

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Simone Nenê Portela Dalbosco

**O Idoso Hospitalizado:  
perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos  
familiares e dos profissionais cuidadores**

Porto Alegre  
2009

Simone Nenê Portela Dalbosco

**O Idoso Hospitalizado:**

perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

**Orientador:**

**Prof. Dr. Johannes Doll**

**Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação**

Porto Alegre  
2009

Simone Nenê Portela Dalbosco

**O IDOSO HOSPITALIZADO:  
perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos  
profissionais cuidadores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

**Orientador:**

**Prof. Dr. Johannes Doll**

Aprovada em \_\_\_\_ ago. 2009.

---

Prof. Dr. Johannes Doll – Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Lucia Bezerra Machado - UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam de Abreu Almeida - UFRGS

---

Prof. Dr. Agostinho Both – UPF

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a Fonte de toda sabedoria, dando-me força para trilhar esta caminhada e me presenteando com pessoas especiais;

Ao Prof. Dr. Johannes Doll, Mestre e amigo, obrigada pelos ensinamentos, pelas orientações, pela acolhida, pelos incentivos e credibilidade em mim depositada. Agradeço também pelo grande aprendizado nas diferentes áreas da vida;

Aos meus queridos avós, Sylvio e Eneida, Celso e Júlia, protagonistas da minha história, minha eterna gratidão pela sabedoria e pelas lembranças maravilhosas que guardo na memória;

Aos meus pais, Luiz Carlos e Janete, quero expressar meus sentimentos de gratidão por todo o amor e incentivo a mim dedicados durante todos os meus desafios ao longo da minha vida;

Aos meus irmãos, Júlio Carlos, Luís Fernando e Silvano, e às minhas cunhadas, Ana Cláudia e Ana Paula, que souberam entender a minha ausência, impossibilitando maiores trocas afetivas, mas, acima de tudo, por sempre me incentivarem para a realização desta pesquisa;

Ao Elvis, amor da minha vida, amigo e companheiro, pelo apoio incondicional, pela cumplicidade, pelo carinho, e por me acompanhar nesta caminhada, sinalizando sempre com seu bom-humor as diferentes formas de enfrentar os desafios;

Ao Nelso, à Dorilde, ao Cleber, à Elisa, à Michelle, à Lore e ao Ernani (familiares) pela compreensão, afeto e ajuda preciosos;

Ao Walter Corrêa da Silva, ao Celso Scariot e aos companheiros de caminhada que estiveram junto comigo desde o início da minha graduação, a minha gratidão por todo aprendizado vivenciado na “universidade da vida,” me ensinando a *Saber Ser*, enquanto profissional da área da saúde, na “universidade do amor”, onde tive apoio e suporte para realização desta pesquisa;

Ao Prof. Dr. Agostinho Both, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Bezerra Machado e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Abreu de Almeida, por aceitarem fazer parte da banca da minha dissertação, pela disponibilidade e oportunidade de aprendizado;

Ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação da UFRGS, pela competência e pelo visível comprometimento para com o trabalho público;

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iara Caierão, exemplo de pessoa e profissional a ser seguido, que, com seu saber compartilhado, incentivo e confiança, me fez seguir em frente;

Às Prof<sup>a</sup>. Ms. Lacette Cojocarú e Prof<sup>a</sup>. Ms. Elisane Cayser, pela incansável disponibilidade e apoio, por seus esclarecimentos valiosos quanto à complexidade da nossa prática profissional;

Ao Claudiomiro Carus, ao Eder Spictzia, pela imensa colaboração e receptividade em sua instituição, pelo exemplo de profissionalismo e determinação, cujas portas abriram para mim, e ainda a todos aqueles que quiserem aprender com essa pesquisa;

À Giseli Zago, à Taís Neis, à Rejane Borba, à Carina Balvedi e a toda a equipe do Hospital de Caridade de Erechim, pelo apoio e incentivo recebido desde os primeiros passos rumo a esta pesquisa;

Aos sujeitos idosos que aceitaram participar deste estudo, compartilhando suas histórias de vida, pelo muito que me ensinaram não apenas a respeito da velhice, mas, sobretudo, da condição humana, meu carinhoso agradecimento;

Aos cuidadores, familiares e profissionais, por terem oportunizado a troca de experiências e, sobretudo, por me emprestarem as suas palavras para construir a minha para o desenvolvimento deste trabalho;

À Faculdade Meridional (IMED), que, além de apoiar-me, deu-me a oportunidade de compartilhar meus aprendizados, apostando nesta pesquisa;

À minha amiga Michelle, pela convivência e amizade compartilhadas, desde os primeiros anos de escolaridade e por este reencontro nessa nova etapa de vida... minha irmã de caminhada;

À Nathália Ribas e à Daniela de David Araújo pelos incentivos, pelo carinho, apoio e amizade;

Aos meus amigos e colegas pelo carinho e estímulo;

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Educação pela atenção e disponibilidade dispensada nas diferentes ocasiões da minha trajetória;

À equipe de bibliotecários da UFRGS, em especial, à Jacira, pela incansável disponibilidade e auxílio;

Às pessoas amigas, na impossibilidade de citar todas, que foram presença significativa em muitos momentos dessa jornada e tiveram, cada qual, um papel expressivo na realização deste estudo. Enfim, a todos aqueles que cruzaram o meu caminho, que caminharam ao meu lado ou que me permitiram seguir lado a lado, muito obrigada.

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um processo universal, que não afeta apenas o indivíduo, mas também a família e a sociedade. No Brasil, o número de idosos está crescendo, o que torna necessário discutir sobre o exercício do cuidado destinado ao sujeito idoso, sobretudo o hospitalizado, bem como as perspectivas que este possui a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores. O objetivo geral desta pesquisa qualitativa consistiu, assim, em conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito de si mesmo e dos cuidadores familiares e profissionais. Foram sujeitos da pesquisa 19 idosos hospitalizados, com 60 anos ou mais, capazes de responder às questões aplicadas oralmente, a partir de um roteiro prévio, após várias observações, no período de 2007 e 2008, numa instituição hospitalar privada do RS. Tais respostas foram analisadas com base nas seguintes noções: conceitos e preconceitos relativos ao sujeito idoso; o autocuidado e o cuidado prestado por familiares e profissionais; perda de autonomia e institucionalização: a relação do idoso com o profissional cuidador; profissionais cuidadores da área da saúde; o profissional cuidador e a profissional cuidadora: a desigualdade entre os gêneros; qualidade de vida e saúde dos profissionais “cuida(dores)”; o surgimento dos hospitais; a ética, o SUS e as políticas públicas de saúde do idoso. Por meio da análise dos conteúdos, chegou-se a quatro categorias, definidas pelas respostas e não pelas questões: 1) “o idoso fala sobre si e sua doença”; 2) “a percepção do idoso com relação ao cuidador: os âmbitos familiar e profissional”; 3) “percepção do idoso em relação à instituição hospitalar”; 4) “percepção do idoso com relação aos seus direitos e deveres”. A partir das respostas analisadas, concluiu-se que muitos sujeitos idosos não tinham clareza sobre a “sua” patologia; verificou-se a esperança em relação à vida e à cura de sua doença geralmente associada à religiosidade e à fé; esteve presente, ainda, a preocupação de se constituir um paciente permanente, com dependência irreversível dos medicamentos ou dos “cuida(dores)”, perdendo, assim, a sua autonomia como sujeito. Em relação à instituição, embora tenha se constatado um atendimento ético e parcimonioso, nem sempre isso foi evidenciado pelos sujeitos idosos. O idoso com patologias graves referiu sentir-se mais seguro no hospital por ter ali o apoio técnico indispensável, preferindo, nessa ocasião, o cuidador profissional. Apesar da intenção explícita nas políticas públicas em considerar o idoso como sujeito em uma nova fase de vida, com necessidades e cuidados específicos, verificou-se que os direitos dos idosos ainda são desconhecidos pela sociedade e por eles próprios. A geriatria, a gerontologia e os novos conceitos delas decorrentes não alcançaram, ainda, todos os profissionais cuidadores de idosos, e menos ainda os seus familiares. Daí a urgência de um processo educativo e educador em torno do novo paradigma que busca, entre outras coisas, “pagar uma dívida” para com os idosos e resgatar o sujeito que a modernidade relegou a um lugar periférico e de invisibilidade.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Idoso hospitalizado. 4. Cuidadores profissionais. 5. Cuidadores familiares.

---

DALBOSCO, Simone Nenê Portela. O Idoso hospitalizado: perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores. – Porto Alegre, 2009, 136 f. + Anexos. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação, Porto Alegre, 2009.

## ABSTRACT

The population ageing is a universal process that does not affect only the individual, but also the family and the community. In Brazil, the number of senior citizens is increasing and because of that it is necessary to discuss about the care of the elderly, especially the hospitalized one, as well as to reflect about their perspectives concerning themselves, the family and the professional caregivers. The goal of this qualitative research was to identify and to comprehend the perception of the hospitalized senior citizen concerning themselves, their family and the professional caregiver. The research subjects were 19 hospitalized senior citizens – 60 years old or more – who were able to answer the oral interviews, which were performed, based on a previous script and after several observations, in the period of 2007 and 2008, in a private hospital in the state of Rio Grande do Sul. The criteria used to subdivide the analysis in four categories were defined by the answers and not by the questions. Here they are: Talking about the senior citizens: some concepts and prejudices; The auto-care and the care rendered by family and professionals; Loss of autonomy and institutionalization: the relationship between the elder and the caregiver; Professional caregiver in the health area; From the female caregiver to the male one: the inequality between the genders; Life quality and the caregiver's health; The hospitals beginning; Ethics and public health policies for the elderly. By the analysis of the contents, four categories were identified: first – “the elder speaks about himself and his disease”; second – “the perception of the elder regarding the caregiver: the familiar and professional scope”; third – “the perception of the elder regarding the hospital institution”; fourth – “the perception of the elder regarding their rights and duties.” Based on the analysis realized, it was possible to conclude that many senior citizens did not have clearness about their pathology; the hope regarding life and the cure of the disease was almost associated to the religiosity and faith; the preoccupation of being a permanent patient, with irreversible dependence of medicines or caregivers, losing, thus, their autonomy. Considering the institution, although it was verified an ethical and parsimonious assistance, it was not always evidenced by the senior citizens. The ones with serious pathologies affirm to feel safer in hospital because of its indispensable technical support, desiring, so, the professional caregiver. Besides the explicit intention in the public policies of considering the senior citizen someone in a new phase of life, with specific needs and cares, it was not always verified, making it possible to believe that the rights of the elderly are still unknown by society and also themselves. The geriatrics and gerontology specialties and their new concepts have not reached, yet, all the senior caregivers or families. From that situation, there is the urgency of an educational process around the new paradigm that aims, among other things, to “pay a debt” to the senior citizen, rescuing the individual that modernity has relegated to a peripheral and invisible place.

**Keywords:** 1. Ageing. 2. Senior citizen. 3. Hospitalized senior citizen. 4. Professional caregiver. 5. Family caregivers.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gênero .....	78
Figura 2 - Faixa etária .....	79
Figura 3 - Estado civil .....	80
Figura 4 - Escolaridade.....	81
Figura 5 - Unidade de internação .....	85
Figura 6 - Tipos de convênios .....	86
Figura 7 - Tipos de quartos .....	86
Figura 8 - Já havia internado antes nesse hospital? .....	87
Figura 9 - Tempo de internação nesse hospital .....	88
Figura 10 - Grupo de causas de internação .....	89
Figura 11 - Grupos de causas de internações anteriores.....	90
Figura 12 - Múltiplos fatores que levou você a ser internado nesse hospital .....	90



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gênero .....	78
Tabela 2 - Faixa etária .....	79
Tabela 3 – Estado civil .....	80
Tabela 4 - Escolaridade .....	81
Tabela 5 - Quem é o cuidador em casa .....	83
Tabela 6 - Acompanhante(s) durante período de internação .....	84
Tabela 7 - Unidade de internação .....	84
Tabela 8 - Tipo de convênio .....	85
Tabela 9 - Tipos de quartos.....	86
Tabela 9 - Já havia internado antes nesse hospital? .....	87
Tabela 10 - Tempo de internação nesse Hospital .....	88
Tabela 11 - Grupos de causas de internação.....	89
Tabela 12 - Grupos de causas de internações anteriores.....	90
Tabela 13 - Múltiplos fatores que levaram você a ser internado (a) nesse hospital ..	90

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
2.1 FALANDO DE IDOSOS: ALGUNS CONCEITOS E PRECONCEITOS.....	22
2.1.1 O Autocuidado e o Cuidado Prestado por Familiares e Profissionais .....	26
2.1.2 Perda de Autonomia e Institucionalização: a Relação do Idoso com o Profissional Cuidador .....	29
2.2 PROFISSIONAIS CUIDADORES DA ÁREA DA SAÚDE.....	33
2.2.1 Do Profissional Cuidador à Profissional Cuidadora: a Desigualdade entre os Gêneros.....	36
2.2.2 Qualidade de Vida e Saúde dos “Trabalha(dores)”.....	42
2.3 O SURGIMENTO DOS HOSPITAIS .....	48
2.4 A ÉTICA, O SUS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO.....	52
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>62</b>
3.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	63
3.2 COLETA DE DADOS .....	64
3.3 OS SUJEITOS PESQUISADOS.....	66
3.3.1 Conhecendo o Perfil de Cada Sujeito Entrevistado .....	67
3.3.2 Conhecendo o Perfil do Grupo Pesquisado Como um Todo .....	78
<b>4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS</b> .....	<b>91</b>
4.2 INTERPRETANDO OS DISCURSOS DOS SUJEITOS IDOSOS HOSPITALIZADOS .....	91
4.2.1 Categoria 1 - O Idoso Fala Sobre si e sua Doença .....	93
4.2.2 Categoria 2 - A Percepção do Idoso com Relação ao Cuidado: os Âmbitos Familiar e Profissional .....	103
4.2.3 Categoria 3 - Percepção do Idoso em Relação à Instituição Hospitalar..	108
4.2.4 Categoria 4 - Percepção do idoso com relação às políticas públicas .....	113
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>139</b>
<b>ANEXO A - Termo de Autorização a Instituição Hospitalar</b> .....	<b>140</b>

<b>ANEXO B - Termo de Consentimento Informado Sujeitos Idosos Hospitalizados</b>	
.....	<b>141</b>
<b>ANEXO C - Questões norteadoras destinadas aos idosos hospitalizados.....</b>	<b>142</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional traz mudanças e desafios para todas as esferas da sociedade e para os indivíduos. Entre as tarefas mais importantes está a formação de profissionais competentes para atuar numa sociedade marcada por um número cada vez menor de crianças e um número cada vez maior de pessoas idosas, e muito idosas. [...]. Tudo isso exige dos profissionais em geral maiores conhecimentos no campo da gerontologia. (DOLL, 2006, p. 1480).

O envelhecimento populacional é um processo universal, que não afeta só o indivíduo, mas a família e a sua comunidade. No Brasil, especificamente, o número de idosos está crescendo rapidamente e, considerando que o envelhecimento é um processo natural, surge a necessidade de se discutir pré-requisitos básicos relativos à possibilidade de manutenção da qualidade de vida, tanto para o cuidador familiar ou profissional quanto para a pessoa idosa que é cuidada.

Sobre isso cabe dizer que a maioria dos idosos consegue viver de forma autônoma, com domínio de suas ações e sem depender de outras pessoas para realizar suas atividades. Com o avanço da idade, há, porém, aqueles que passam a necessitar de cuidados especiais, seja de familiares ou de profissionais habilitados para esse fim.

Dentre os fatores que levam as pessoas a viver mais, salientam-se o avanço da medicina, o qual possibilitou o surgimento de novos tratamentos, e o controle mais efetivo de doenças, que acarretou a diminuição dos índices de mortalidade. As repercussões para a sociedade da existência de populações progressivamente mais idosas são consideráveis, particularmente no que diz respeito à saúde desses indivíduos e de todos aqueles que com eles convivem.

É de conhecimento geral que a velhice não é sinônimo de doença, porém, não há como não admitir que, com o avanço da idade, há maior incidência de enfermidades. Dessa forma, muitos idosos, quando adoecem, são cuidados na sua própria casa, ficando sob o olhar de seus familiares ou amigos, que assumem o papel de cuidador. Todavia, havendo necessidade de um cuidado mais especializado, é comum recorrerem a uma instituição que esteja preparada para recebê-los, a qual pode ser uma clínica, uma instituição de longa permanência ou um hospital que dispõe de uma equipe formada por profissionais cuidadores da área

da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros) preparados tecnicamente para a prática do cuidado.

Apesar de haver um número significativo de idosos independentes, percebe-se um crescente aumento no número de idosos dependentes, que necessitam, portanto, de cuidados especiais. Daí ser pertinente perguntar-se até que ponto esse idoso dependente pode ser cuidado em sua residência. Por isso, é de suma importância a família ter conhecimento sobre o tipo de doença existente, para saber que cuidados especiais o idoso deverá receber, pois nem sempre se tem conhecimento pleno da enfermidade, podendo ocorrer falta de disponibilidade de pessoas do grupo familiar para cuidar do idoso. Muitas vezes, por outro lado, a falta de condições financeiras da família não permite a contratação de um profissional cuidador, além de não possibilitar acesso à aquisição de medicamentos que minimizem o sofrimento do idoso doente. Não raras vezes, a família terceiriza o cuidado para uma instituição de saúde, a fim de viabilizar o atendimento às necessidades do paciente.

É comum que as instituições que o recebem realizem os procedimentos de rotina - a avaliação e o diagnóstico da enfermidade - e disponibilizem a medicação adequada. Todas essas práticas tendem a ter reflexos no orçamento familiar. Porém, na maioria dos casos, a instituição não dispõe de uma estrutura física e de pessoal para manter por mais tempo os pacientes internados, sendo que, a certa altura, o tratamento passa a ser realizado em casa. Com isso, se estabelece um círculo vicioso entre casa e hospital, sendo necessário haver uma conexão entre essas duas instâncias para a manutenção do estado de saúde do idoso. Para que a instituição hospitalar efetive ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, ela pode e deve auxiliar o próprio idoso e o seu cuidador familiar a dar sequência ao tratamento quando esse retornar para sua casa, primando, assim, pela sua pronta recuperação e evitando que reincida em sucessivas internações. Nesse sentido, é de suma importância que a instituição hospitalar realize ações educativas com pacientes e familiares, bem como vá ao encontro das pessoas, nas comunidades nas quais elas estão inseridas, desenvolvendo uma ação conjunta, dialogando com os sujeitos idosos e, sempre que possível, com seus cuidadores, a fim de repassar orientações quanto ao manejo clínico e terapêutico e de esclarecer dúvidas acerca da doença.

Conforme já descrito, das condições sócio-econômicas da família é que vai depender a atuação de um grupo ou de outro, sendo essas, geralmente, atuações não excludentes, mas, sim, complementares e necessárias, ultrapassando os limites de uma equipe interdisciplinar (o que remete à ideia de uma equipe técnica diversificada, com troca de informações visando a um trabalho integrado), para formar uma rede de cuidadores.

Com relação ao cuidado de forma mais generalizada, alguns estudos podem ser encontrados, porém, há uma escassez de pesquisas sobre os cuidadores profissionais voltados à prática do cuidado com o sujeito idoso, no Brasil. Há dificuldade de se encontrar material bibliográfico sobre o assunto, o que ressalta a importância deste tipo de estudo, que tem o intento de contribuir para as reflexões sobre a figura do cuidador do sujeito idoso como agente principal na rede de suporte às pessoas que estão envelhecendo.

