclusão digital dessa população, é um meio de mantê-los próximos e vinculados da sociedade atual, que hoje está relacionada às questões tecnológicas.

As exigências atuais no mundo, principalmente no mercado de trabalho são por pessoas que tenham conhecimentos tecnológicos, e o idoso também faz parte desse público alvo, possuindo os mesmos desejos e possibilidades de aprendizagem ao ingressar nesse domínio, destaca Felix (2007). “A contribuição do trabalho na renda do idoso é importante. Nessa perspectiva, o trabalho para o idoso aposentado, pode significar renda mais elevada, bem como autonomia física, mental e maior integração social” (CAMARANO, 2000; KANSO, 2000; MELLO, 2000, p. 60).

Tanto Felix (2007), como Camarano; Kanso; Mello (2000) consideram que o mercado de trabalho age diretamente na qualidade de vida do idoso, permitindo-os, que se sintam úteis para a sociedade e para si mesmos, possibilitando a inserção na vida social. “Os idosos representam uma força proeminente na sociedade e devem ser vistos como cidadãos de pleno direito e não, sobretudo, como vulneráveis” (ASSIS, 2005, p. 118). Para tanto, as políticas públicas são vias de acesso aos direitos da população idosa, fortalecendo o processo de cidadania e autonomia.

A Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (2012) destaca os Marcos Legais das conquistas, até então adquiridas, favorecendo o percurso de amadurecimento sobre o envelhecimento. Essas conquistas se materializam a partir da Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso (1994, Lei 8.842), Programa Bolsa Família, que atende 8 (oito) de cada 10 (dez) pessoas no Brasil, o conselho Nacional dos Direitos do Idoso (2002), além da elaboração e publicação do Estatuto do Idoso em 2003.

Para o idoso com 65 anos ou mais, existe o direito de receber 1 (um) salário mínimo, sem precisar ter contribuído com a previdência. Para adquirir este benefício é necessário que a renda familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo atualizado, esse é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e está vinculado a Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tem como gestão nesse processo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS).

Desde o ano 2000, a Lei 10.048 foi regulamentada e no seu artigo 1º decreta que, as pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, o artigo 3º, parágrafo I do estatuto do idoso referem: É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à

saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

Felix (2007) enfatiza que todas as adaptações necessárias nos espaços e serviços públicos existentes ou que necessitam ser criadas, estão associadas ao poder público local. Para o efetivo cumprimento das obrigações com relação à saúde pública, é necessário haver o monitoramento e avaliações dos orçamentos municipais, além do acompanhamento das políticas públicas. É de responsabilidade dos órgãos governamentais o suporte para que as legislações se efetivem.

A Revista dos Direitos da Pessoa Idosa (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2011) evidencia que é possível através dos Conselhos Estaduais e Municipais de idosos organizarem os seus ementários, para que ocorra a intensa participação de todos os envolvidos nos processos orçamentários de seus estados e municípios. A Lei nº 8.842 de 1994, cita o conselho do idoso como um órgão representativo que efetiva o controle social, possibilitando a participação da população idosa, a fim de manter informados sobre as políticas públicas, sendo umas das possibilidades de fiscalização sobre o andamento das mesmas.

Para finalizar, Amendoeira (2004, p.72) destaca que “a velhice parece não ter um momento preciso, ou mesmo conveniente para acontecer em nossas vidas. O sentimento de estar envelhecendo pode surgir muito cedo para alguns de nós e, para outros, não.” Cada um, reage de alguma forma ao processo de envelhecimento, é um processo individual, pois cada um traz consigo a sua história.

“Através da trajetória histórica e a soma de suas vivências, que os idosos têm muito a transferir para as futuras gerações, pois a criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã” (ASSIS, 2005, p.13). O autor Monteiro (2004, p.1) destaca que, “envelhecer é uma graça e um esforço, exige atenção aos processos de transformações no corpo, na auto – imagem, nos afetos e desafetos no espaço social, no valor profissional, no desempenho pessoal.”

O ACOLHIMENTO DO IDOSO NO SUS

O acolhimento tem uma grande relevância na saúde, é o processo de trabalho inicial do profissional dessa área, mas não necessariamente o único momento deste modo de intervir, contextualizando o quanto a promoção da saúde, centrada na qualidade de vida, passa assim, “a ser desenvolvida com a centralidade no usuário e no seu envolvimento ativo num processo de educação em saúde para o autocuidado” (GROSSI, 2006; GUILAMEION, 2006, p. 1).

Nogueira e Mito, (2006, p. 12), mencionam que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. “Vínculos deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa.” As autoras mencionam também, que os vínculos são fontes necessárias entre a equipe de saúde e os usuários, porque possibilitam um contato mais próximo, além de favorecer a concretude da autonomia das pessoas, essa autonomia é consequência das boas condições de vida e o acesso a tecnologia.