A respeito do cuidador profissional, Karsch (1998, p. 22) afirma que:

[...] a figura do cuidador, alvo de estudos e pesquisas em outros países, tem sido ignorada no Brasil: pelo governo, na falta de estruturas para o auxílio de seu trabalho; pela família, devido à baixa valorização dessa função (muitas vezes concentrada em uma só pessoa) e, também, por pesquisadores, em parte, dada a falta ou a escassez de recursos para conduzir as investigações, ou mesmo dada a dificuldade em vislumbrar perspectivas para a utilização dos resultados.

Um dos aspectos que julgo fundamental para que tal qualificação aconteça é a atenção para com a qualidade de vida do cuidador, em especial dos profissionais da área da saúde, pois o papel exercido por eles no processo de recuperação do enfermo é inquestionável. Para que isso de fato ocorra, os mesmos precisam, além de uma boa formação acadêmica, estar em plenas condições físicas e emocionais para o exercício de sua função. Assim, volto a salientar a importância de que a instituição desenvolva ações estratégicas junto aos profissionais cuidadores da área da saúde, a fim de evitar o seu esgotamento físico e psíquico, pois o trabalho com idosos pode ser extremamente extenuante.

Autores como Born e Boechat (2006), dentre outros, têm mencionado a importância de se oferecer suporte aos provedores de cuidados e tratamento de

saúde. Para eles, o cuidador, seja profissional ou familiar, deve ser cuidado para poder cuidar de outro ser humano integralmente em seu processo saúde-doença.

Dessa forma, fica evidente a importância da figura dos cuidadores para a recuperação e manutenção da saúde do sujeito idoso. Assim sendo, o enfoque desta pesquisa é conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito de si mesmo, do cuidado recebido da família e dos profissionais cuidadores na instituição hospitalar.

A vivência é um fenômeno que acompanha o ser humano na sua historicidade, compondo-o como indivíduo. É justamente a partir dessa vivência profissional que pretendo realizar a presente pesquisa, ouvindo o sujeito idoso hospitalizado sobre suas perspectivas enquanto sujeito a respeito de si mesmo, com vistas a melhor compreender também as questões que perpassam o ambiente familiar e hospitalar, analisando de que maneira o sujeito idoso hospitalizado percebe como é realizado o exercício do cuidado.

Enquanto acadêmica do Curso de Psicologia, ao estagiar no setor de recursos humanos do Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo/RS, percebi, através de observações extraídas do convívio com outros profissionais de saúde, um cuidador sob constante tensão, que adoecia, afastando-se temporariamente da sua prática profissional; por outro lado, os cuidadores familiares, que permaneciam tempo integral com seu parente hospitalizado, também revelavam-se, muitas vezes, cansados, debilitados, sem alternativa de fazer rodízio com outro familiar, sem a possibilidade de recompor-se para o exercício do cuidado. Essas situações eram corriqueiras para quem já tinha experiência no ambiente hospitalar, mas novas para mim, uma vez que eu estava apenas iniciando minha prática profissional.

Já graduada, continuei trabalhando em diversas empresas, na condição de psicóloga organizacional. No entanto, independentemente da área de atuação, a dicotomia do discurso e da prática era uma constante: produzir cada vez mais, em condições cada vez menos favoráveis. Com isso, retornei à Universidade de Passo Fundo, especializando-me na área de Administração de Empresas a fim de melhor compreender a psicodinâmica do trabalho. Todavia, eu continuava inquieta na busca de respostas que não conseguia alcançar, frente a normas que devia seguir enquanto profissional do setor de recursos humanos, as quais eram impostas pelas instituições aos seus trabalhadores.

No ambiente hospitalar, de um lado, encontrava-se a equipe de trabalhadores da Gestão de Pessoas, que, na sua prática profissional, era pressionada pela organização no sentido de não perder de vista os aspectos relacionados às finanças, à rentabilidade, ao aumento da produtividade com menor custo. De outro lado, estavam os trabalhadores, que, conforme já dito, frequentemente adoeciam por executar atividades exaustivas que iam além de suas potencialidades. Nesse ambiente contraditório, muitas vezes, hostil, questionava-me, enquanto psicóloga organizacional, sobre como conciliar as exigências das organizações com ações que valorizassem o exercício da profissão bem como as pessoas. Frequentes eram as orientações para que primássemos pela qualidade de vida do trabalhador, prevenindo doenças e promovendo a saúde. Poucas vezes, porém, isso ia além do discurso, concretizando-se em ações educativas.

O setor de Recursos Humanos, neste caso em específico, como acontece em outras instituições, passou a ser elo entre a organização e os trabalhadores. No setor, eram implantadas políticas que viabilizassem um ambiente mais humanizado, com qualidade de vida aos trabalhadores, discutindo estratégias de valorização e de reconhecimento dos profissionais por desempenho, seja premiação por bonificação, bolsa estudo ou auxílio financeiro. Em troca, eram exigidos dos trabalhadores melhores rendimentos e produtividade. A dicotomia do discurso se estabelecia quando se percebia que, ao mesmo tempo em que eram implementadas políticas de valorização do funcionário, permanecia a cobrança por uma maior produtividade e lucratividade. O enfoque, portanto, era o cuidador, não enquanto ser humano, e, sim, enquanto produto.

Para Fonseca (2002), do trabalho vivemos e pelo trabalho morremos. Há condições de trabalho que nos matam mais rapidamente, seja quando as condições naturais ou sociais são muito ásperas, seja quando as empresas concentram tal grau de poder que exploram ao limite os trabalhadores. Assim, o desgaste do trabalhador está inscrito na natureza de todo e qualquer tipo de atividade, podendo, no entanto, ser maior ou menor. No caso específico dos hospitais, constatei que o grau de tensão, muitas vezes, beirava o insuportável.

Em 2006, fui convidada a trabalhar no setor de recursos humanos de um hospital nas proximidades de Passo Fundo/RS, sendo que, com o apoio da administração hospitalar, propus-me a auxiliar na reestruturação da Unidade de Internação Geronto-Geriátrica (UIGG) da instituição no que tange a aspectos como a



promoção da saúde dos trabalhadores, primando pela prevenção de doenças físicas e psíquicas nos mesmos.

Quando se considera o estresse cotidiano em que vivem tais profissionais, no contato direto com o sofrimento e, não raras vezes, com a morte, é fácil perceber que também eles estão vulneráveis à doença. Os profissionais da saúde, tanto quanto os pacientes, demandam, portanto, suporte e apoio.

O trabalho em saúde tem, ainda, outras complicações. Pitta (1999) analisa essa complexidade quando refere que o trabalhador em saúde lida com o limite humano, com sua impotência. Apesar de terem plena consciência de não serem deuses, lidam com a morte, com a doença e com a dor. Trabalham em ambientes, por vezes, pouco salubres física ou psicologicamente, repletos de doenças, fracassos, competição e, por isso, precisam de apoio que priorize políticas internas de trabalho mais justas que viabilizem planos de carreira e de salários compatíveis com as suas atividades. Precisam também de ações que propiciem a educação continuada, e, em especial, a permanente, sabendo-se que somente medidas educacionais não conseguem, por si só, resolver todos os problemas criados pela exploração da mão-de-obra e, por isso, não substituem uma luta para condições dignas de trabalho. Por outro lado, podem ser um recurso importante para preparar os trabalhadores para lidar melhor e com menos sofrimento com as condições de trabalho.

No ambiente hospitalar, o cuidador profissional tem grande demanda de pacientes a serem atendidos em tempo cada vez mais reduzido, e somente ações que viabilizem reestruturação das políticas internas é que poderão propiciar melhoria das condições de trabalho. Porém, a educação continuada pode dar suporte para o cuidador lidar melhor com situações típicas do seu dia-a-dia, seja no atendimento prestado ao idoso, compreendendo o processo de envelhecimento, seja lidando melhor com situações de óbito.

Para que isso ocorra, é preciso que os projetos pedagógicos promovidos pelo setor de Recursos Humanos sejam encarados como um aprendizado contínuo na vida do ser humano, contemplando seus saberes e conhecimentos, habilidades e potencialidades, o que abarca tanto a si próprio quanto o meio em que ele está inserido.

À educação permanente cabe possibilitar às pessoas, desde o nascimento até o fim da vida, acesso a um conhecimento dinâmico do meio em que estão

inseridas, das demais pessoas e de si próprias, levando-as a exercer sua função social no mundo do trabalho e na vida em geral, especificamente nos seguintes aspectos: *aprender a viver juntos, aprender a conhecer, aprender a ser e aprender a fazer*. (DELORS, 2001).

Deve-se fazer a distinção entre a educação continuada e a educação permanente, em que, enquanto a primeira está voltada para atividades de ensino visando ao acúmulo de conhecimentos a serem aplicados no exercício da profissão, a segunda envolve o desenvolvimento das habilidades da pessoa como um ser global. Dessa forma, pretendo com esta pesquisa criar bases junto à comunidade hospitalar para a educação permanente dos cuidadores e dos idosos, o que não se restringe apenas ao restabelecimento da saúde, mas compreende a conscientização dos idosos e seus familiares sobre a importância de oferecer uma boa orientação com vistas à continuidade do cuidado em casa, priorizando ações preventivas para melhor qualidade de vida.

É preciso, portanto, aprofundar as várias facetas do trabalho em saúde, na saúde e para a saúde, fazendo com que todos entendam que a gestão participativa é uma medida preventiva fundamental para a saúde do trabalhador, considerando a consolidação das ações de desenvolvimento de pessoas com enfoque na educação permanente.

Conforme já relatado, a minha intenção pessoal sempre foi fazer Mestrado em Educação, pois já havia feito especialização nas áreas de Psicologia e Administração de Empresas. Porém, continuava com um sentimento de inquietude e desejava encontrar maior referencial para uma pesquisa voltada à implementação de ações educativas e interdisciplinares para o cuidado no campo da gerontologia, o que me levou a retornar aos bancos acadêmicos.

Assim, nesta nova etapa em que me encontro, agora na condição de pesquisadora, elegi como objetivo geral de meu estudo conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito de si mesmo e dos cuidadores familiares e profissionais. Como objetivos específicos, destaco: compreender o processo global vivenciado pelo sujeito idoso com relação aos cuidadores familiares e cuidadores profissionais na instituição hospitalar; investigar as semelhanças e diferenças do cuidado realizado em casa e na instituição hospitalar; verificar em que medida é de conhecimento dos sujeitos idosos hospitalizados seus direitos previstos no Estatuto do Idoso e na Constituição Federal.

Partindo da minha realidade, busco, então, um referencial teórico capaz de me possibilitar a análise de uma situação específica de um hospital do interior do Estado, esperando que tais estudos possam vir a ser aplicados nesse hospital, o qual poderá se tornar um hospital-referência no norte do Estado nos aspectos relativos ao cuidado com os profissionais cuidadores da área da saúde.

Assim, esta pesquisa ampara-se em diferentes autores da gerontologia, abarcando assuntos pertinentes ao tema, a saber: surgimento dos hospitais; profissionais cuidadores da área da saúde; do profissional cuidador à profissional cuidadora: a desigualdade entre os gêneros; qualidade de vida e saúde dos trabalha(dores); idosos: alguns conceitos e preconceitos; o autocuidado e o cuidado prestado por familiares e profissionais; perda de autonomia e institucionalização: a relação do idoso com o profissional cuidador e, finalmente, a ética, o SUS e as políticas públicas para a saúde do idoso.

Este trabalho se constitui, portanto, em um desafio que brotou da inconformidade diante da maneira como a sociedade concebe e trata o ser humano com idade avançada, especialmente quando transfere a responsabilidade em relação aos cuidados com ele a uma instituição de saúde pública ou privada. Por outro lado, inquieta a própria posição dos profissionais cuidadores de idosos, que tantas vezes consomem suas energias no trabalho e, não raras vezes, também acabam adoecendo.

Acredito que, oferecendo aos profissionais cuidadores um aprimoramento na área, os pacientes idosos que chegam à instituição em busca de soluções de saúde podem dispor não só de um melhor cuidado da equipe interdisciplinar envolvida como também de toda a atenção, segurança e confiança que merecem, possibilitando, assim, que estes e seus cuidadores familiares recebam orientações que promovam a saúde com a prevenção de doenças, podendo evitar, ou, em alguns casos, postergar por mais tempo a necessidade de re-internação.

De acordo com Smeltzer (2005), os profissionais de saúde enfrentam o desafio de idealizar estratégias para se confrontar com a maior prevalência de doenças que ocorrem no âmbito da população idosa. Muitas das condições crônicas comumente encontradas entre pessoas idosas podem ser controladas, minimizadas e até mesmo evitadas se contarem com tratamento adequado e atendimentos especializados, e se o idoso e familiar recebem adequadamente a orientação sobre o tratamento a fim de evitar sucessivas internações. Isso significa que um

atendimento de melhor qualidade pode reverter em melhoria da qualidade de vida do paciente, muitas vezes, num espaço de tempo menor, bem como em diminuição do seu sofrimento psíquico.

A vida não pode ser demarcada por um tempo de atividade e produtividade no trabalho: ela vai além. E os direitos do cidadão não se restringem a sua aposentadoria. Ele precisa ser respeitado na sua condição, independente de sua idade e das políticas públicas. Isso se deve, inclusive, ao fato de que, segundo Guimarães e Tavares (1994, p. 64), “o crescimento da população idosa tende a aumentar, e com isso provocará a necessidade de habitação, lazer e transporte adaptados à terceira idade, mas é no setor saúde onde a pressão será mais forte.”

No que se refere às políticas públicas voltadas para pessoas idosas, é preciso mencionar o Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, que, no seu artigo 15, bem como em outros, estabelece o acesso universal do idoso à saúde plena, garantida pelo Sistema Único de Saúde através de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Prevê também que planos de saúde não poderão tarifar valores diferenciados em razão da idade. Já quanto à estada em hospitais, os idosos internados poderão exigir a permanência de acompanhantes, devendo o Estado fornecer ao internado medicação gratuita. (BRASIL, 1996, p. 1-8). Tais alterações apresentadas pelo Estatuto do Idoso, apesar de coerentes, implicam grandes investimentos financeiros que não estão, porém, previstos no orçamento dos governos.

Eis mais uma situação de estresse que o profissional da saúde acaba enfrentando: por um lado, a justa reivindicação do idoso hospitalizado pelos seus direitos; por outro, muitas vezes, a permanência de acompanhantes em quartos é impossibilitada, seja pelo profissional para ter mais autonomia em suas ações, seja por determinação do governo, que não prevê gastos adicionais do hospital ou pela política interna do hospital, que, muitas vezes, sequer dispõe de espaço ou infraestrutura para receber familiares.

Nos hospitais, o papel do setor de gestão de pessoas deixou de ser o de mero executor de tarefas, passando a ser o responsável por ações integradas com a equipe interdisciplinar com vistas a proporcionar aos profissionais cuidadores um espaço reservado para compartilharem seus sentimentos, buscando o fortalecimento mútuo, agregando conhecimentos através de estudos sistemáticos e experiências

partilhadas, enriquecedoras e indispensáveis ao perfil do profissional cuidador de pacientes na terceira idade.

Dessa forma, imagino ser possível minimizar as perdas sofridas pelos cuidadores, bem como pelos idosos. Em muitos casos, o sentimento de perda já poderia ser amenizado se houvessem políticas públicas de inclusão que promovessem a qualidade de vida para quem cuida e para quem é cuidado. Acredito, por fim, que a construção de uma equipe interdisciplinar da área da saúde é necessária para efetivar as ações direcionadas ao público-alvo deste trabalho, primando pela qualificação dos profissionais cuidadores para que esses estejam em sistemática atualização, como um processo educativo indispensável ao bom exercício da profissão frente a essa clientela.

Para investigar até que ponto é de conhecimento dos sujeitos idosos hospitalizados seus direitos na legislação vigente, bem como investigar as semelhanças e diferenças do cuidado realizado em casa e na instituição hospitalar, proponho-me ouvir o idoso hospitalizado frente as suas percepções sobre o cuidado recebido a fim de criar fundamentos para uma atualização profissional dos cuidadores em relação ao cuidado de pacientes idosos.

Diante de tudo isso, fica evidente que a presente investigação propõe a seguinte problematização: Qual a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito de si mesmo, do cuidado recebido da família e dos profissionais cuidadores na instituição hospitalar? Tais questões serão discutidas com vistas a dar conta de responder à questão central, a saber: Qual a percepção de cuidado na perspectiva do sujeito idoso hospitalizado?

Partindo de tais questionamentos, este estudo pretende dar voz para os sujeitos idosos hospitalizados, para que ajudem a apontar caminhos e contribuam no planejamento de uma educação permanente do profissional cuidador de idosos.

Para tanto, foi empregado o método de observação participante, a qual ocorreu nos diversos lugares do hospital (quarto, cantina, pátio, capela, corredores) na presença ou não dos cuidadores familiar e profissional.

As entrevistas ocorreram de forma individualizada, no quarto de cada sujeito idoso, contemplando, no mínimo, uma visita, na média de duas horas, a cada sujeito. Nessa(s) visita(s), foi por mim realizada uma entrevista com roteiro pré-estabelecido, em que alguns sujeitos entrevistados foram além da pergunta, aproveitando a oportunidade para falar de si e de sua história de vida,

ultrapassando, por vezes, as expectativas daquele encontro, contrastando com outros sujeitos que se limitaram a responder as perguntas.

As respostas dadas por esses sujeitos foram gravadas com sua anuência, transcritas e analisadas à luz dos conceitos estudados na fundamentação teórica, organizando-se em categorias, de acordo com a temática abordada nas referidas respostas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa abrange três dimensões: instituição hospitalar; cuidadores de idosos (familiar e profissionais) e sujeito idoso hospitalizado. Para se entender esta dinâmica, faz-se necessário apresentar alguns conceitos e “pré”conceitos relativos ao idoso, bem como expor algumas questões sobre os profissionais cuidadores, sobre a origem da instituição hospitalar e, finalmente, sobre políticas públicas referentes à saúde dos mais velhos.

### 2.1 FALANDO DE IDOSOS: ALGUNS CONCEITOS E PRECONCEITOS

O aumento da expectativa de vida das pessoas acima dos sessenta anos lhes possibilitou viver mais anos em comparação a gerações anteriores. Isso justifica a crescente quantidade de estudos sobre os processos de envelhecimento e a busca constante de melhoria da qualidade de vida do idoso. “À medida que a sociedade envelhece, satisfazer às necessidades da população mais velha irá exigir conhecimento, sofisticação e flexibilidade.” (KUBLER-ROSS, 1998, p. 34).

Para melhor compreender a realidade vivida pelo idoso na sociedade, é preciso conceituar o envelhecimento e a velhice dentro do contexto social em que ele está inserido. Ariés (1981, p. 40) lembra a forma como a passagem do tempo era percebida e retratada em obras de arte até o Século XIX:

Primeiro, a idade dos brinquedos: as crianças brincam com um cavalo de pau, uma boneca, um pequeno moinho ou pássaros amarrados. Depois, a idade da escola: os meninos aprendem a ler ou seguram um livro e um estojo; as meninas aprendem a fiar. Em seguida, as idades do amor ou dos esportes da corte ou da cavalaria: festas, passeios de rapazes e moças, corte de amor, as bodas ou a caçada. Em seguida, as idades da guerra e da cavalaria: um homem armado. Finalmente, as idades sedentárias, dos homens da lei, da ciência ou do estudo: o velho sábio barbudo, vestido segundo à moda antiga, diante de sua escrivaninha, perto da lareira. As idades da vida que não correspondiam às etapas biológicas, mas a funções sociais. Sabe-se que havia homens da lei muito jovens, mas, consoante a imagem popular, o estudo era uma ocupação dos velhos.

Percebe-se, dessa forma, que, nem mesmo nas artes pictóricas, a velhice significava momento final de uma vida, mas, sim, um momento especial da existência. A vivência, a experiência e os conhecimentos acumulados ao longo dos anos tornam os idosos elos entre o passado e o futuro, sendo de grande valor sua colaboração para o desenvolvimento da sociedade.

A Organização Mundial da Saúde considera o envelhecimento um processo que ocorre gradativamente em três fases, sendo de 45 a 59 anos compreendida como meia-idade, de 60 a 74 anos o sujeito passa a ser considerado idoso, entre 75 e os 90 anos tem-se o ancião, enquanto a velhice avançada ocorre após os 90 anos de idade. A partir de 1º de janeiro de 2004, quando começa a vigorar no Brasil o Estatuto do Idoso, fica definido, mediante a Política Nacional do Idoso, sob jurisdição da Lei n. 8842/94, que idoso é o sujeito que tem 60 anos de idade. Já para a Constituição Federal, segundo o Artigo 230 § 2º, os 65 anos é referência para idoso, e o Código Penal Brasileiro remete aos 70 anos de idade.

Quanto aos aspectos biológicos, há certa dificuldade em mensurar como se processa o envelhecimento, visto que ele acontece desde o início da vida do indivíduo até a sua morte. Doll (2006, p. 88) relata que há controvérsias não somente sobre o início da velhice (60 anos/65 anos?) como também sobre a definição do processo de envelhecimento. As idades podem oscilar para mais ou para menos, mas não ficam jamais distantes desses marcos referenciais.

Essa relação entre qualidade de vida e o processo de envelhecimento fica evidente, segundo Netto (2006), por exemplo, na comparação entre países pobres e ricos - nos países desenvolvidos, a pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos de idade, enquanto que nos países em desenvolvimento essa idade baixa para os 60 anos.

Independentemente desses fatores sociais, é consenso que o conceito de velhice surgiu após a Revolução Burguesa e Industrial (NETO, 1997), época em que havia um especial interesse em pessoas economicamente ativas que dispusessem de força física, braçal para o trabalho. Se as pessoas não podiam mais contribuir economicamente para a sociedade, eram consideradas velhas e desprovidas de capacidade de produção para o mercado de trabalho. Modernamente, é aí que se concede ao indivíduo a aposentadoria, a qual, muitas vezes, faz com que ele, diante da perda da sua identidade de trabalhador, afaste-se também dos vínculos sociais que o mantinham próximo às pessoas.



Justamente por isso, Both e Lucas (2005) destacam que o idoso é facilmente descartado pelos meios de produção por ser tido como incapaz de manter o dinamismo da juventude. Por outro lado, tenta se vender um dever-ser ativo, engajado em atividades que sejam, a princípio, de atribuição apenas dos mais jovens.

Em cada um dos lugares sociais da família, da empresa, da crença religiosa, dos clubes, de cultura e lazer, da escola, das organizações de terceira via, da universidade e dos órgãos públicos, convém perguntar-se sobre a decisiva participação dos mais velhos no cumprimento da vocação de cada uma dessas instituições. (BOTH; BARBOSA; BENINCÁ, 2003, p. 33).

Com relação a isso, é necessário que se pensem estratégias para a inclusão do idoso na sociedade e, especialmente, por que não dizer, no mercado de trabalho, inclusive em função do aumento dos índices de envelhecimento no país.

Outra questão que gera polêmica trata-se da distinção entre qualidade e quantidade de vida, o que está relacionado à maneira como se avaliam as situações e as próprias mudanças que ocorrem com o corpo no processo do envelhecimento. Então, volta-se a afirmar: o envelhecimento não acontece de forma descontextualizada, mas, sim, em uma cultura onde a pessoa está inserida.

Segundo Zimerman (2000, p. 71), a sociedade está em constante modificação, o que exige adequação e adaptação de todos. Especificamente no caso da velhice, lembra a autora que “hoje não é raro encontrarmos em uma mesma família quatro gerações convivendo ao mesmo tempo”, o que, em tese, faria com que as diferentes gerações convivessem de forma mais harmônica entre si.

Nessa perspectiva, nas diferentes culturas, os velhos desfrutam de *status* variado. Na civilização ocidental, há tendência em se valorizar os mais jovens por serem estes os responsáveis pela produção gerada com o trabalho. Já nos continentes oriental e africano, se define a velhice como a fase da sabedoria, destacando, por isso, o idoso – lá, as gerações interagem e os mais velhos têm posição de destaque nas famílias, instância fundamental para a formação da consciência sobre as coisas do mundo. (LEME, 2002).

Porém, tal reconhecimento existente em outras culturas não se repete no ocidente, em que, em virtude da aceleração dos processos que afetam a pessoa com a passagem dos anos, há um medo de envelhecer, ou melhor, de mostrar-se velho. Esse medo é perceptível em várias situações através de comportamentos que demonstram uma tentativa de juvenilização, marcada pela artificialidade.

A idade, contudo, não é o único critério para definir o idoso, que constitui um grupo também variado em termos de saúde, formação escolar, renda, ocupação e estilo de vida. Faz diferença para um idoso ser ou não escolarizado, saber ler ou não a receita médica, por exemplo. Velhice, portanto, não é uma categoria homogênea, que atinge a todos da mesma forma. Na verdade, deveria se falar em velhices, no plural, em função dos diferentes olhares passíveis de serem dirigidos a essa fase da vida, considerando também o momento histórico em que se vive e a diversidade cultural existente.

Apesar da evidente exclusão do idoso da nossa sociedade, ainda é possível citar casos em que ele é extremamente valorizado, o que sinaliza para o potencial desta faixa etária. Assim, conforme as ideias apresentadas, para muitas pessoas, o julgamento sobre o que torna uma pessoa velha baseia-se em critérios tais como a aparência, as atitudes adotadas e a quantidade de tempo livre de que a pessoa dispõe.

A terceira idade, como passou a ser chamada, pode ser definida de diversas formas, dependendo dos referenciais utilizados. Para Rodrigues e Rauth (2006), não há um idoso típico. Para os autores, cada indivíduo é tão diferente quanto as experiências que viveu ao longo dos anos. Afirmam, ainda, que se estima que, no ano de 2010, a expectativa de vida ficará na média dos 71 anos de idade.

Independente desse marco, é indiscutível que a terceira idade trata-se apenas de uma das etapas da vida, a qual, como as demais, pode envolver uma revisão de papéis, de identidade e de conceitos. Uma das questões de grande relevância nesse processo diz respeito ao autocuidado, que envolve a forma como cada sujeito lida com as mudanças físicas, psicológicas e sociais advindas com o passar do tempo.

### 2.1.1 O Autocuidado e o Cuidado Prestado por Familiares e Profissionais

A transformação da etapa da velhice num conflito, muitas vezes, vai depender menos da idade e mais das vivências de uma pessoa e dos recursos internos disponíveis para lidar com as crises. Há pessoas que enfrentam bem uma sucessão de conflitos, enquanto outras enfrentam apenas relativamente algumas tensões, gerando mais ou menos ansiedade. O que diferencia um caso do outro é a estrutura psicológica da pessoa, as suas vivências e o suporte que cada uma tem para lidar com as dificuldades, bem como a relação que cada uma tem com o outro.

O conceito de autocuidado para Waldow (1995), caracteriza-se como atividades exercidas pela própria pessoa em seu benefício para a manutenção da sua qualidade de vida, da sua saúde e do seu bem-estar. Se existe uma deficiência de autocuidado, a ação de enfermagem deve estar presente.

A educação para o autocuidado deve auxiliar as pessoas a desenvolverem seus recursos internos para enfrentar o problema existente. Ressalta-se, nesse sentido, a importância das ações de equipes multidisciplinares, constituídas por profissionais da área da saúde, na busca da valorização do paciente e da família como agentes do autocuidado, em ações educativas.

O cuidado expandiu as fronteiras do território hospitalar, podendo e devendo ser realizado inclusive na residência do paciente, o que se configura no denominado *home care*, serviço prestado pelos profissionais da área da saúde, que visa, além de atender às necessidades do paciente, manter o seu conforto e o seu bem-estar, assim como o dos seus familiares.

A ação conjunta da equipe multidisciplinar junto ao paciente e à família auxilia na orientação sobre as possibilidades e os limites da assistência domiciliar. Quanto à qualidade do processo de cuidar, tais ações têm grande potencial para desencadear mudanças, à medida que influenciam no prognóstico do paciente.

Waldow (1995) destaca que a assistência somente se configura como um cuidado quando é planejada e implementada com a marca e o componente humano. O paciente necessita ser cuidado por se enquadrar num estado de dependência, requerendo atenção e zelo de parte de quem o cuida, o que vai além de ações técnicas. É preciso estar presente de “*cor-ação*”, isto é, uma ação impregnada de sentido e afeto aliada ao indispensável saber específico da área profissional. A

competência não exclui a afetividade, assim como a afetividade não deve ignorar a competência.

Conforme Duarte e Diogo (2000), a assistência em domicílio representa uma superação dos limites dos serviços da saúde, pois a reação psicológica do paciente e da família, associada às mudanças de papéis, leva os profissionais a reverem sua postura frente aos desafios, que vão além da capacidade técnica, exigindo também a existência de uma considerável habilidade de relacionamento interpessoal.

As famílias passaram por reestruturações ao longo dos anos, não sendo mais restritas e enquadradas unicamente na imagem de família nuclear (pai/mãe/filhos). Hoje, pode-se e deve-se definir a família de maneira mais flexível e heterogênea, sendo ela representada por qualquer pessoa com que o paciente mantenha vínculo, seja esse um parente, um profissional, um vizinho, um amigo, religiosos ou conhecidos. Esta extensão aumenta o conjunto de cuidadores disponíveis para o paciente, mas não substitui, de forma alguma, os profissionais com capacitação técnica, conforme já dito.

A mudança no quadro de saúde de um familiar, seja ela ocasionada por doença, por acidente ou pela própria velhice, retirando a autonomia da pessoa, que passa a depender dos outros, gera um grande impacto na família, tanto na revisão da expectativa de vida quanto no surgimento eventual de sentimentos de culpa, no impacto financeiro ou na modificação da qualidade de vida das pessoas envolvidas, que passam a ter sua própria autonomia cerceada.

Realizar uma análise minuciosa das condições emocionais e concretas dos familiares para atender de maneira adequada o paciente idoso se constitui, portanto, em uma importante intervenção da equipe de cuidadores, interdisciplinar ou não.

Habib (2001) refere que o envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno universal, podendo ser observado não apenas nos países desenvolvidos, mas também, de modo crescente, nos países do Terceiro Mundo. Os fatores responsáveis pelo envelhecimento são discutíveis, com especial referência ao declínio das taxas de natalidade e mortalidade. Em conjunto, tais declínios levam a uma menor existência de jovens entre populações que passam a viver períodos mais longos. As repercussões disso para a sociedade - populações progressivamente mais idosas - são consideráveis, particularmente no que diz respeito à saúde dos seus membros.

Muitos idosos dependentes são cuidados na sua própria casa, quando não na casa do familiar cuidador, instância em que há forte incidência da figura feminina:

Filhas de meia-idade são as que tendem a assumir essa responsabilidade, geralmente por mães idosas e enfermas. Com frequência a necessidade surge quando uma mãe fica viúva; como as mulheres tendem a se casar com homens mais velhos e a viver mais do que eles, elas têm maior probabilidade de vir a precisar de cuidados. Filhos únicos ou que morem perto têm maior probabilidade de tornarem-se cuidadores. (HICKMAN, 2000, p. 15).

Conforme Hickman (2000), a cultura atribui à filha o papel de cuidar, por ser esse considerado um papel feminino inocentemente treinado desde a infância, através das brincadeiras. Além disso, há maior intimidade entre mãe e filha, o que em muito difere da relação mãe/filho, sendo ainda maiores as reservas existentes entre sogra e nora. Assim, mesmo quando é delegada ao filho a função de cuidar, geralmente é a esposa quem assumirá grande parte dos cuidados.

Do ponto de vista da técnica, a equipe envolvida no cuidado do idoso abrange um núcleo formado por profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas. Esta rede não exclui, porém, a figura dos familiares, parentes, amigos, vizinhos, religiosos ou voluntários. Das condições sócio-econômicas da família vai depender a composição do grupo multidisciplinar, o qual, juntamente com as pessoas próximas, constituirá uma rede de cuidadores.

Apesar de caber aos cuidadores o cuidado com o outro, faz-se da mesma forma indispensável primar pela qualidade de vida do próprio cuidador, pois o papel exercido por ele no processo de recuperação do enfermo é fundamental, o que lhe exige as adequadas condições físicas e emocionais. Por isso, muitas vezes, é necessário um revezamento entre os cuidadores para evitar o esgotamento físico e psíquico de quem cuida.

Autores como Neto (1997) têm mencionado a importância de se oferecer suporte aos provedores de cuidados e tratamento de saúde. Para o autor, o profissional da área da saúde deve cuidar do outro ser humano integralmente em seu processo saúde-doença.

No âmbito doméstico, como já dito, podem exercer a função de cuidadores os familiares, parentes, amigos, vizinhos, o que, muitas vezes, acaba por gerar muitos conflitos:

A decisão de ser cuidador nem sempre parte da própria pessoa que assumiu o cuidado, sendo a obrigação, pena, gratidão e amor os principais motivos que determinam essa escolha, que por sua vez foi influenciada pela sua história de vida e pelos padrões culturais de cada um. (ARAÚJO, 2003, p. 24)

Percebe-se, na fala do autor, um misto de sentimentos que permeiam a vida do cuidador. Afinal, o cuidar seria um prêmio ou um castigo? Para muitos, esta é uma tarefa que exige doação contínua ao idoso, que se encontra em situação de dependência, pois, na maioria das vezes, cuidar implica abrir mão de sua vida pessoal, social e financeira. Há, portanto, uma sobrecarga para quem cuida, havendo, não raras vezes, despreocupação dos demais familiares em fazer um revezamento das atividades, a fim de evitar o estresse do cuidador.

Fica, então, a questão: quem cuida de quem cuida? Os sintomas físicos e psicológicos dos cuidadores familiares tendem a ser maiores do que os dos cuidadores asilares, principalmente por exercerem essa função ininterruptamente, devido às necessidades, dificuldades, recursos e potencialidades disponíveis. Eis a importância de se estimular o surgimento e divulgação de uma nova concepção de cuidador, propiciando a essas pessoas o acesso a um tratamento mais humanizado, o que terá como consequência uma melhor assistência ao idoso.

### **2.1.2 Perda de Autonomia e Institucionalização: a Relação do Idoso com o Profissional Cuidador**

O conceito de capacidade funcional, intimamente relacionado à questão do autocuidado, é particularmente útil no contexto do envelhecimento. Envelhecer mantendo todas as funções físicas e psíquicas não representa problema algum, nem

para o indivíduo, nem para a comunidade. O problema surge justamente quando tais funções começam a se deteriorar.

Já a noção de envelhecimento saudável está intimamente ligada à manutenção de autonomia. Para Waldow (1998), com o avanço da idade, a manutenção da autonomia está, por sua vez, diretamente relacionada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se estabelecer a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as suas funções diárias. Dessa forma, a ideia de envelhecimento cronológico perde relevância frente ao conceito de envelhecimento funcional, isto é, o envelhecimento das funções orgânicas.

A atenção dada à alimentação, aos exercícios físicos, à forma com que enfrentamos situações cotidianas delinearão o tipo de velhice que teremos. Devido às precárias condições de vida nos países subdesenvolvidos, frequentemente o envelhecimento orgânico precede o cronológico, sendo ambos, muitas vezes, bastante precoces.

À medida que o idoso não está mais em condições de exercer a prática do autocuidado, não mais se responsabilizando por suas ações, ele passa a necessitar de um cuidador familiar ou, na maioria das vezes, um cuidador profissional, o que obriga a família a reestruturar-se, não só financeiramente como também nas dimensões bio-psico-sociais.

O avanço da ciência muito tem contribuído para o aperfeiçoamento de novas técnicas e procedimentos nas instituições hospitalares, refletindo, assim, em um atendimento de melhor qualidade. Apesar disso, o contato com o ambiente hospitalar tende a gerar ansiedade, medo e angústia, pelo fato de o sujeito não mais ter o controle sobre seu próprio corpo. Temores quanto à morte, a sequelas ou ao diagnóstico médico são frequentes. Se o sujeito necessitar de um atendimento mais intensivo, precisando ser hospitalizado, há chances de que seja abalado também seu sistema psicológico, pois, além das questões orgânicas, ele deverá dar conta de um novo contexto que o priva de seu conforto do lar, do contato com os familiares, amigos, o que acaba por impossibilitá-lo de seguir sua rotina diária. Essa nova situação requer desprendimento de seus (pré) conceitos para aceitar o atendimento de um profissional, muitas vezes desconhecido, o que implica dividir seu espaço com ele, em trajes e situações nem sempre habituais e confortáveis.

Leitão (1993, p. 69) refere a esse momento, quando diz que:

[...] hospitalizar-se significa recolher-se em ambiente frio, impessoal e ameaçador. É sempre uma opção feita por necessidade e, muitas vezes, em emergência, sob um clima de expectativas e até medo. [...] significa que todos os mecanismos de defesa do ego, habitualmente utilizados, recebem também a repercussão desta mudança intelectual-afetivo-cultural.

Enfatizo aqui a possibilidade de o sujeito necessitar ficar internado para recuperar sua saúde durante curto ou longo período, e, não raras vezes, retornar ao seu cotidiano após cumprir o período de internação. Dessa forma, cada indivíduo constrói, ao longo de suas experiências, sua forma de responder à doença, sendo particularidade de cada um a maneira como se expressa frente a situações ansiogênicas, podendo apresentar crises de choro, irritabilidade, mostrar-se queixoso, mais exigente e intolerante ou mesmo emudecer.

A experiência de ter a saúde abalada e precisar ser hospitalizado tem suas peculiaridades, que se acentuam de acordo com o ciclo de vida no qual o indivíduo se encontra. Evidencio a velhice como uma dessas fases que requer cuidados especiais. Não é possível uniformizar as vivências de cada ser, e muito menos padronizar a forma de atendimento a eles destinado. O manejo adotado com um bebê é diferente do que é mais adequado a um adulto. Assim, para lidar com os idosos, é necessário que o profissional seja devidamente capacitado, apresentando conhecimento especializado.

A dimensão da qualidade do cuidado depende da forma como se estabelece o contato e a interação com o idoso hospitalizado, sendo esse o indicador de que está havendo trocas saudáveis. O profissional da saúde é considerado um profissional da vida. Assim, deverá ser capaz de transmitir vida em todas as suas ações e atitudes. (BETTINELLI et al., 2006, p.183).

Cabe, então, questionar se as instituições hospitalares estão preparadas para receber o paciente com idade avançada, se têm profissionais da saúde em quantidade e com qualificação suficiente para serem cuidadores de sujeitos idosos.

Nesse sentido, Meyer (1998, p. 29-30) salienta que:



Na enfermagem, as teorias buscam construir as ações de assistir/cuidar/educar, de forma a deslocar o eixo fundamental que, na medicina, opera em torno das ciências empíricas (com ênfase na biologia), em direção às ciências humanas privilegiando como eixo a psicologia; focalizam, especialmente, os aspectos comportamentais (adaptação e independência) e das relações humanas (ajuda, diálogo, orientação, interação enfermeira/o – paciente).