Um dos grandes desafios no que refere à pessoa idosa é possibilitar ações que possam ocasionar maneiras de viver a vida com máxima qualidade possível, apesar das suas limitações. A desvalorização e limitação da pessoa idosa, em muitos casos, estão relacionadas à cultura da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O Caderno de Atenção Básica sobredito enfatiza as condições que podem trazer a qualidade de vida para a pessoa idosa, sendo uma dessas condições a valorização dos idosos e as suas virtualidades existentes. A sociedade tem um papel fundamental nesse processo, as suas vivências perante a vida tornam-se melhores, tendo em vista, o reconhecimento de sua capacidade.

Costa e Veras (2003) referem que há necessidade de incorporar os idosos na sociedade, mudar conceitos já enraizados, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce no país. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Ministério da Saúde destaca, conforme publicado no caderno de Atenção Básica (2007), a atuação em conjunto com as famílias e os profissionais atuantes na área da saúde é fundamental no procedimento que visa à cura da pessoa idosa, caso esteja doente. “A interação entre trabalhador e usuário é permeada pelos saberes, experiências de vida, sofrimentos e subjetividades de ambos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.13). Através do acolhimento e dos vínculos formados, torna-se possível a consolidação da universalização no âmbito da saúde, são circunstâncias que direcionam o idoso na obtenção de uma vida saudável.

Através da Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e a sua rede de suporte social uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso cuja proposta é adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente às pessoas idosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nesse tocante, a Atenção Básica prima por um atendimento ao idoso de forma qualificada, respeitando as diferenças que cada um apresenta. Mendonça; Vasconcellos; Viana (2008, p.4) citam, que a perspectiva da Atenção Primária à Saúde dentro das políticas públicas brasileiras, cujo objetivo é a proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção. Conforme o caderno de Atenção Básica (2007), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa foram criados e representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica, e estão diretamente relacionadas ao acolhimento à população idosa.

A Caderneta de Saúde, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. “Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população.” O Manual da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2008) cita que é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.10).

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso. É um processo na qual, trabalhadores e instituições tomam

para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde buscando uma relação acolhedora e humanizada (SOUZA, 2008). Os profissionais da saúde são agentes que acolhem, contribuindo para a mudança de realidade em que o idoso e sua família vivem, enfatiza Souza (2008, p. 100). O cuidado com “os idosos implica ofertar serviços, cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que os idosos apresentam” (PICINNI, 2006, p. 658).

O Ministério da Saúde elaborou um material que serve de suporte para os profissionais da saúde, que se destacam alguns pontos: É necessário estar preparado para lidar com as questões do envelhecimento, e a subjetividade que a pessoa idosa traz consigo. Romper com a fragmentação do processo de trabalho e a interação inconsistente nas equipes multiprofissionais. Facilitar o acesso aos diversos níveis na área da saúde, além do investimento necessário na qualificação dos trabalhadores, principalmente no que se refere à saúde da pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O acolher exige estudo, técnicas, preparo dos profissionais de propor estratégias de intervenção. “O acolhimento requer um profissional dedicado e suscetível a mudanças. Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado” (SOUZA, 2008, p. 100).

Partir do contexto, que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as informações e orientações que são oferecidas, também é importante dirigir-se primeiramente ao idoso ao invés do seu acompanhante. Utilizar uma linguagem clara, sem utilizar termos técnicos e chamá-lo pelo seu nome, além da sala de atendimento ser um local iluminado, são quesitos substanciais para o atendimento com qualidade ao idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No campo da saúde, as políticas devem considerar todo o estágio de vida, para que assim, mais pessoas possam chegar a sua última fase da vida de maneira saudável. “Portanto, cabe ao sistema público de saúde assegurar o fornecimento dos meios para que as pessoas possam completar o seu ciclo de vida com dignidade” (CAMARANO, 2011, P.19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar que há uma significativa produção teórica que remete ao idoso, bem como pesquisas sobre o avanço da longevidade dessa população, porém é necessário salientar que o acolhimento ao idoso no Sistema Único de Saúde é pouco explorado teoricamente. A consequência de poucas fontes teóricas sobre o acolhimento do idoso no SUS é traduzida na maioria dos casos, na falta dessa ação no cotidiano, existem então, grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário idoso é acolhido nos serviços de saúde, além das péssimas condições de trabalho em que os profissionais da saúde se deparam.

O profissional da saúde é um mediador, que tem autonomia para propor adaptações de melhorias, além das práticas de democratização, através dos conselhos municipais/estaduais de saúde, das conferências na área da saúde que ocorrem a cada quatro anos e no próprio espaço de trabalho, salientando que a população usuária pode e deve participar dos conselhos, a fim de consolidar o controle social.

Contudo, é amplo esse assunto, porque é um dos meios essenciais para o alcance de uma melhor qualidade de vida aos idosos. A teoria e a prática dos profissionais que contribuem para a concretude da escuta é imprescindível olhar para a população idosa de um modo que vai além da doença, e para que haja o entendimento por parte do idoso dos direitos que possui.