Concordo com Leitão (1993) quando questiona sobre a rotina hospitalar, desde as acomodações até o treinamento que a equipe recebe, em que as ações estão focadas para o adulto, mas um adulto que, mesmo estando internado, tem grande chance de retornar ao seu cotidiano com saúde. Apesar disso, o que leva os profissionais da saúde a, muitas vezes, evitarem o contato com a pessoa idosa? Sobre isso, Pessini (2006, p.16) levanta a hipótese de que “cuidar de idosos significa, antes de tudo, entrar em contato com nosso próprio processo de envelhecimento.”

A função primordial dos profissionais cuidadores de idosos é prestar assistência visando promover a recuperação e a manutenção da sua saúde. Mas seria esta uma assistência de qualidade?

Leitão (1993, p. 73) afirma que:

O idoso é só uma variação do adulto. [...] Infelizmente, por preconceito social, este é colocado a um segundo plano frente ao atendimento de jovens, crianças e adultos produtivos, e até a atenção ou carinho dedicados a eles são estigmatizados. Sempre o fim da vida lembra a morte, e morte é evitada cem por cento nos hospitais. A vó e o vô ficam sempre à sua espera, bem mais que outros determinados pacientes.

O respeito, a empatia e o apreço em relação ao sujeito idoso são condições primordiais para que os profissionais tenham sucesso na sua atuação junto a unidades hospitalares que atendem a pacientes com idade mais avançada.

O que percebo, quanto a isso, é que é preciso ficar atento em relação a esse aspecto, pois esta é uma questão de base. Por isso, a formação dos profissionais da área da saúde, sejam eles psicólogos, nutricionistas, enfermeiros ou qualquer outro profissional que entre em contato com o sujeito idoso internado, passa pelos estudos voltados à gerontologia.

Sobre este aspecto, Both (1999, p. 81-82, [grifo do autor]) defende que:

[...] a conquista da longevidade constitui-se em razão suficiente para repensar o currículo [das escolas e dos cursos de formação]. Se esse acontecimento humano é digno de ser considerado pelas políticas educacionais, qual a razão que impede que a mudança ocorra? [...] **A vida humana, a possibilidade de torná-la longa e as suas formas de expressão parece ser objeto capaz de atrair a atenção dos educadores.** Se os meios de obtê-la são motivos de preocupação e, mesmo, de reforma curricular, por que não será a própria vida razão para a prática curricular?

Nesse trecho, percebe-se o quanto é urgente repensarmos os princípios norteadores para a *(re) estruturação* dos currículos que, acima de tudo, devem primar pela formação do ser humano na sua integralidade, ultrapassando o conhecimento técnico, muitas vezes, fragmentado, oferecido em cada disciplina.

Assim, torna-se indispensável que ocorram transformações nos processos político-pedagógicos que norteiam a formação dos profissionais da área da saúde, com vistas a repensarmos o processo de assistência ao sujeito hospitalizado e, em especial, à pessoa de idade avançada. A prática do cuidado precisa ter bases sólidas ancoradas nos princípios da ética humana e do conhecimento voltado ao bem maior – a vida –, o que deve pautar a atuação dos cuidadores profissionais, de quem passarei a tratar a partir deste ponto.

## 2.2 PROFISSIONAIS CUIDADORES DA ÁREA DA SAÚDE

Quando a necessidade de cuidado é significativa, merece o envolvimento de todas as pessoas incluídas no processo, e não apenas dos cuidadores profissionais. Waldow (2001, p. 146) defende que “na verdade, todos somos ou deveríamos ser cuidadores.”

A essência do relacionamento terapêutico reside nas relações interpessoais estabelecidas pelo profissional e o paciente. Eis a importância do profissional cuidador e o exercício da empatia frente ao cuidado.

Kohlrausch et al. (2000) alertam para o fato de que o cuidado na enfermagem passou a ser tema de estudo principalmente a partir da década de oitenta, quando a humanização do cuidado voltou a fazer parte das inquietações de várias pesquisadoras da área da enfermagem, entre elas Waldow, Lopes e Meyer (1995), dentre outras.

Isso é extremamente relevante principalmente considerando que a complexidade e a rotina que envolve o ambiente hospitalar propiciam um atendimento mais “automatizado” das pessoas envolvidas no trabalho, as quais, muitas vezes, esquecem a importância do toque, da conversa, do sorriso e da disponibilidade em ouvir o ser humano que está sob cuidados. Ocorre, assim, uma “mecanização” no atendimento, o que pode dar origem ao profissional que apenas cumpre as atividades diárias, sem refletir sobre elas.

Em se falando do envolvimento entre o cuidador e o cuidado, é preciso perceber que há uma multiplicidade de maneiras de se demonstrar o cuidado, no entanto, o contato físico é, dentre todos, o melhor caminho para estabelecer um satisfatório relacionamento interpessoal, constituindo-se, por isso, em uma efetiva forma de comunicação. Dessa forma, é imprescindível que o profissional cuidador mantenha um vínculo afetivo com o enfermo, em especial, no caso de o mesmo ser idoso.

Nessa dimensão, pode ocorrer que eventualmente a linguagem verbal esteja comprometida, sendo necessário, nesses casos, “um processo de reencaminhamento para a recuperação”, segundo o autor que também afirma que:

Necessita [-se], muitas vezes, de esforços repetidos e consistentes, pois a instalação da morte psicossocial leva a resistências, às vezes insuperáveis. Retomar a palavra para o aperfeiçoamento humano nem sempre é tarefa fácil para os amigos, familiares e para o indivíduo que necessita ressignificar o seu universo representativo e afetivo. (BOTH, 2004, p. 33).

Já quanto ao contato físico entre os dois sujeitos, Santos (2001, p. 93) salienta que:

[...] o toque é um meio de comunicação, tornando o corpo mediador da relação do cuidador com o idoso, pois o toque permite ao idoso sair de seu isolamento. Ele torna-se uma linguagem, não [sendo] desprovido de emoções, mas um gesto maior, inscrito numa imensa dimensão afetiva.

A autora defende a ideia de que ao iniciar uma comunicação com o idoso enfermo é importante estabelecer contato com o olhar, com o toque, criando um vínculo mais próximo com a pessoa idosa.

Para a mesma autora, estes cuidados estão expressos na:

[...] utilização de frases claras e simples, ouvir o idoso com paciência, respeitando seu ritmo de resposta, ser amável e atencioso, chamá-lo pelo seu nome, evitando expressões como *vozinha*, Aos idosos desorientados, o cuidador deve procurar estabelecer rotinas diárias, porque a repetição facilitará ao idoso perceber que seu dia está transcorrendo. Utilizar cartazes com letras grandes também facilita a comunicação. (SANTOS, 2001, p. 88).

É importante, ainda, estar atento para as possibilidades e limitações demonstradas pela pessoa idosa, pois é imprescindível respeitar seu ritmo e condição atual para manter seus contatos com os demais.

Conforme Waldow (2001), este cuidado consiste, muito mais do que em uma simples atividade profissional, em um comportamento que as pessoas passam a considerar como sendo um direito daquele que precisa. Isso significa que as sociedades, em geral, reconhecem que as pessoas convivem trocando experiências, propiciando desenvolvimento e conforto ao seu semelhante.

A mesma autora, no entanto, defende que não há fórmula pronta para realizar o cuidado, pois ele vai além da racionalização – precisa ser um agir significativo e estar investido de afeto, em que o sentir tem prioridade sobre a razão. Para ela, os profissionais cuidadores precisam ter um equilíbrio entre o racional e o afetivo, para que o ser cuidado se sinta aceito e respeitado, independente de sua condição atual, em geral, fragilizada.

Nessa perspectiva, a preocupação do cuidador profissional não deve estar centrada apenas no diagnóstico da enfermidade de seus pacientes. Ele precisa, em vez disso, que aquele que está sendo cuidado seja atendido também em suas

necessidades psicológicas, analisando a pessoa como um todo, e não apenas partes dela.

Silva (2001), por seu turno, ressalta a necessidade de se oferecer aos profissionais da área da saúde apoio e condições humanizadoras para que o sentimento dos pacientes frente ao cuidado possa ser melhor compreendido. Esta seria, inclusive, uma forma de qualificar o atendimento prestado, o que inclui aquele dado por meio da linguagem verbal e não-verbal.

Ratifico, com base em minha experiência nessa área, o que defende Horta (1979), segundo o qual o profissional da saúde é um ser humano, tendo, assim como qualquer outra pessoa, sua subjetividade e individualidade. Especialmente, ele é um ser humano que se compromete com a vida e com a qualidade de vida, assumindo o compromisso com essas questões no momento em que busca conhecimentos e desenvolve habilidades com vistas a se tornar um cuidador.

Além disso, o enfermeiro é também é alvo de cuidado e de um olhar que o reconheça com suas capacidades e limitações. Existem características próprias que identificam o cuidador. Talvez a principal seja a sua disponibilidade para cuidar. O ser / enfermeiro e o ser / paciente coexistem, ou seja, um depende do outro: o paciente, do resgate de sua saúde e o enfermeiro, do exercício de sua profissão.

Dessa forma, o desafio dos cuidadores é reconhecer suas próprias potencialidades e dificuldades, não se considerando onipotentes, já que a relação entre as pessoas, frente ao exercício da prática profissional, exige muita doação.

### **2.2.1 Do Profissional Cuidador à Profissional Cuidadora: a Desigualdade entre os Gêneros**

O cuidado humano foi uma constante na história da humanidade, revelando não apenas vínculos afetivos, mas, antes e principalmente, a necessidade de preservação da espécie humana sempre ameaçada por intensas e diferentes causas. Sobreviver, nesse contexto, significou, desde sempre, cuidar de si e do seu semelhante.

Várias civilizações, segundo Waldow (2001), destacaram-se por suas realizações, deixando legados sem precedentes, nas mais diversas áreas do

conhecimento, sendo que algumas até hoje constituem verdadeiros mistérios face a sua grandiosidade. Como exemplo, cita-se a civilização grega, que, assim como outras civilizações, demonstrou uma espécie de cuidado especial com os mortos, dispondo ao lado deles tudo aquilo que poderia satisfazer suas necessidades. A habilidade e o cuidado com o corpo foram, neste período, extraordinários, destacando-se a arte da mumificação.

Ainda hoje, muitas culturas, nas mais diversas partes do mundo, tendo por intuito o cuidado, praticam rituais quase sempre de caráter religioso, para, ainda, perpetuar e celebrar a vida e seus mistérios. Estão aí incluídos os rituais que previam que se deixassem alimentos e objetos de estimação junto ao corpo do ente querido. Já na cultura nipônica, o respeito pela família, pelos mais velhos e pelo grupo de trabalho é muito evidente, o que inclusive parece oferecer subsídios de resistência à dor e ao estresse. Na cultura germânica, a importância ao trabalho, ao lado da organização e da limpeza no seu ambiente de convívio com os demais, ganha destaque, enquanto que, na cultura italiana, são os laços familiares e a manifestação de afetos que prevalecem. Tais constatações de Leininger (1991) nos levam a pensar não somente nestas culturas em específico, mas também na brasileira, o que nos leva a formular a seguinte questão: na pluralidade cultural em que vivemos, que legados, que marcas e que rituais nos identificam como cultura e como nação?

A espécie humana tem sobrevivido única e exclusivamente graças ao cuidado que congrega, fortalece e mantém viva a espécie humana e, por isso, cabe refletir sobre a forma como se tem visto estes aspectos na sociedade brasileira atual.

A área da enfermagem tem se constituído como um dos campos principais do cuidado humano e, por conseguinte, não se pode falar em cuidado sem referir à enfermagem. Mesmo antes de ser criada a profissão, o cuidado já existia, exercido quase que exclusivamente por mulheres, que, mais tarde, estenderam essas práticas às instituições hospitalares.

Especificamente dentre os profissionais cuidadores, a enfermagem ocupa um lugar central. Segundo Teixeira (2007, p. 11), “são os trabalhadores da saúde que mais entram em contato com os doentes.” De fato, na enfermagem, assim como na educação, o sexo feminino ocupa quase a totalidade do espaço, o que me leva a questionar as razões que levam tantas mulheres a buscarem essa exaustiva profissão. Levanta-se, assim, a hipótese de tal resposta estar ligada ao simples

prazer gerado pelo exercício de cuidar, de preservar a vida ou, talvez, pela ausência de outros espaços profissionais para as mulheres.

Para Meyer (2000, p. 53):

[...] a enfermagem brasileira, tal como os Estudos Feministas, percorreu um árduo caminho questionando a definição naturalizada da enfermagem como profissão de mulher. Essa trajetória, [...] nos sugerem que não deveríamos abrir mão da postura de duvidar (e de resistir a) todas as verdades e fenômenos “naturalmente” dados. Incluindo-se aí, a do cuidado como destino.

Questões como essas são imprescindíveis para uma análise do campo profissional dos cuidadores, pois, historicamente, o cuidado tem sido delegado pelas sociedades às mulheres, sendo visto como uma espécie de “um legado decorrente da condição feminina.” (MIGOTT, 2001, p. 132).

Confirmando a tendência histórica, ainda hoje, as mulheres continuam optando por cursos superiores nas áreas das ciências humanas e da saúde. Dados do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2008) mostram que, em 2003, a maior porcentagem de alunos do curso de enfermagem tratava-se de mulheres (84,7%). Também de acordo com esta pesquisa, o Conselho Nacional de Enfermagem apontou que, em 2007, que o sexo feminino representou 89,89% das enfermeiras e 86,54% das técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem do país.

De acordo com Fonseca (1996, p. 63-65):

[...] a prática do cuidado traz para seu exercício um contingente de mulheres que precisa ser dotado de qualidades percebidas como naturais às mulheres. [...] Pode-se dizer que o ser enfermeira embute-se, portanto, no ser mulher e, mais, no ser mulher com atributos de mãe, pura, honesta, disponível e abnegada.

O trabalho feminino tende a ser percebido pela sociedade contemporânea como uma extensão do lar, do casamento e da maternidade, chegando, por vezes, a ser confundido com uma espécie de vocação sacerdotal. Detentora dos mecanismos de reprodução e fertilidade, é comum a mulher assumir a procriação como

responsabilidade sua. A organização do lar, a preocupação com os filhos e a administração do trabalho doméstico ainda é compromisso do gênero feminino, mesmo que a modernidade tenha trazido grandes avanços.

Desde os primórdios das civilizações, à mulher foi atribuído o papel de cuidar do bem-estar da família e organização do lar, enquanto que ao marido cabia o provimento do sustento de seus dependentes. Essas raízes históricas permanecem ainda hoje, conforme Verdi (1993), que também fala da expansão do papel social exercido pela mulher e da sua participação no mercado de trabalho.

No entanto, as questões de gênero colocam a mulher da enfermagem frente a um conflito: o papel de mãe dedicada, o papel de mulher do lar, de companheira dócil e o papel de profissional, responsável, incisiva e competente. Tal conflito interfere de diferentes maneiras na delicada profissão do cuidar.

Fischer e Marques (2008) frisam que, devido à condição de gênero, muitas vezes, a mulher tem seu trabalho considerado como responsável apenas como uma “ajuda” no orçamento familiar, pois, em relação ao gênero masculino e à cultura vigente, o seu trabalho agrega um valor menor. Além disso, a mulher que atua na saúde ainda tem restrita a possibilidade de chegar a um cargo de liderança, de gerenciamento e de poder nas esferas que atua, pois tais posições geralmente são delegadas aos homens.

[...] ao longo da história, na maioria das sociedades e culturas conhecidas, as mulheres estiveram, e continuam, inseridas em posições de subordinação e de desigualdade, as quais assumem contornos muito específicos nas relações de poder que definem relações de trabalho, de conjugalidade ou parceria sexual, dentre muitas outras. (MEYER, 2008, p. 1).

As relações humanas acontecem em diversas dimensões - profissional, social e familiar - sendo o ambiente responsável pela qualidade das relações. O ser humano tem, no trabalho, um importante elemento no que se refere a sua relação com o mundo material e a vida psíquica. Nesse sentido, Prata e Yazaki (1991) lembram que, tradicionalmente, sempre coube ao homem o papel de provedor e de responsável pela sobrevivência material de sua família, passando o mesmo a deter o papel de autoridade moral e definidora dos rumos da vida dessa pequena



coletividade. Assim, sempre houve uma hierarquia que implica na subordinação da mulher.

Algumas profissões, por suas características, propiciam um distanciamento entre as instâncias públicas e privadas, mas, na profissão do cuidar, isso quase sempre se constitui numa utopia. Nessa perspectiva, Fernandes et al. (2008) relatam que as enfermeiras se deparam com o difícil desafio de separar a vida familiar e a vida profissional, ao mesmo tempo em que se obrigam a fazer de uma a continuidade da outra. Conseqüentemente, os problemas ocorridos no mundo do trabalho repercutem na vida pessoal, que é relegada a um segundo plano, sendo que o inverso também é verdadeiro, já que o local de trabalho, em geral, tenso, interfere no dia-a-dia fora do âmbito hospitalar. Quando essas pressões são frequentes a ponto de afetar a autoestima do sujeito, o enfermeiro, na busca de adaptar-se ao processo de viver saudável, pode reagir de diferentes formas – passivamente ou até mesmo com agressividade.

Na minha experiência junto a profissionais da área da enfermagem, vivenciei situações em que o enfermeiro trazia para si toda responsabilidade de uma situação, carregando preocupações do trabalho em tempo integral, assumindo de forma individual certas situações e esquecendo-se, com isso, da co-responsabilidade dos demais profissionais, uma vez que se sentia o único responsável por dada situação, a ponto de relegar a um segundo plano o cuidado consigo mesmo. Essa espécie de onipotência pode gerar o sentimento de insatisfação, angústia e estresse, vindo a afetar sua saúde física e psíquica, prejudicando, assim, a sua qualidade de vida.

No caso específico da mulher, a sua profissionalização na enfermagem está muito marcada pela subordinação ao homem, o que lhe acarreta uma sobrecarga de trabalho e de estresse, “que pode gerar um novo perfil de adoecimento, marcado principalmente pelo sofrimento psíquico (particularmente a depressão).” (CATTANI; HOLZMANN, 2006, p. 251).

Para Migott (2001), outro fator de angústias e sofrimento na enfermagem são as constantes trocas de setores, que, na maioria das vezes, ocorre sem o conhecimento do profissional que vai ser remanejado. A autora salienta ainda outros fatores desencadeadores de sofrimento, a saber, a falta de material adequado para o trabalho, o excesso de tarefas e de deveres, as cobranças que recaem sobre a categoria e o pouco tempo para o contato direto com o paciente, bem como as críticas, tanto internas como externas, ao trabalho de enfermagem.

Arendt (1999) bem observa que à mulher, tradicionalmente, é destinado o espaço privado e, ao homem, o espaço público, o que gera conflitos gigantescos, os quais tive oportunidade de presenciar muitas vezes quando alguma enfermeira dividia-se entre os âmbitos familiar e de trabalho.

Quanto às pressões inerentes ao trabalho, há uma certa resignação entre os enfermeiros acerca de um certo sofrimento causado pela pressão, normas, condutas e cobranças vivenciadas no seu trabalho. A falta de oportunidade de expandir as aptidões, desejos e anseios individuais no ambiente de trabalho, em geral, acarreta insatisfação e desprazer. Sendo assim, o trabalho tanto pode funcionar como um agente que contribui para a manutenção da saúde mental quanto para o desequilíbrio mental ao trabalhador. (DEJOURS, 1992).

Essa visão acerca do trabalho da enfermagem aponta para o esgotamento, ao passo que o funcionamento de tal universo profissional dá visíveis sinais de mudança. Não se pode negar, contudo, a relação verticalizada e a desigualdade que ainda permeiam as relações de trabalho, de poder e de decisão. Assim, apesar das transformações e avanços ocorridos na modernidade, prevalece nos dias atuais, sobretudo, na área da enfermagem, uma ética que determina uma posição conformista e passiva dos sujeitos.

Segundo Costa (1998), admitir as relações de poder no ambiente de trabalho como eticamente incorretas seria um meio de valorizar o ser humano e o profissional da saúde, consistindo, assim, em uma forma de se conquistar também a sua própria saúde.

Dessa forma, ratifico a posição assumida por Migott (2001, p. 139), que afirma:

[...] a temática gênero não poderia ser vista apenas como abstração resultante de uma divisão sexual do gênero humano, mas abranger a vida humana como um todo. Como se percebe, a questão de gênero tem importante papel no modo de agir da enfermagem, especialmente do enfermeiro, e, portanto, do ser enfermeiro.

Conclui-se, assim, que superar esses dois universos historicamente instalados nas instituições cuidadoras se constitui num dos maiores desafios para

quem pretende conhecer, analisar e compreender a prática do cuidado na sociedade humana.

### **2.2.2 Qualidade de Vida e Saúde dos “Trabalha(dores)”**

O trabalho, assim como a sociedade, vem, ao longo dos séculos, sofrendo constantes transformações, com a implantação de novos modelos de gestão e tecnologias adequadas, visando ao aperfeiçoamento de produtos e serviços. O sistema capitalista gerou transformações importantes, que tiveram efeito direto sobre a organização do trabalho e sua dinâmica. Dessa forma, cabe questionar se as estratégias utilizadas pela organização do trabalho para aumentar a produtividade não poderiam ter repercussões sobre a saúde dos trabalhadores.

A exigência pela qualidade tem se refletido nas instituições, as quais primam pelo aumento de produtividade, em detrimento, muitas vezes, da qualidade de vida do trabalhador. Para alguns autores, como Seligmann-Silva (1994) e Taffe (1997), é a partir dos conflitos existentes entre o trabalhador e seu trabalho que nasce a psicodinâmica do trabalho, que estuda o prazer e/ou sofrimento psíquico dos trabalhadores no ambiente empresarial, substituindo a psicopatologia do trabalho, que focava somente nas doenças oriundas do trabalho.

Conforme já dito, as transformações no mundo do trabalho fizeram com que fossem evidenciadas questões relativas aos processos de qualidade de vida, saúde e doença dos trabalhadores e, aqui, em especial, volto a atenção para os profissionais cuidadores de idosos, foco deste estudo. Tais profissionais têm como responsabilidade a prestação de auxílio às pessoas para que elas mantenham um nível satisfatório de bem-estar.

A saúde, em termos holísticos, segundo Capra (1991), é proveniente de uma concepção sistêmica da vida, ou seja, o sistema é a soma das partes, que se integram e formam o todo, a soma dos diversos contextos nos quais o indivíduo está inserido, sejam eles familiares, sociais ou profissionais. Apesar desta subdivisão, é preciso sempre ter claro que o ser humano funciona de forma integrada, pois é um todo. Quando alguém está saudável, seu organismo como um todo se encontra em harmonia, em equilíbrio consigo mesmo e com o meio.

Dessa concepção é que vem a noção adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), segundo a qual a saúde pode ser considerada como “o completo bem-estar físico, mental e social” do indivíduo.

Assim, para que o indivíduo seja saudável, é preciso manter um certo grau de estabilidade no sistema em que está inserido, seja esse um espaço público ou privado. Já a doença é percebida, então, como a ausência de saúde e bem-estar, requerendo acompanhamento de profissionais habilitados que possam promover o restabelecimento e a manutenção do estado de saúde.

Na área específica do trabalho, concordo com Dejours (1992) quando ele afirma que o sistema organizacional é a causa de algumas descompensações dos trabalhadores, como a elevação no nível de estresse, com ocorrência de episódios de crises de choro, angústia e ansiedade, por exemplo.

[...] Se as diversas operárias descompensam, a chefia direta intervém, geralmente com a diminuição do ritmo de trabalho. Basta diminuir a pressão organizacional para fazer desaparecer todo o sofrimento. O sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só o a doença é admissível. Por isso, o trabalhador pode apresentar um atestado médico. (DEJOURS, 1992, p. 120-121).

A partir disso, é possível dizer que as organizações nem sempre se encontram preparadas para lidar com problemas de saúde apresentados pelos funcionários, reagindo apenas quando sua saúde coletiva é afetada.

Cabe ressaltar que saúde está intimamente ligada à qualidade de vida, a qual consiste numa certa maneira de ser e se constrói na ação do cotidiano.

Nessa perspectiva, a saúde de cada pessoa vai sendo construída ao longo da sua vida e, por isso, hábitos saudáveis devem ser ensinados desde a infância, para que o indivíduo cresça com tais comportamentos saudáveis já internalizados, como se isso fosse parte dele próprio, e não algo incorporado artificialmente, de forma imposta ou emergencialmente inserido para tentar solucionar alguma situação de desequilíbrio surgida.

Os indivíduos ou os grupos buscam satisfazer as suas necessidades mutuamente, através das relações de trabalho. Represas (2000) destaca que, quando se fala em saúde, necessariamente tem de se falar em trabalho, já que boa

parte da vida é passada no ambiente organizacional, que influi direta ou indiretamente na saúde do trabalhador.

No que tange à organização hospitalar, é necessário lembrar que os profissionais da área da saúde dependem da forma como o trabalho está estruturado e dos recursos internos que eles utilizam para transpor as dificuldades cotidianas. Silva e Massarollo (1998) referem que as dimensões da estrutura política e organizacional dos ambientes de trabalho interagem com aspectos particulares de cada trabalhador, como sua individualidade, que define suas ações e reações, a qualidade de seu trabalho e, conseqüentemente, se reflete na sua própria qualidade de vida.

A causa do sofrimento vivenciada pelo trabalhador está intimamente ligada ao vínculo estabelecido entre trabalhador / trabalho, dependendo da sua personalidade e da relação existente com a organização da qual faz parte. Dejours (1992, p.43) refere que “do choque entre o indivíduo, dotado de uma história personalizada, e a organização do trabalho, portadora de uma injunção despersonalizante, emerge uma vivência e um sofrimento.” A despersonalização e anonimato, que tornam todos iguais, negando a singularidade do sujeito trabalhador, são causadoras de doenças cujos sintomas atingem, em diferentes graus, tanto a empresa quanto a sua própria família, que, por vezes, também adocece.

Ainda sobre a concepção de doença, Leitão (1993, p. 92) defende a ideia de que ela seria a ausência de saúde e a busca da recuperação:

O hospital existe em função do doente, da doença. Sem esse portador, seu sentido inexistente; tudo que está lá se passa e é determinado pela dor e pelo sofrimento. No entanto, o hospital é a “Casa da Saúde”, mas uma saúde que quando reconquistada de imediato, sai do hospital, com a alta. [...] O convívio é desgastante - a “Casa da Saúde” está sempre doente e precisa da doença para sobreviver.

Dessa forma, o profissional da saúde trabalha numa organização em que emergem a dor, o sofrimento, o desespero, além de perdas, que vão desde a perda parcial da saúde até perdas irreversíveis de pessoas. Sobre isso, Almeida, Araújo e Guezzi avaliam que:

O cuidado do paciente com dor é multiprofissional e interdisciplinar. Apesar disso, são os profissionais de enfermagem que por ocasião da hospitalização, permanecem por maior tempo junto aos pacientes e portanto desempenham papel fundamental na identificação, avaliação e cuidado do indivíduo com dor. (1998, p. 33).

O trabalho traz, no seu bojo, obrigações que devem ser cumpridas visando ao bom funcionamento da instituição. Assim, é possível perceber que as pressões do trabalho refletem no equilíbrio psíquico, afetando-o, e que a saúde mental do trabalhador deriva da (des)organização do trabalho. (CHANLAT, 1996).

Para Taffe (1997), o trabalhador mantém o equilíbrio psíquico no trabalho se for possível depositar sua energia nas atividades cotidianas no ambiente organizacional, atividades essas que deveriam ser percebidas por ele como fonte de prazer. Do contrário, ocorre a dor e o sofrimento, gerando fadiga e estresse, os quais atuam diretamente na qualidade e na quantidade da sua produção, além representarem um sério risco de acidentes.

No que se refere à atividade dos profissionais da área da saúde, Codo Sampaio e Hitomi (2006) chamam a atenção para a síndrome que acomete os profissionais que primam pelo exercício do cuidado aliado a sua prática profissional, em especial, os vinculados às áreas da educação<sup>1</sup> e da saúde, pois esses tendem a se envolver afetivamente com as pessoas, entrando em exaustão emocional, uma vez que destinam grande carga de energia psíquica no exercício do cuidado. Com isso, ocorre um desgaste que afeta a sua saúde física e mental, o que desencadeia o estresse e a Síndrome de *Bournout*:

Cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene. Grandes responsabilidades espreitam o profissional em cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não aguenta mais, entra em *bournout*. (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 2006, p. 238).

Especialmente é preciso considerar que profissionais que não gozam de boa saúde ou que se encontram com sua saúde fragilizada estão mais propensos a cometer erros no seu ambiente de trabalho, podendo colocar em risco a vida de quem cuidam e a sua própria. Por isso, a instituição hospitalar, acionado o seu setor

de recursos humanos, deve promover ações visando à prevenção de problemas oriundos da falta de saúde e de bem-estar de seus trabalhadores. Para tanto, pode propor ações sócio-educativas cuja consequência se reflita na saúde de toda a instituição. Esse processo educativo, portanto, é indispensável para a saúde pessoal e institucional, pois a doença e o adoecer não podem ser vistos e compreendidos como fatos isolados e individuais, mas sim coletivos e institucionais.

Na minha trajetória enquanto profissional ligada a uma organização hospitalar, pude constatar que a instituição, muitas vezes, tende a se afastar da intenção para a qual foi criada. Porém, sua evolução enquanto empresa desencadeia um processo de tensão entre organização e trabalhador. Nessa relação deficitária, não raras vezes, os profissionais acabam também por adoecer, seja pelo ritmo e (sobre)carga de trabalho, seja pelas disputas de poder, pela submissão a normas impostas, pela ausência de participação nas decisões, pela falta de reconhecimento ou pela ausência de possibilidade de promoção interna.

Quanto a esse último aspecto, Taffe (1997) salienta que há sofrimento na enfermagem devido à falta de reconhecimento, e que a transformação do sofrimento em criatividade passa pelo espaço público de fala. O silêncio ou o silenciamento de tais profissionais tende a provocar o estresse.

Nesse contexto, o gestor de recursos humanos pode e deve ser um agente de mudanças ao cuidar de quem cuida, promovendo a educação continuada na organização hospitalar, agregando um conjunto de ações que envolvem planejamento, aperfeiçoamento e qualificação profissional, oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde com qualidade de vida do trabalhador. Criar espaços terapêuticos para que os profissionais da área da saúde possam manifestar suas emoções, angústias e desilusões junto a sua equipe, num trabalho em que os participantes troquem experiências entre si, resultando o fortalecimento mútuo, possibilita ao profissional da saúde o reconhecimento e o respeito ao seu trabalho e, sobretudo, a sua pessoa, como pude comprovar na minha prática junto à equipe dos profissionais cuidadores do hospital no qual atuei.

A saúde e o trabalho são ambos os requisitos fundamentais para uma vida de qualidade e, sendo assim, é necessário entender como prioritárias a afirmação da vida e a luta pela saúde nos locais de trabalho. Assim, promover a saúde no espaço de trabalho implica, necessariamente, fortalecer a capacidade individual e coletiva

para transformar as situações hostis e que causam sofrimento. Isso significa dizer que a saúde e o adoecer são reações e sintomas através dos quais a vida se manifesta, correspondendo a experiências singulares e subjetivas e, desse modo, não devendo estar presas a conceitos restritos. Assim, a saúde é tecida e mantida na teia social que se expressa no micro cosmo da empresa e do grupo familiar.

Conforme Dejours (1994), a prevenção é uma das abordagens mais eficazes e menos onerosas em termos financeiros. Em outras palavras, as pessoas precisam ser educadas para a saúde e para o bem-estar, percebendo que a prevenção, associada aos bons hábitos de vida, constitui-se o melhor caminho para evitar e combater as doenças ou transtornos oriundos da relação homem-organização.

Nessa perspectiva, a educação para a saúde compreende um trabalho coletivamente desenvolvido pelos órgãos públicos e pela comunidade em geral. Implica muita informação, primando pela prevenção, o que significa desenvolver um trabalho contínuo de conscientização em que o maior beneficiado neste processo é o sujeito. Implica, sobretudo, a possibilidade do trabalhador ser percebido como alguém singular, e não como uma peça a mais na máquina organizacional. Tais ações, tanto podem garantir a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos como também, em termos práticos, são capazes de representar uma considerável economia, imediata ou não, dado que diminuiriam os tratamentos e, sobretudo, as faltas ao trabalho por motivos de saúde.

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1994), o objetivo principal da educação para a saúde, ou da reeducação, em alguns casos, é ajudar a desenvolver a consciência da importância de uma alteração no estilo de vida para que se possa alcançar o equilíbrio físico e mental.

Fica evidente que o estado de saúde não é algo estático. Pelo contrário, ele se constrói e se mantém individual e coletivamente ao longo de toda a vida. Mais uma vez, volta-se à ideia de que a saúde depende de um processo educativo e, portanto, deve ser tratada não apenas com base em referenciais de natureza biológica, mas, especialmente, na complexidade do contexto sócio-cultural do qual emerge. A partir disso, é possível afirmar que um dos maiores desafios dos profissionais cuidadores na área da saúde é conjugar as duas dimensões: vida pessoal e o cuidado de si com a vida profissional e o cuidar do outro.

Até o presente momento, foram enfatizados os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, ou seja, aos pacientes e cuidadores, e a partir de agora, a



discussão ficará centrada nas questões estruturais desse processo. Para tanto, apresento, a seguir, uma breve retomada histórica do surgimento das instituições hospitalares, bem como uma sucinta contextualização da evolução das políticas públicas de saúde do idoso.

### 2.3 O SURGIMENTO DOS HOSPITAIS

A literatura analisada apresenta divergências no que diz respeito à origem da instituição hospitalar. Para Campos e Campos (1982), o hospital originou-se como forma de apreço às pessoas acometidas por doenças, em busca de condições para restabelecer o indivíduo a fim de que ele voltasse a viver em sociedade:

Não é ponto pacífico a explicação da origem histórica do hospital. Achamos que a sua instituição decorreu da necessidade de proteger o indivíduo incapacitado física, mental e socialmente e que perdeu a condição de continuar convivendo no ambiente familiar sem causar prejuízos às rotinas de vida de seus familiares. (CAMPOS, 1982, p. 21).

Tradicionalmente, o hospital foi, ao longo de muito tempo, visto como local de depósito de pessoas pobres, doentes e marginalizadas pela sociedade, sendo encarado como uma instituição de assistência aos excluídos, demorando muito até conquistar a posição que ocupa hoje, como espaço destinado a salvar vidas. Segundo Foucault (2004), a figura principal do hospital, até o Século XVIII, não era o doente que era preciso curar, mas, sim, o pobre que estava prestes a morrer.

Diversos são os termos usados ao longo dos anos para nominar o que hoje é conhecido como hospital. A gênese da palavra hospital vem do latim *hospitalis*, derivado da palavra hospitalidade.

Conforme Pitta (1999), embora a maioria dos hospitais antigamente não almejassem a cura, alguns deles já haviam iniciado esse processo de busca pela saúde. O que muito provavelmente acontecia, à época, é que tais instituições não curavam tanto quanto poderiam. Ao contrário, por desconhecerem noções básicas de higiene, faziam com que proliferassem doenças.

Ainda segundo a perspectiva de Foucault (1984), os hospitais surgiram com intuito de manter o ambiente social isento de qualquer tipo de contaminação oriunda dos menos favorecidos, e até para que morressem longe das vistas da sociedade, sendo um lugar de refúgio para indivíduos que estavam à margem da sociedade, como prostitutas, pobres, sujeitos tidos como loucos, enfermos, dentre outros. Em geral, as instituições de saúde contavam com a atuação de freiras que buscavam a purificação de suas almas, para o que, obviamente, não era relevante a figura do médico.

Pitta (1999), na mesma linha, afirma que os hospitais se destinavam a acolher indivíduos atingidos por males físicos para receber especial atendimento espiritual, ficando lá, isolados, por serem considerados perigosos à saúde das demais pessoas da sociedade. O cuidado, assim, não visava à cura de doenças, mais se configurando como uma espécie de caridade necessária à salvação das almas. A autora refere, do mesmo modo que Foucault (2004), que o personagem principal dos hospitais, até o Século XVIII, era o indivíduo marginalizado da sociedade e que estava prestes a morrer.

Para Gonçalves (1983), no final do Século XV, tiveram origem vários hospitais, os quais eram considerados locais de reclusão, em que a caridade era exercida dentro dos ideais da religião cristã. Tais instituições destinavam-se a abrigar indivíduos sem condições financeiras, mulheres desamparadas, idosos e pessoas acometidas de doenças crônicas, que ficavam sob os cuidados das freiras e monges.

Já Borba (2006) refere que, no Século XIX, com o avanço da ciência voltada aos saberes médicos e considerando as contribuições de Pasteur e Koch sobre o estudo das bactérias e sua proliferação, houve a introdução, nos hospitais, de procedimentos de esterilização, o que acarretou a redução dos índices de infecção. Além disso, a descoberta de anestésias possibilitou realizar procedimentos cirúrgicos com melhor qualidade. Tudo isso levou a uma gradativa mudança de conceitos sobre a instituição hospitalar. A partir de 1860, com a atuação da enfermeira Florence Nightingale na guerra, surgiram algumas descobertas sobre os meios de disseminação de doenças e, com isso, foram introduzidas novas formas de cuidado na enfermagem. Desde então, a enfermagem passou a adquirir certo *status* técnico, contribuindo para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no enfermo.

No início do Século XX, com o reconhecimento da medicina como ciência, as finalidades das instituições hospitalares foram questionadas e revistas, e os hospitais deixaram de ser um depósito para pobres à espera da morte, tornando-se gradativamente instituições fundamentais para o tratamento e a cura de enfermidades, o que se passou a aplicar a todas as pessoas da sociedade. Permaneceu essencial, nesse período, a figura do médico como responsável pelos conhecimentos destinados à cura das enfermidades.

Já no Século XX, o hospital pode ser conceituado, segundo a Organização Mundial da Saúde, como:

[...] elemento integrante de uma organização de carácter médico e social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar [...]; é um centro de medicina e de pesquisa bio-psico-social. (SOUZA, 1983, p. 15-16).

Ainda quanto às funções atribuídas a um hospital, está a de prestar assistência aos doentes visando a sua recuperação, à prevenção da doença, à restauração da saúde, à promoção de ações educativas e de pesquisa na área da saúde.

No Brasil, os primeiros colonizadores que se estabeleceram trouxeram consigo a ideia das Santas Casas. Apesar das controvérsias, acredita-se que a primeira delas foi fundada em 1543, por Brás Cubas, em Santos. A Santa Casa de Misericórdia de Santos foi o primeiro hospital brasileiro, tendo sido fundado por padres jesuítas que vieram ao País para catequizar os índios. A Santa Casa de Santos teve seu modelo difundido em muitas cidades, as quais passaram a construir uma extensão dessa, ou seja, a sua própria Santa Casa. O modelo espelhava-se em hospitais europeus, que priorizavam o trabalho religioso ao trabalho medicinal, conforme já mencionado. (CASTELAR, 1995).