Todavia, o processo teórico reflexivo é relevante para que se efetive um melhor atendimento ao idoso no SUS, visto que a saúde vai muito além da doença, mas sim envolve aspectos sociais, econômicos, habitacionais, e tudo que possa favorecer a população idosa. Ressaltando, que para a efetividade dessas ações será necessário mais pesquisas, publicações que aprofundem e possam respaldar sobre o acolhimento ao idoso no SUS.

Por fim, apesar dos percalços, a contribuição do acolhimento reabre muitas vias de reflexões sobre a importância da efetivação dos direitos das pessoas idosas, além da autonomia e compreensão da realidade do idoso, destaca-se que esse processo é um conjunto de ações que se integram resultando na saúde.

REFERÊNCIAS :

ALMEIDA, L. M. Acolhimento ao Idoso: Uma Reflexão das Contribuições da Psicogerontologia sobre os cuidados desejáveis entre profissionais de saúde e usuários do SUS. REVISTA PORTAL de Divulgação, n.17, Dez. 2011. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/215>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

AREOSA, S. V. C.; AREOSA, A. L. **Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados**. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 7 n. 1 p. 138-150. jan./jun.2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/3943/3207>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

ASSIS, M. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: Reflexão para as ações educativas com idosos**. Revista APS, v. 8, nº 1, p. 15-24, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal. São Paulo: Saraiva, 2007

Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000. Que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 14 abr. 2014.

Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhementonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

Secretaria de Direitos Humanos. **Revista dos direitos da pessoa idosa: O Compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/doc/Revista_DireitosPessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. **Como vive o idoso brasileiro?** Ano: 2000. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0191.pdf> >. Acesso em: 14 jan. 2014.

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf> >. Acesso em: 26 mai 2014.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009

CÔRTE, B.; OLIVEIRA, B.; A, L.; LOPES, R. G. **Acolhimento ao Idoso: Uma Reflexão das Contribuições da Psicogerontologia sobre os cuidados desejáveis entre profissionais de saúde e usuários do SUS**. *Revista Portal de Divulgação*, n.17, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php> >. Acesso em: 30 jun. 2014.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. **Saúde pública e envelhecimento**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):700-701, mai-jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300001&script=sci_arttext >. Acesso em: 30 jun. 2014.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. **Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: Avanços no âmbito do SUS**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1, p.71-79, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>>. Acesso: 14 jun. 2014

Envelhecimento ativo: Uma política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf >. Acesso em: 24 mar. 2014.

ESTATUTO DO IDOSO. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Coletânea de Leis – Revista e Ampliada, CRESS 10ª. Porto Alegre: 2005

FELIX, J. **Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional**. Artigo apresentado no VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), 2007. Disponível em: <http://www.pucsp.br/desenvolvimento_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014

FRACOLLI, L. A.; ZABOLI, E. L. C. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família.** Revista Escola de Enfermagem, USP, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/04.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2014

GROSSI, P. K.; GUILAMELON, L. F. **Intersectorialidade na política de saúde do idoso.** Revista virtual Textos e Contextos, nº 6, ano V, dez. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1034/813>>. Acesso em: 02 jun. 2014

LEHR, U. **A Revolução da Longevidade: Impacto na sociedade, na família e no indivíduo.** Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre, 8 v. 1, p. 7-36, 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4649/2566>>. Acesso em: 09 jul. 2014

MARCOLINO, T. Q.Taís; MIZUKAMI, M.G.N. **Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: Apontamentos para pesquisa e formação.** Revista Interface, v.12, n.26, p.541-7, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300007>. Acesso em: 12 jul. 2014

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Sistema único de saúde- SUS princípios e conquistas,** Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014

_____. **Caderno Humaniza SUS,** Vol. 3, Atenção Hospitalar, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa,** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde,** Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

_____. **O humaniza SUS na atenção básica**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf> Acesso em: 12 fev. 2014

MONTEIRO, D.; PERES, M. C. **Dimensões do Envelhecer**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004

MOTA, A.E. et al. (orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006

NETO, O. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

PICCINI, R.X. et al. (orgs.). **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde**. In: Artigo ciência e saúde coletiva, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30981.pdf> >. Acesso em: 10 mar. 2014.

SANTOS, G. A. **Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 1, nov. 2002. Disponível em: < file:///D:/Users/User/Downloads/937-3394-2-PB%20(2).pdf >. Acesso em 05 mar. 2014.

SILVA, L. G.; ALVES, M. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde**. Revista de Atenção Primária a Saúde, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf>>. Acesso: 26 jun. 2014

SILVA, K. L.; SENA R. R. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro**. Revista Escola de enfermagem da USP, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07>>. Acesso em: 07 jul. 2014

SOLLA, J. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez., 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768>>. Acesso: 23 jan. 2014

SOUZA, E. C. F. et al. (orgs.). **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2014.