As Santas Casas representam o início das instituições que prestam assistência de saúde no Brasil, tendo, como salientado, um enfoque religioso, voltado à caridade, à assistência espiritual, e não à cura das enfermidades. Dessa forma, os hospitais de misericórdia brasileiros correspondem às instituições hospitalares da Idade Média, como aponta Foucault (1984, p. 101-102):

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres [...]. O pobre, como pobre, tem a necessidade de assistência; como doente, portador de doença e possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. [...] Assegurava-se a salvação da alma do pobre no momento da morte [...]. [O hospital] tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que a material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde em geral.

As irmandades de misericórdia eram associações de caridade formadas por pessoas católicas, religiosos, que desenvolviam obras assistenciais com compromissos espirituais, zelando pelos cuidados do corpo.

Rodrigues (1998) faz referência ao período de colonização do Brasil, quando as grandes cidades não tinham estrutura necessária para arcar com as questões sociais da colônia, sendo estratégia da Igreja Católica para atrair seguidores cuidar do bem-estar da comunidade, mobilizando pessoas influentes da sociedade para a promoção nas áreas de assistência social, educação e saúde.

As Santas Casas adotaram, então, trabalhos mais voltados à cura dos enfermos, sendo de fundamental importância para evolução da medicina no País. Com o tempo, as religiosas foram abdicando das Santas Casas, as quais passaram para o controle de políticos e médicos. Nesse sentido, pode-se dizer que a Santa Casa de Misericórdia de Santos foi inovadora na prática de ensino-aprendizagem no campo da medicina, antecedendo em quase trezentos anos o surgimento da primeira faculdade de medicina no Brasil. (CASTELAR, 1995).

Gonçalves (1983) afirma que o hospital é percebido, nos dias atuais, como uma instituição que evoluiu, sofrendo transformações em níveis administrativos, bem como nas formas de trabalho, resultando em uma organização que necessita cada vez mais de gerenciamento e programação, visando a atingir uma melhor assistência ao paciente.

Para Campos (1978, p. 13), “a organização hospitalar se distingue das demais instituições [...] pela responsabilidade que assume diante do indivíduo nos seus aspectos biológicos, psicossomáticos e sociais.”

O bem-estar bio-psíquico dos indivíduos, assim como a promoção da saúde, são a essência da coordenação geral dos serviços prestados numa instituição hospitalar, responsável por auxiliar as pessoas nas suas necessidades ligadas à saúde.

É justamente aí que se insere a afirmação de Castelar (1995, p. 74), que defende que o hospital:

É um espaço concentrado de recursos tecnológicos de maior complexidade e de recursos humanos mais especializados. Evidentemente que esse nível de complexidade é e será bastante variável, no que diz respeito às diferentes classificações de hospitais.

Enfim, o hospital foi gradativamente se transformando em um local complexo, tecnologicamente avançado, com profissionais qualificados, que interagem enquanto equipe multiprofissional e atuam nas mais diversas especialidades da área da saúde.

Do ponto de vista sócio-econômico, a instituição hospitalar também é um espaço em que inúmeras desigualdades podem ocorrer e das quais, igualmente, os profissionais cuidadores precisam dar conta, a fim de garantir a ética no exercício de sua função, assunto que será abordado a seguir.

#### 2.4 A ÉTICA, O SUS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO

A discussão aqui proposta, envolvendo a ética, o SUS e a questão das políticas públicas de saúde do idoso, requer que se assuma um posicionamento crítico diante do que é encontrado na teoria e observado na prática em relação ao assunto.

Para se dar início a essa discussão, considero importante definir a ética como sendo a “ciência que estuda o comportamento moral dos homens na sociedade.” (PASSOS, 2004, p. 22). Atualmente, percebo que este conceito vem sendo cada vez mais focado no campo da assistência à saúde, proporcionando constantes avaliações dos valores e das condutas a serem adotados no cotidiano dos profissionais da área, dentre as quais podem ser citados os direitos de o paciente saber ou não sobre o seu diagnóstico e também sobre suas possibilidades de tratamento e de recuperação.

Campos (1995) questiona, nessa perspectiva: em que medida tem condições de ser informada sobre seu diagnóstico uma pessoa que busca atendimento hospitalar pelo fato de estar com a saúde fragilizada e por necessitar de cuidados em nível de tratamento e até de intervenção? Em outras palavras, a questão colocada pelo autor é a seguinte: teria esse indivíduo direito a obter informações de seu prontuário, referentes ao seu atual estado de saúde e ao prognóstico sobre sua enfermidade? E mais: seria essa uma atitude exclusiva da equipe médica, quando muito extensiva à família? E o ponto para o qual todas essas dúvidas convergem: como ser ético em situações cotidianas como esta?

Essa questão vai, contudo, um pouco mais além, estendendo-se, primeiro, ao direito de acesso à saúde e a benefícios, o que é assegurado ao cidadão, teoricamente, pela lei. Afinal, tudo o que está sendo aqui discutido tem início no momento em que o indivíduo consegue ser atendido, ao procurar assistência médica. Enfatizo, aqui, os direitos que todo brasileiro tem no que diz respeito ao acesso irrestrito ao Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema dito único porque segue os mesmos preceitos em todo o território nacional. Assim, a fim de que se compreendam as bases e os pressupostos teóricos que o envolvem, penso ser relevante, para essa investigação, empreender uma breve retomada da “evolução” da saúde pública no Brasil, até a criação do sistema atual.

De acordo com a teoria relativa ao SUS, este constitui um órgão público cuja finalidade é cuidar da saúde de toda a população, promovendo-a, e melhorar, assim, a qualidade de vida dos brasileiros. Esse é um sistema recente, criado para suprir a carência de efetivação dos direitos da população à cidadania, devido a sua dificuldade de acesso a serviços de saúde. Sua criação é resultado de muitas lutas, travadas por meio da mobilização, da participação e da união de esforços por um significativo número de cidadãos. De acordo com Rosa (2006, p. 5), foram igualmente necessárias:

Grandes mobilizações populares junto aos constituintes para que as deliberações desta conferência [8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986] fossem legalmente conquistadas na Constituição de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

Conforme Brêtas (2002), até a criação desse Sistema, a assistência médica era encarregada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esta modalidade restringia-se aos empregados, de modo que os demais cidadãos ficavam na dependência de serviços filantrópicos. Assim, antes da criação do SUS, a atuação do Ministério da Saúde limitava-se às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Como exemplo dessa última ação, citam-se as campanhas de vacinação, realizadas em caráter universal. Por fim, a assistência médico-hospitalar servia àqueles que não tinham acesso ao atendimento pelo INAMPS. Embora dispusesse de estabelecimentos próprios, os atendimentos, geralmente, eram realizados pela iniciativa privada; modalidade em que os convênios estabeleciam o valor a ser cobrado por cada procedimento.

Em seu artigo intitulado “As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde”, Soares e Motta (2009) descrevem que, nos últimos anos, a política de saúde no País sofreu relevantes alterações, ganhando, assim, *status* de direito à saúde, e não de simples assistência médica. De acordo com os autores, os serviços de saúde surgiram, no Brasil, ainda no Século XIX, período em que apresentava uma organização precária, em que “as questões relativas à saúde eram de responsabilidade estritamente individual.” Nesse contexto, cabia a cada membro da sociedade garantir sua saúde com base nos “bons hábitos”, enquanto que as políticas públicas de saúde tinham como atribuição “o controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares.”

Por isso, nas décadas de 1970 e 80, vários profissionais da saúde, juntamente com representantes da população, sindicalistas, religiosos e funcionários dos postos e das secretarias de saúde, alavancaram um movimento denominado “reforma sanitária”, cujo objetivo era criar um novo sistema público capaz de oferecer soluções aos inúmeros problemas que o atendimento à saúde da população enfrentava. O movimento fundamentava-se na ideia de igualdade de direitos a todos os cidadãos, ou seja, na noção de que todos têm direito à saúde, de modo que o governo, aliado à iniciativa privada, tem o dever de organizar-se para atingir tal objetivo.

Segundo Aciole (2006, p. 186), os movimentos sanitários da década de 1970 são frutos da resposta do Estado à pressão social por serviços de saúde, a qual rebatia o “caráter corporativo e excludente da política prestada pelos serviços

previdenciários – cujo maior emblema era do acesso restrito ao contribuinte com vínculo empregatício”, o que deixava desassistida uma significativa parte da população. O autor enfatiza que:

No início dos anos 1980 a política de saúde precisava ser revista, e é, então, reformulada. Em julho de 1980, o governo apresenta as bases de sua reforma, no que denomina Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. É a sua resposta à crise! É também a resposta ao estado falimentar em que se encontra a assistência médica financiada pela previdência. (ACIOLE, 2006, p. 186).

Diante desse quadro, ao final da década de 1980, a Constituição Federal (CF) de 1988 deliberou como sendo dever do Estado a garantia de acesso e promoção à saúde para toda a população. A partir dessa determinação, criou-se, então, o Sistema hoje existente<sup>1</sup>. Dois anos depois, portanto, em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, a qual descreve em detalhes como o SUS deve funcionar.

Na teoria, o seu funcionamento deve estar atrelado às diferentes situações de vida dos vários grupos populacionais, uma vez que cada contexto gera problemas específicos de saúde, assim como riscos e/ou exposição maior ou menor a determinadas doenças, acidentes e violências. Tais peculiaridades remetem, assim, a necessidades diferenciadas, requerendo que as ações da gestão do sistema e dos serviços de saúde atendam a essas especificidades. Entretanto, na prática, não é bem isso que ocorre, pois o SUS parece oferecer o mesmo atendimento padronizado a todas as pessoas. Em determinados casos, muitos veiculados pela mídia, alguns cidadãos, inclusive, não recebem aquilo de que necessitam; ao passo que outros obtêm muito além do satisfatório, aumentando a ocorrência de desigualdades.

---

<sup>1</sup> O Sistema Único de Saúde é co-administrado pelos governos federal, estaduais e municipais. Em locais onde não existem serviços públicos, o SUS deve providenciar a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, essas instituições também se integram à rede, devendo seguir seus princípios e diretrizes. O SUS constitui-se, ainda, por várias unidades interligadas, que obedecem a uma hierarquia, cada qual com suas atribuições específicas. No nível primário, estão os centros de saúde, que todos podem procurar diretamente; a seguir, existem estabelecimentos que oferecem serviços mais complexos, tais como as policlínicas e os hospitais, para onde as pessoas devem ser encaminhadas, sempre pelos centros de saúde. A fim de atender aos casos de urgência e emergência, deve haver um pronto-socorro a recebê-los. (BRASIL, 2000).



Aciole (2006, p. 195) explica tal fato evidenciando que O SUS, sendo produto do movimento de reforma sanitária brasileira, possui caráter essencialmente utópico. Isso não apenas por pretender estabelecer uma relação diferente entre Estado e sociedade, mas também por revestir-se de um discurso includente, pluralista, democrático, descentralizador, “de base municipalista, além de transparente porque submetida ao controle externo de um público, sobre a ação estatal.” Para o autor, embora se reconheça o avanço trazido com sua implementação, por meio da “extensão de assistência médico-sanitária a expressivos contingentes de brasileiros”, a população brasileira está longe de gozar das “consolidações de um valor de uso e legitimação sociais do Sistema Único de Saúde.”

Embora a realidade se mostre diferente, segundo o artigo 200 da Constituição Federal, compete ao SUS:

Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Desse modo, a CF garante à população<sup>2</sup> os direitos de acesso à saúde, sob forma da Lei n. 8080/90 – que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços – e da Lei n. 8142/90 – que, por seu turno, dispõe sobre a participação da comunidade e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde. (BRASIL, 1988). Segundo Grisotti e Patrício (2006), tais leis regulamentam o Sistema Único de Saúde, assegurando a todos o acesso à saúde como direito básico do ser humano.

---

<sup>2</sup> Atualmente, somamos algo em torno de 160 milhões de brasileiros no país, dos quais 40 milhões – ou seja, um quarto da população – possuem convênios de saúde das mais variadas modalidades. Com base nesses dados, podemos dizer que três quartos de toda a população brasileira depende do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. (BRÊTAS, 2002).

De acordo com o que prevê a Constituição Federal, tal modelo de assistência à saúde deveria compreender e colocar em prática cinco princípios, a saber: universalidade e equidade; integralidade; regionalização; descentralização e participação. O primeiro desses princípios garante que todas as pessoas, independente de questões sociais, econômicas ou culturais, terão acesso aos serviços de saúde, art. 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado.” (BRASIL, 1988). Já o segundo assevera que todos os níveis de atenção à saúde estarão cobertos pelo SUS, desde a promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. O terceiro princípio regulamenta a hierarquização e resolutividade de todos os níveis de atenção à saúde, a fim de garantir o bom atendimento disponibilizado nos municípios, estabelecendo uma rede hierarquizada de acordo com o grau de complexidade tecnológica dos serviços. Por sua vez, o quarto princípio compreende a redistribuição das responsabilidades e recursos econômicos sobre as ações e serviços, salientando a contribuição do poder municipal. E, por fim, o quinto princípio corresponde à gestão integrada do sistema, abrangendo todas as instâncias e garantindo a participação orgânica da população.

A respeito do fator “investimento de recurso econômico”, é válido citar Engler (2007, p. 85), segundo a qual:

A maioria das intervenções exigidas para melhorar a qualidade de vida global dos idosos custa pouco quando realizadas oportunamente. Postergá-las ou ignorá-las custa muito caro. Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer que, mesmo sob as condições mais otimistas, haverá sempre uma minoria de idosos com doenças sérias e deficiências. Sabemos que esse grupo terá maiores dificuldades para realizar seu potencial na velhice, que requererá mais apoio para recuperar, conservar e desenvolver suas capacidades, e que custará mais assegurar-lhe o atendimento de que precisam. Mesmo assim, não deixa de ter sentido investir no seu bem-estar [...].

Já no que se refere à questão ética, percebo que os princípios do SUS devem nortear os valores dessa natureza no exercício da profissão. Nesse sentido, os profissionais da saúde são essenciais para operar as mudanças na realidade, a qual está muito distante do ideal que é preconizado pela lei. Santos enfatiza que isso depende de uma mudança de postura por parte dos profissionais da área, que:

Precisam introjetar os valores e princípios e praticá-los a partir de convicção e não por obrigação. Uma vida pautada pela ética se caracteriza pela ética como prática de si, própria de quem conseguiu assimilar a importância de orientar a vida a partir de determinados princípios e valores. (2004, p. 14).

Ceccim e Pinheiro (2006, p. 15) recomendam que, para haver de fato essa mudança, a educação dos profissionais da saúde deve estar relacionada a dois movimentos contínuos. Nas palavras dos autores, o primeiro movimento:

Diz respeito ao empreendimento ético-político de pensar a formação como educação permanente em saúde, colocando o cotidiano do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença nas coletividades como critério de contemporaneidade dos cursos às necessidades sociais e científicas em saúde. Critérios que sejam porosos aos sentidos e às vozes decorrentes dos atos produzidos no cotidiano, funcionando como marcadores da avaliação da qualidade do ensino. O segundo se refere à centralidade da integralidade em saúde como uma noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas como potência para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos, como usuários interpretados como “sacos de órgãos” ou simples território onde evoluem os quadros fisiopatológicos, nos quais os adoecimentos são enfrentados como eventos apenas biológicos (doença como história natural).

Continuando sua reflexão, eles mencionam, ainda, que:

Para aprofundar as experiências de ensino da integralidade, é preciso que a educação permanente em saúde seja configurada como um lugar ativo, no qual possamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos (identidades-modelo de ser profissional desta ou daquela profissão, de ser estudante desta ou daquela profissão e de ser paciente) para sermos produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos e nos incomodar com as cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora. (CECCIM; PINHEIRO, 2006, p. 16).

Ainda segundo Aciole (2006, p. 33):

Abordar a saúde como política social, que encerra um conjunto de práticas – coletivas, individuais, sanitárias e médicas – faz referência a seu contexto específico, isto é, à materialidade que determina e condiciona, como, com quem e para quem vão se produzindo as políticas sociais.

Ao se responder a essas perguntas, é possível se identificar alguns pares de opostos, a saber: “preventivo vs. curativo, rede básica vs. hospital, ações coletivas vs. ação individual, saúde pública vs. medicina, público vs. privado, que praticamente definem públicos-alvo, tecnologias próprias, valores de uso específicos.”

Assim, no que se refere, especificamente, à parcela da população estudada nesta dissertação, destaco a Política Nacional de Saúde do Idoso, que busca fundamentar a ação de atenção integral à saúde da pessoa idosa e daquela em processo de envelhecimento. Tal Política está em consonância com a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e com a Lei 8.242/94, que asseguram os direitos previstos para esse segmento populacional específico.

Nessa problematização acerca das políticas públicas de saúde para o idoso, considero pertinente observar as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, as quais devem nortear todas as ações nessa área, no âmbito do SUS, envolvendo o Ministério da Saúde, bem como as secretarias estaduais e municipais de saúde.

São sete as diretrizes estabelecidas. A primeira delas, **promoção do envelhecimento saudável** significa orientar o idoso para que as mudanças em seus hábitos cheguem antes de qualquer problema de saúde, ou do agravamento deste. A segunda, que consiste na **manutenção da capacidade funcional**, trata, de modo específico, da prevenção desses agravos, tanto por meio de imunização quanto por meio de campanhas de prevenção à hipertensão e diabetes, por exemplo. Nesse caso, é importante conscientizar as pessoas da importância de agir antes da doença. A terceira diretriz trata da **assistência às necessidades do idoso**, sendo muito ampla. Sobre esta questão, pode-se dizer que a assistência é dada, de uma maneira geral, de forma a trabalhar as consequências, jamais a patologia. A quarta diretriz, por sua vez, aborda a **reabilitação da capacidade funcional comprometida**, o que implica na formação de recursos humanos específicos para trabalhar com a reabilitação gerontológica. Na quinta diretriz, tem-se a confirmação dessa necessidade, pois esta tratará exclusivamente da **capacitação de recursos**

**humanos especializados** para atender a essa parcela da população. Nesse tópico, é importante considerar que deve estar regulamentada e reconhecida a ideia de que o idoso não consiste em um adulto que viveu mais, mas como um ser humano com características peculiares em relação a outros em fases distintas da existência. Mais adiante, a sexta diretriz compreende **o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais**, que se ocupa das medidas de manutenção do idoso em âmbito familiar, bem como da criação de centros-dia, hospitais-dia e da capacitação de cuidadores formais e informais. Salienta-se, aqui, que toda uma rede social precisa ser tecida nesse sentido. Por fim, a sétima diretriz diz respeito ao **apoio a estudos e pesquisas**, buscando maximizar a quantidade e a qualidade de estudos na área da gerontologia e da geriatria. (BRÊTAS, 2002).

Assim, percebo que a presente investigação vem ao encontro desta última diretriz, pois se soma a outros estudos relativos ao tema do envelhecimento humano. Além disso, o estudo a ser realizado nas próximas linhas atende ao que preveem a quinta e a sexta diretrizes, na medida em que se relaciona à questão da capacitação de recursos humanos especializados para atender aos idosos e do desenvolvimento de cuidados formais e informais.

Ao final dessa discussão, considero importante salientar que, comumente, a doença traz consigo transformações radicais para a vida do enfermo e de seus cuidadores familiares, o que precisa ser elaborado para haver uma adequação psicológica e social diante das mudanças. Desse modo, tanto aquele que passa a ser cuidado quanto aquele que passa a cuidar necessitam de preparo, de apoio, que tem início no processo da internação hospitalar, quando os profissionais da saúde precisam estar plenamente capacitados para o exercício de sua profissão, informando os pacientes sobre os procedimentos e os direitos assegurados pela lei. Isso tem que ser feito de forma a disponibilizar informações para que ambos reúnam referenciais capazes de orientá-los na tomada de decisão e, conseqüentemente, na suposta autonomia que deve prevalecer na continuidade do tratamento, em âmbito domiciliar, evitando internações reincidentes.

Na minha prática, percebo que o conhecimento que os profissionais da área da saúde têm sobre os direitos do sujeito hospitalizado são restritos, e aqueles que possuem a informação nem sempre a aplicam ou a divulgam no exercício de sua profissão junto aos demais. Percebo ainda a urgente necessidade de um esforço cotidiano que unifique todos os profissionais da área da saúde para que contribuam

para a prática da cidadania, a fim de que seus direitos sejam respeitados e (in)corporados ao dia-a-dia dos profissionais e da população que poderá, então, usufruir dos benefícios oferecidos pelo SUS.

Para Rosa (2007, p. 14), “são grandes os desafios para pôr em prática as noções mais recentes advindas das ciências biológicas e das ciências humanas que dão conta, na educação e na saúde [...]” Assim, o agir educativo deve ser repensado para que seja possível modificar hábitos pré-estabelecidos na sociedade, visto que é por meio da ação que se torna possível a alteração das crenças, dos conhecimentos e dos valores éticos adotados pela coletividade. Nesse sentido, a necessidade de que as condutas pessoais e profissionais do cidadão sejam revistas, a fim de recriar e enfocar valores humanos voltados à compreensão, à partilha e à cultura de solidariedade. Isso inclui:

[...] novos construtos sobre a natureza humana, provenientes e fundados na produção de um conhecimento que não respeita fronteiras disciplinares, que gera novas perspectivas de apreensão de mundo, e, em consequência, desencadeia a necessidade de novas escolhas e novas compreensões sobre o processo saúde-doença [...]. (ROSA, 2007, p. 15).

Delors (2001, p. 20) observa a respeito da postura que deve ser tomada pelo profissional cuidador: a necessidade de aprender a ser outro, “aprender a viver juntos, aprender a conhecer, aprender a ser e aprender a fazer”, tanto no mundo do trabalho quanto na vida pessoal, pois a ética perpassa esses dois âmbitos, e se manifesta no viver como um todo.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A evolução de qualquer campo do saber exige o desenvolvimento das pesquisas científicas, pois, como um sistema de conhecimento, a ciência tende a se abastecer de seus resultados e, portanto, para que seja possível descrever, explicar e diagnosticar fenômenos em qualquer ciência é imprescindível pesquisar.

Para Matallo (1997, p. 29), a razão pela qual a pesquisa se justifica, de acordo com cada área do conhecimento, é a existência de uma metodologia. Assim, é necessário termos clareza para entender a necessidade e a importância da pesquisa científica e de seus benefícios. O autor prossegue observando que:

[...] toda pesquisa tem uma intencionalidade, que é a de elaborar conhecimentos que possibilitem compreender e transformar a realidade; como atividade, está inserida em determinado contexto histórico-sociológico, estando, portanto, ligada a todo um conjunto de valores, ideologia, concepções do homem e de mundo que constituem este contexto e que fazem parte também daquele que exerce sua atividade, ou seja, o pesquisador.

O pesquisador, envolvido na teoria e na prática, se converte em ator direto no processo de investigação. Dessa forma, construir um projeto de pesquisa e definir uma temática para o mesmo são fatos que pressupõe o envolvimento do pesquisador com a investigação, fazendo com que ela faça parte de sua existência, vindo ao encontro do que este acredita e do que este vivencia em outros momentos.

Nesse estudo em específico, procuro analisar a visão do cuidado na perspectiva do sujeito idoso hospitalizado. Para tanto, recorro ao método de observação participante, o qual ocorreu por meio de, no mínimo, uma visita ao quarto de cada paciente a ser observado. Nessa(s) visita(s), foi aplicado um roteiro de perguntas (ANEXO C), em forma de entrevista, mediado por mim, para facilitar o entendimento dos participantes da pesquisa acerca das questões. Em algumas situações, quando os sujeitos idosos se mostravam indispostos para realização da entrevista, foi agendado outro momento para a visita, de modo a não perturbá-los.

As respostas obtidas foram transcritas e analisadas à luz dos conceitos estudados na fundamentação teórica. Para fins didáticos, tal análise foi organizada em categorias, a serem classificadas de acordo com a temática abordada nas referidas respostas. Assim, a classificação não foi feita exclusivamente de acordo com as perguntas e, sim, de acordo com as reflexões surgidas com base nelas, contemplando a análise dos conteúdos apresentados pelos sujeitos entrevistados.

### 3.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Procurando elucidar o tema que me propus investigar – *o cuidado do sujeito idoso hospitalizado: perspectiva do próprio sujeito, familiares e profissionais cuidadores* –, optei por realizar um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

Para Gil (1996), o estudo exploratório abrange levantamento bibliográfico, entrevistas com os indivíduos envolvidos na pesquisa e análise dos dados levantados, o que deve estimular a compreensão dos mesmos.

Operacionalmente, esta pesquisa será apresentada considerando dois enfoques distintos e que se complementam: como o idoso percebe o cuidado recebido em seu lar e, na instituição hospitalar, analisando também o espaço disponibilizado, com o objetivo de criar bases para a realização da educação permanente para os cuidadores do sujeito idoso.

A adoção de uma estratégia pautada na pesquisa qualitativa justifica-se pelo fato deste tipo de pesquisa ocupar-se de questões subjetivas, particulares, com questões do imaginário dos significados. É uma pesquisa que visa promover a descrição das características da população alvo, tendo como instrumento a utilização de técnicas habituais de coleta de dados e observação sistemática do público pesquisado *in loco*. Nessa concepção em geral, realiza-se o levantamento dos dados até saturação dos mesmos.



[...] ela trabalha com universo de significados, crenças, percepção, aspiração, motivos, valores e atitudes o que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p. 21-22).

Busco, assim, analisar a percepção do idoso hospitalizado a respeito de si mesmo, dos familiares e profissionais cuidadores com relação ao exercício do cuidado, observando semelhanças e diferenças entre ambos cuidadores frente as necessidades e os anseios do sujeito idoso. É intenção verificar se no hospital existem ações educativas para orientar os idosos hospitalizados e seus familiares sobre o exercício do cuidado, uma vez que o sujeito idoso requer tratamento adequado frente ao diagnóstico recebido.

Isso me faz refletir acerca do tratamento dispensado aos pacientes com mais idade, pois muitos reincidentem na internação, pelos mais diversos motivos. Sobre isso, me pergunto: o que levou o familiar a assumir o papel de cuidador? Até que ponto os cuidadores familiar e profissional estão preparados para o exercício do cuidado com o idoso hospitalizado? Os profissionais destinados pela instituição ao atendimento do idoso ocupam esse espaço porque têm perfil e conhecimento sobre as peculiaridades no trato com esse tipo de paciente ou são trabalhadores que foram transferidos de outros setores e, por falta de opções, passaram a desempenhar esse tipo de atividade? Que suportes são oferecidos pela Instituição hospitalar para prevenção de doenças e promoção da saúde dos sujeitos idosos hospitalizados? Os cuidadores sabem como o respectivo sujeito idoso almeja ser cuidado?

### 3.2 COLETA DE DADOS

Voltando à especificação sobre o tipo de pesquisa, é preciso citar também Flick (1998), para o qual a observação é outra habilidade didática metodologicamente sistematizada e aplicada na pesquisa qualitativa. Reúne não apenas as percepções visuais, mas também aquelas baseadas na audição, no tato, no olfato e na sinestesia. Em outros termos, no caso específico desta pesquisa,

será a observação a responsável pela percepção mais detalhada da realidade hospitalar.

Frente a tantos questionamentos é que busquei as respostas coletando os dados junto aos sujeitos idosos hospitalizados, realizando observação *in loco* e agendando os encontros previamente com os participantes<sup>3</sup>. Essa relação que ainda se mantém vai ao encontro do que afirma Demo (1995, p. 26-27):

[...] não se faz avaliação qualitativa à distância, seja através de relatórios de terceiros, contatos esporádicos, intermitentes e breves, seja através de simples observação externa. Convivência é o mínimo que se exige. Enquanto a comunidade vê no avaliador um forasteiro, um visitante, não há condições razoáveis de avaliação qualitativa, pois não sairia dessa condição de observador.

Cervo e Bervian (1996) afirmam que há diversas formas de coleta de dados, todas com suas vantagens e desvantagens. Na decisão do uso de uma forma ou de outra, o pesquisador levará em conta as vantagens que cada uma tem a oferecer, respeitando os objetivos da pesquisa.

As estratégias metodológicas para realização da presente pesquisa foram entrevistas semiestruturadas registradas em diário de campo.

A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela existência de um entrevistador previamente preparado que serve de eixo ao orientador, procurando garantir que os diversos participantes respondam às mesmas questões, não seguindo uma ordem rígida, mas mantendo um elevado grau de flexibilidade na exploração das perguntas. (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Para implementação da pesquisa em si, entrei em contato com a direção do hospital com vistas a apresentar a minha proposta de pesquisa e solicitar espaço para a realização da mesma, o que compreende contato direto com os idosos hospitalizados nesta instituição hospitalar.

---

<sup>3</sup> Devido ao quadro clínico dos pacientes, em alguns casos, as entrevistas foram realizadas em dias diferentes, respeitando-se, no entanto, a mesma sequência de questões, de acordo com as condições e a disponibilidade de cada sujeito entrevistado. Além disso, por uma questão de gratidão e respeito, após o término da coleta de dados, foi realizado retorno aos quartos dos pacientes, em visitas com o objetivo, única e exclusivamente, de saber notícias destes e da evolução de seu tratamento.

Após obter a aceitação dos idosos hospitalizados, a entrevista realizou-se nos meses de janeiro e fevereiro de 2009, individualmente com cada participante do estudo, o que possibilitou a apreensão das vivências e da visão dos entrevistados. Durante o processo de discussão, as informações foram registradas em um diário de campo ou gravadas, no caso de anuência dos participantes, sempre resguardando a integralidade dos discursos.

Após concluídas as transcrições dos testemunhos gravados nos encontros com os sujeitos participantes, foi iniciada a análise e a interpretação dos dados obtidos, os quais serão apresentados no capítulo a seguir. Bicudo e Martins (1994, p. 94) afirmam que “[...] as descrições não incluem avaliações e opiniões do sujeito sobre a experiência vivida, mas apenas relatam, de modo tão preciso quanto possível, o que ocorre com ele ao viver suas experiências.” Daí a necessidade de se obedecer a esses dois momentos distintos – a coleta dos dados e a análise dos mesmos.

Assim, fica claro que os dados foram coletados por meio de observações *in loco*, de material disponibilizado pela instituição, de relato dos sujeitos envolvidos e transcritos, posteriormente, com o consentimento das partes envolvidas.

Atendendo às exigências formais apresentadas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo posteriormente aprovado. Foi solicitada a autorização aos participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento, os quais foram informados sobre o direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sendo-lhes assegurado o sigilo e o anonimato. Por isso, para atender a essa prerrogativa, ao longo da discussão dos resultados, os participantes serão identificados através de um codinome.

### 3.3 OS SUJEITOS PESQUISADOS

Para a realização das entrevistas, foi considerado adequado para amostra o número de 19 sujeitos, respeitando-se os seguintes critérios:

- Ter 60 anos ou mais;
- Ser idoso na condição de hospitalizado na Instituição Hospitalar situada na região do Alto Uruguai;
- Disponibilidade, desejo e condições de interação dos sujeitos com a pesquisa.

A fim de garantir a validade e a coerência das informações, foram excluídas da amostra pessoas demenciadas, uma vez que estas podem, pela condição em que se encontram, comprometer os depoimentos. Assim, os resultados a serem apresentados a seguir referem-se à caracterização dos sujeitos idosos entrevistados, a qual tem como objetivo conhecer alguns aspectos referentes aos idosos hospitalizados para que seja possível traçar o perfil da população entrevistada.

Ainda na caracterização da população entrevistada, outros aspectos relacionados à internação atual serão também analisados, tais como: tempo de internação, quantidade de internações, tipos de acomodações, baixa hospitalar, as quais possuem aspectos relevantes para a discussão sobre os objetivos desse estudo.

### **3.3.1 Conhecendo o Perfil de Cada Sujeito Entrevistado**

#### **Sujeito 1: Lígia**

**Idade: 74 anos**

**Profissão: do lar**

A paciente mostrou-se bastante aberta quanto à entrevista, assim como seu esposo, que a acompanhara durante todo o período de internação, o qual nos deixou conversar por longo tempo no momento da entrevista, retornando ao quarto posteriormente.

Um dos filhos da entrevistada foi assassinado há 18 anos. A partir disso, entrou em depressão, vindo a ser internada em hospital psiquiátrico numa cidade vizinha. Referiu que foi muito bom o período de internação, porque dormiu o tempo todo e pararam as dores que vinha sentindo, devido às fortes medicações que tomava:

E eu me sentia bem porque eu só dormia, me davam calmante pra dormir, minhas filhas vinham lá: “mãe, tu estás presa, tudo chaveado.” Não, está bem, eu estou bem, me sentia bem com o tratamento lá, sabe, mais dormia, e elas eram muito legais as meninas que trabalhavam lá, as enfermeiras ajudavam a gente a tomar banho, o remédio na hora, meu Deus, eu estava bem, de noite. Mas foi assim um descanso para mim, e agora de vez em quando me dá aquela recaída, né, que eu rezo, rezo para me acalmar.

Buscou forças para se restabelecer na fé: “Eu não conheço psicologia melhor que os ensinamentos de Deus. Rezo o terço todos os dias.”

## **Sujeito 2: Armando**

**Idade: 81 anos**

**Profissão: granjeiro**

Este senhor de idade avançada esteve participativo durante todo o tempo da entrevista, colaborando de forma espontânea e interessada. Casado, pai de quatro filhos, sendo um deles já falecido, tem dois netos e um bisneto. Fala da sua família com muito orgulho e carinho, referindo-se à esposa com bastante afetividade. Contou-me sobre suas vivências passadas com bastante facilidade, com riqueza de detalhes e certo saudosismo.

Nos dias em que esteve internado, das vezes em que fui visitá-lo, não havia presença de familiares. Seu quarto tinha duas camas, sendo que ele fazia amizade com muita facilidade com colegas de quarto que também estavam internados. Seu bom humor e seu modo otimista de lidar com a fragilidade física ficavam evidenciados em falas como:

Eu tinha que fazer uma revisão a cada 6 meses, já tinha operado duas, três vezes, tenho duas pontes de safena, tenho marcapasso, tenho aquele outro diabo. Desculpa o palavrão, mas eu sou um homem equipado. Sou um homem equipado, se quer marcapasso tenho, se quer ponte de safena tenho. [...] aqui no hospital eu já sou mais conhecido que parteira de campanha.

Demonstrava saber o motivo pelo qual havia sido internado, muitas vezes, fazendo piada sobre o seu quadro clínico. Sua filha mais velha está com câncer, o

que o desestabilizou um pouco, levando-o a pensar algo do tipo: “como que ela vai primeiro que eu? Não pode!”

### **Sujeito 3: Vitorino**

**Idade: 68 anos**

**Profissão: granjeiro**

Apresentava bastante dificuldade para falar devido ao seu quadro clínico. Fui bem recebida por ele e por seus dois filhos, que, durante todas as minhas visitas, estavam cuidando dele no quarto. Houve colaboração destes, bem como do entrevistado, na realização da entrevista.

É separado e pai de quatro filhos. Precisou se internar diversas vezes, algumas por longos períodos em diferentes hospitais, de acordo com a especialidade necessária para cada momento. Em algumas circunstâncias, o quadro clínico se complicava devido à conjugação de diferentes patologias, o que dificultava o diagnóstico médico. Recentemente, realizou cirurgia cardíaca, estando internado por esse motivo: “Por isso que eu estou aqui, só para te encurtar a história, mas aí fui ver, eu estava com o coração debilitado, os rins debilitados, bexiga, fígado, tudo, não sobrou nada.”

### **Sujeito 4: Alina**

**Idade: 68 anos**

**Profissão: do lar**

A paciente estava em um leito, acompanhada de sua filha. Ambas colaboraram com a entrevista, sendo que a paciente apresentava estado de saúde bastante debilitado, aparência frágil, falando pouco e em tom baixo.

Casada, mora com seu esposo, tem três filhos e cinco netos. A filha, que a acompanhara em todo o período de internação, é a sua referência quando precisa de auxílio em casa, embora não more na mesma residência. Em todos os momentos em que a visitei, a filha era a única familiar presente.

Foi internada por estar se sentindo fraca, debilitada, além de apresentar perda de peso. Os médicos não deram diagnóstico exato, então, receitaram

medicação para tratar a depressão. Durante as conversas, referiu que seu problema é desgosto, pois a sua família está desunida.

**Sujeito 5: Nicolau**

**Idade: 76 anos**

**Profissão: agricultor**

No primeiro contato entre mim, o paciente e o familiar, estes ficaram bastante desconfiados com o fato de terem que assinar o Termo de Consentimento (TCLE). Porém, após ouvirem a explicação sobre a finalidade da entrevista, concordaram em colaborar. O paciente apresentava dificuldade para falar, além de falta de ar.

Casado, refere que já fez nove filhos, e só não tem mais porque a mulher não pode. Mora com sua esposa, a cunhada e uma filha. Sua esposa estava em seu quarto todos os dias em que realizei visitas.

Não tem conhecimento de seu quadro clínico, afirmando estar internado “por um problema de ameaça de derrame... puxou o rosto para o lado e enrolou a língua... vim ver mais alguma coisa nos exames.”

**Sujeito 6: Lucas**

**Idade: 65 anos**

**Profissão: aposentado**

O paciente estava com alta prevista para aquele dia. Ele e seu acompanhante foram receptivos, mas ambos estavam ansiosos pela vinda do médico, que assinaria a alta hospitalar. Também aguardava o veredicto do médico sobre o procedimento realizado.

Casado, tem duas filhas que moram em outras cidades. Sua esposa o acompanha na realização de todos os exames e o cuida em casa. Ambos são aposentados. Tem conhecimento sobre seu quadro clínico e realiza exames e procedimentos de controle sistematicamente:

É natural que a gente se cuide: Sempre nos demos bem, não teria porque terceirizar. Internou para fazer uma biópsia, mas caminha, se alimenta, está saudável, não depende de outras pessoas para fazer as coisas, se aposentou há pouco, mas continua bem ativo. Mas se ele precisar, eu estou aqui. (FALA DA CUIDADORA, A ESPOSA).

**Sujeito 7: Dite**

**Idade: 76 anos**

**Profissão: funcionária pública aposentada**

No momento de minha chegada, a paciente estava sozinha no quarto, e assim permaneceu durante todo o período de sua internação. Inicialmente, demonstrara olhar desconfiado e emitia poucas palavras. Estava bastante reservada. Reclamou que sentia dores na coluna e que, em casa, costumava aquecer suas costas. Eu, então, me ofereci para providenciar uma bolsa térmica junto à equipe de enfermagem. Uma vez providenciado isso, passamos a conversar com maior proximidade e, desde então, sentiu-se mais à vontade para falar-me sobre sua família, suas angústias, seus medos.

Tem um filho que atualmente está separado e um neto em idade escolar. Referiu que a sua ex-nora continua a visitá-la e a auxiliá-la nos cuidados necessários com relação a sua saúde. Mencionou ter dificuldades de relacionamento familiar:

Quando meu filho é bom, ele é bom demais, quando estoura, sai de baixo que vem bomba. Eu não gosto quando grita assim com a gente, desrespeita, eu respeitei tanto minha mãe e meu pai, meu Deus do céu. Não é acostumado como agora, agora é tudo diferente, até o pequeno, o neto já é respondão também. Sabe, agora meu filho está melhorando, ele começou a trabalhar num novo emprego.

Tem conhecimento sobre seu quadro clínico, mas refere que, muitas vezes, se descuida do zelo com sua saúde no quesito restrições alimentar. Bastante queixosa sobre situações familiares, relata que seu desejo é ser cuidada por uma pessoa que lhe faça as refeições, mesmo que, para isso, tenha de obedecer ao cardápio e às prescrições médicas. Além disso, gostaria de poder contar com alguém para os afazeres da casa, pois já não se sente com disposição para isso.



Frequenta a academia próxima de sua casa, pratica caminhada e exercícios regularmente com uma amiga.

**Sujeito 8: Eurides**

**Idade: 84 anos**

**Profissão: Comerciante aposentado**

Em nosso primeiro contato, o paciente e sua esposa mostraram-se receosos para assinar o TCLE. Ele permaneceu desconfiado a maior parte do tempo da entrevista. Falou pouco e encerrou rapidamente a entrevista. O casal possui apenas um filho.

Seu quadro clínico remete a dificuldades no aparelho respiratório, mas o paciente não tem clareza da sua patologia, mostrando-se conformado (ou impotente) frente as suas limitações para caminhar e respirar.

**Sujeito 9: Laurindo**

**Idade: 83 anos**

**Profissão: funcionário público aposentado**

Estava bastante receoso quanto a assinar o TCLE, permanecendo desconfiado na maior parte do tempo da entrevista. Aos poucos, foi se soltando e contribuindo com a pesquisa.

É pai de um casal de filhos, que moram em outras cidades, e tem uma neta. Ele mora com sua esposa, que é dona de casa. Os cuidados são alternados de um para com o outro, podendo-se perceber bastante cumplicidade entre o casal. Ela esteve muito doente nos últimos dias e referiu, com olhar apaixonado, cuidar dela e ter medo de perdê-la.

Não sabe explicar sobre o seu quadro clínico, descrevendo apenas os sintomas, a sua dor na perna devido às varizes. Gosta de trabalhar e fazer seu serviço bem feito:

Às vezes os filhos ficam brabos comigo, porque trabalho, eu gosto de trabalhar, e se é pra fazer um serviço mal feito eu não faço [...]. Faço serviço bem feito e as pessoas agradecem para a gente, e eu também, seja pobre, seja rico, seja joalheiro, seja mendigo, eu trato todos iguais porque eu também não sou melhor que ninguém.

### **Sujeito 10: Generosa**

**Idade: 95 anos**

**Profissão: agricultora**

A paciente encontrava-se um tanto debilitada, com dificuldade para conversar, respirar e se locomover. Cama bem arrumada, lençol estendido, parecia intocada em todos os momentos em que lá estive. Sua filha a acompanhava. Viúva, tem 10 filhos, dos quais muitos ainda trabalham na agricultura, sendo que quatro moram com ela, ou melhor, junto a sua casa.

Já havia internado diversas vezes por diferentes motivos, de modo que sua saúde requer cuidados especiais. Como estava com dificuldade para falar, nossa entrevista foi um tanto breve.

### **Sujeito 11: Mirna**

**Idade: 86 anos**

**Profissão: do lar**

Estava sentada em uma cadeira de balanço todas as vezes em que a visitei. Olhava por alguns instantes pela janela como quem estava saudosista, conversava comigo e me olhava nos olhos. Tinha olhar atento a tudo que se passava ao seu redor, bem como a fala tranquila de quem tem histórias para contar.

Viúva, mãe de três filhas, sendo que uma delas, presente em alguns momentos da entrevista, interrompia a fala da sua mãe. Quando perguntei quem era a sua cuidadora, a filha aproximou-se de mim e disse: “Nós moramos junto e eu sou aposentada e também tenho aquela profissão *“já que”* [...] já que você não faz nada, faz isso mesmo.” Em alguns momentos, a filha referia-se à mãe com certa rigidez, de forma autoritária, dizendo, em certo momento do discurso, que só estava devolvendo para a sua mãe o cuidado que recebera desde criança.

A entrevistada não sabia descrever seu quadro clínico, mas o sintoma que a trouxe até o hospital: problemas respiratórios. Distingue os remédios porque eles

estão separados por horário em um saquinho, e pela cor das embalagens. Sabe que precisa caminhar, mas refere não ter vontade. “O médico já perguntou: ‘está caminhando?’, e sou, sim, capaz de mentir. Se as filhas estão junto eu não posso mentir.”

**Sujeito 12: Ista**

**Idade: 75 anos**

**Profissão: agricultor**

Casado, mora com sua esposa. Os filhos moram em outra cidade e são casados. Sua esposa acompanhou parcialmente a entrevista, saindo do quarto e retornando depois. O paciente mostrou-se pouco colaborativo.

Não tem clareza sobre sua patologia, relatando apenas os sintomas que vem tendo ao longo de alguns dias, mostrando-se poliqueixoso. Estava com problemas respiratórios, limitando-se a falar o necessário, motivo que tornou breve a entrevista.

**Sujeito 13: Nena**

**Idade: 65 anos**

**Profissão: professora aposentada**

Demonstrou bastante desconfiança em relação ao TCLE, razão pela qual leu todo o documento de forma minuciosa, sendo crítica em suas colocações. Começou a fazer perguntas pessoais para mim, como idade, família, estado civil. Enfim, após esse primeiro momento, aos poucos, foi se soltando e falando de si, ainda que com certa reserva.

Não demonstrava a idade que tinha. Quando mencionei isso, ela logo me disse: “a velhice não é só os bons dos anos, mas, sim, a sabedoria que a gente tem após essa experiência de vida [...]. O segredo é o estado de espírito, sim.”

É viúva, tem dois filhos adultos que não moram mais com ela. Foi internar sozinha, sem avisar a família, justificando esse comportamento como “não querer incomodar.” Tem conhecimento sobre seu quadro clínico e realiza exames e procedimentos de controle sistematicamente. Demonstra insatisfação por situações cotidianas, e certo saudosismo pela época em que lecionava e se sentia mais útil

para os outros. Referiu em alguns momentos utilizar-se da doença como ganho secundário para com seus filhos:

Eles chegam e perguntam o que deu nos exames, e eu chego em casa e digo: deu tudo normal, só não posso me incomodar. Eles têm um medo de me perder, que nossa! Quanto a isso eles ficam bem loucos se eu fico doente, se eu ligar e for para o hospital eles vêm, mas não vão me incomodar. Aí é bom. Se os filhos não colaboram com os pais, não têm melhora.

**Sujeito 14: Márcio Aurélio**

**Idade: 79 anos**

**Profissão: fazendeiro**

O paciente encontrava-se em estado de saúde fragilizado. Seu filho e sua secretária (assim designada por ele) acompanharam-no no período de internação.

Senhor de muitas posses e com nível de exigência alto, comandava a sua casa e os negócios de forma independente, e agora via-se impotente frente à própria condição. Viúvo, com três filhos e dois netos. Todos os filhos pareciam unidos frente ao seu problema de saúde, sendo que nós éramos interrompidos com frequência devido às ligações deles. Confessara sentir muita solidão com a morte de sua esposa, ocorrida há anos.

Tinha conhecimento sobre seu quadro clínico, ainda que o mesmo estivesse sendo investigado por apresentar vários sintomas ao mesmo tempo, o que dificultava ao médico dar um diagnóstico conclusivo. Apresentava muita falta de ar e dificuldade para se comunicar. Permanecia sentado na cadeira de balanço, utilizando o nebulizador com frequência. Apesar disso, todos se mostraram colaborativos durante a entrevista.

**Sujeito 15: Moema**

**Idade: 85 anos**

**Profissão: Do lar**

Viúva, com sete filhos, sete netos e três bisnetos. Estava acompanhada de sua nora, que se revelou uma pessoa bastante educada e compreensiva. A mesma

ausentou-se do quarto para deixar-nos mais à vontade, e colocou-se à disposição para contribuir com a pesquisa no final, caso eu quisesse.

Essa paciente é uma senhora com aparência frágil, de idade avançada, e que mantém uma boa relação interpessoal com suas noras, o que ficou muito claro a cada vez que eu a visitava em diferentes momentos. Segundo ela, seu objetivo maior é ajudar seu filho, que mora com ela, a largar o álcool.

Tem clareza sobre o seu quadro clínico e os cuidados que deverá ter para consigo mesma, mas voltava, com frequência a afirmar o que falta para sua felicidade ficar completa:

Eu só gostaria, que tenho meu filho desquitado, esse que mora comigo, que ele é alcoólatra, eu gostaria que ele melhorasse, ficou seis meses sem tomar álcool, depois começou a tomar de novo, que quando toma os aperitivos dele, ele não almoça, não se alimenta bem, e eu fico triste.

**Sujeito 16: Geraldo**

**Idade: 65 anos**

**Profissão: comerciante**

Estava sozinho no quarto nas vezes em que fui visitá-lo. Segundo ele, sua esposa posava todas as noites, e pela manhã ele a “liberava.” É comerciante e, até então, gerenciava seu negócio. Mesmo afastado do trabalho, referiu, algumas vezes, que não está longe dos negócios.

**Sujeito 17: Batavo**

**Idade: 65anos**

**Profissão: faltou**

Paciente com fala limitada devido a procedimento médico realizado. Estava sozinho no momento da entrevista, e seu filho acompanhou sua internação, participando da entrevista ao seu final.

Casado, tem três filhos e uma neta. A esposa e um dos filhos realizam o cuidado com ele. Esse filho que exerce o papel de cuidador é enfermeiro e trabalha em um hospital, tendo acompanhado seu pai praticamente durante todo o período

em que este ficou internado. Num primeiro momento, este demonstrou certa resistência em me deixar sozinha com o paciente, mas, posteriormente, concedeu-nos essa oportunidade, porém, ausentando-se por poucos minutos.

**Sujeito 18: Verena**

**Idade: 65 anos**

**Profissão: do lar**

Paciente com bastante dificuldade para respirar, saúde bastante debilitada, fisionomia frágil. Havia familiares no quarto, auxiliando no que fosse necessário, de modo que a paciente permanecia sempre com acompanhante. Para tanto, seus dois filhos revezavam-se no período de internação.

A entrevista foi breve em virtude da fragilidade orgânica da paciente.

**Sujeito 19: Amanda**

**Idade: 69 anos**

**Profissão: Do lar**

A paciente estava debilitada, com problema de audição, falava pouco e de forma bastante pausada.

Mora com sua mãe, que tem 93 anos. Uma de suas irmãs, que tem 55 anos, vai todos os dias, cedo da manhã, realizar os cuidados, principalmente da alimentação, da medicação, com ambas, e já auxilia na limpeza da casa.

A paciente internou por apresentar sintomas, como febre, desânimo, tristeza, sedentarismo. Diante disso, os médicos estavam investigando as possíveis causas. Sua sobrinha, que a acompanhava no momento da entrevista, solicitou o auxílio de uma psicóloga para oportunizar o desabafo da paciente com alguém como forma de alívio, pois refere que a tia tem se mantido calada e deprimida nos últimos tempos: “o que a gente está observando ultimamente é que ela está bem parada. Ela foi parando, parando.”

### 3.3.2 Conhecendo o Perfil do Grupo Pesquisado Como um Todo

Este item tem como objetivo apresentar a distribuição dos sujeitos idosos hospitalizados, considerando os seguintes aspectos: gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, composição familiar e presença ou não de cuidador familiar, quem cuida do idoso em sua casa, presença e vínculo do cuidador no momento da internação, unidades de internação, tipos de convênio e quarto, internação(ções) hospitalar(es) anterior(es), tempo da internação atual, grupos de causas da internação atual, grupos de causas da(s) internação(ções) anterior(es), fatores que levaram à internação no hospital pesquisado.

#### 3.3.2.1 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando o Gênero

No que diz respeito ao gênero, as entrevistas ocorreram com nove mulheres e dez homens idosos, conforme tabela e gráfico apresentados abaixo:

<b>Gênero</b>	
Feminino	9
Masculino	10
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 1 - Gênero

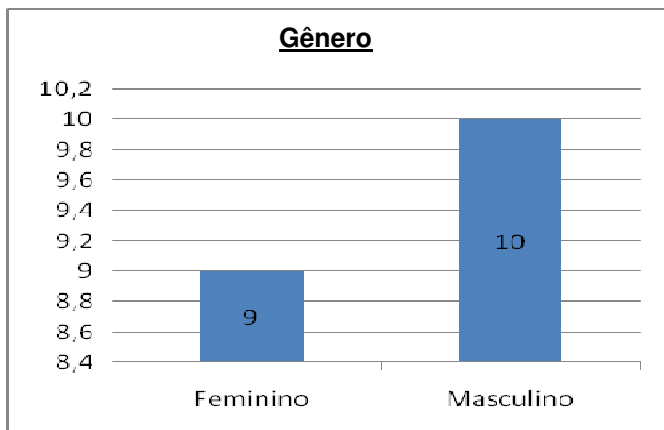


Figura 1 - Gênero

### 3.3.2.2 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando a Faixa Etária

De acordo com a tabela e o gráfico a seguir, a média de idade dos sujeitos idosos é de 77,8 anos, sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 95 anos. Em relação a esse aspecto, cabe considerar que a média de idade das mulheres é de 82,11 anos, bastante superior em comparação com a dos homens, que é de 73,9 anos.

<b>Faixa etária</b>	
60-65	4
66-70	4
71-75	2
76-80	3
81-85	4
86-90	1
91-95	1
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 2 - Faixa etária

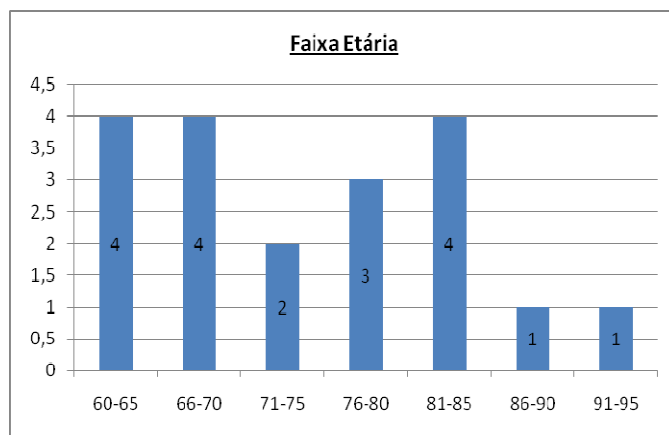


Figura 2 - Faixa etária

### 3.3.2.3 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando o Estado Civil

Os sujeitos idosos, na sua maioria, são casados, incluindo-se nesse grupo aqueles que moram com o companheiro, totalizando nove entrevistados. Dos demais sujeitos idosos, oito são viúvos(as), um(a) separado(a) e um(a) solteiro(a).



Cabe ressaltar que, dos sujeitos idosos entrevistados, alguns são viúvos e encontram-se na segunda relação conjugal.

<b>Estado civil</b>	
Solteiro (a)	1
Casado (a)	9
Viúvo (a)	8
Separado (a)	1
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 3 – Estado civil

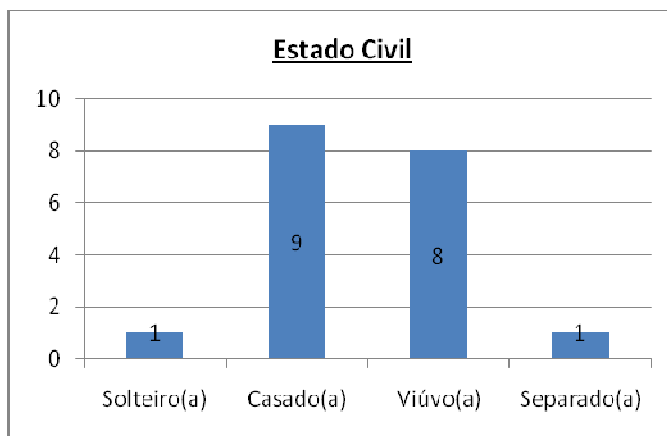


Figura 3 - Estado civil

#### 3.3.2.4 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando a Escolaridade

Com relação à escolaridade dos sujeitos idosos, quatro referem ser analfabetos, oito cursaram o primeiro grau, sendo que, desses, seis estudaram até a quarta-série e dois até a oitava série. Quatro idosos referem ter cursado o segundo grau, sendo que três deles concluíram. Quanto ao terceiro grau, três idosos realizaram o curso superior, sendo que dois deles concluíram. Cabe ressaltar que foi adotada a nomenclatura atual no que se refere à denominação dos graus de escolaridade, que foi revisada há poucos anos. Sendo assim, alguns idosos se referiram à nomenclatura atual, enquanto outros não se referiram a essa terminologia e, sim, àquela pertinente a bbbbsua época escolar, logo, fez-se a

adequação às respostas. O termo “escolinha” também foi mencionado devido à origem rural de alguns sujeitos idosos.

Neste estudo, confirmaram-se os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), os quais revelam a população idosa com baixa ou nenhuma escolaridade, que reforça sua condição de vulnerabilidade.

<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto (a)	4
Primeiro Grau Incompleto	6
Primeiro Grau Completo	2
Segundo Grau Incompleto	1
Segundo Grau Completo	3
Terceiro Grau Incompleto	1
Terceiro Grau Completo	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 4 - Escolaridade

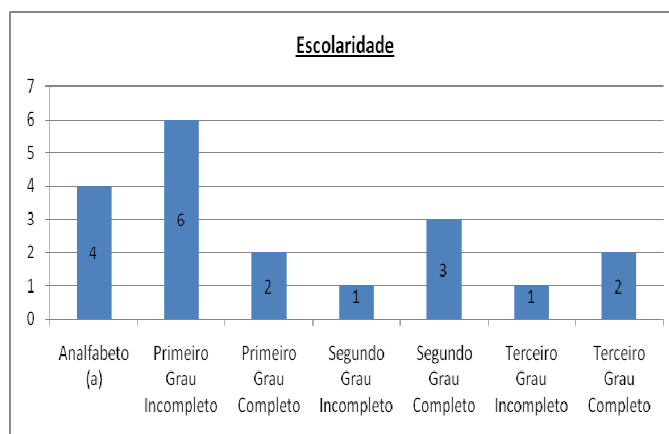


Figura 4 - Escolaridade

### 3.3.2.5 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando a Composição Familiar e Presença ou não de Cuidador Familiar

Dos entrevistados, um sujeito idoso hospitalizado referiu morar sozinho, sem a presença de um cuidador, sendo esse fato de suma importância, considerando a solidão como um dos fatores de risco para a depressão, um dos problemas mais relevantes dentre as patologias do idoso. Muitas vezes, o fato de morar sozinho é em decorrência da ausência de um dos cônjuges, que, na pesquisa, é revelado

com maior incidência pelo fator viuvez, com oito idosos nessa condição, ainda que já estejam no segundo casamento.

O enorme impacto que a viuvez causa nas pessoas, provavelmente, advém do fato de que, ao se tornar viúva, a pessoa enfrenta dois acontecimentos dolorosos ao mesmo tempo: a separação do parceiro e o confronto com a morte e finalidade da existência. Esse advento, com conseqüências para todas as esferas do ser humano, exige processos de elaboração e de readaptação que são acompanhados, em geral, por profunda tristeza, problemas de saúde, distúrbios psíquicos, diminuição dos contatos sociais e alteração do status social, dentre outros. (DOLL, 2006, p. 1339).

Segundo Romero (2002), varia de um sujeito para o outro o significado que o fato de morar sozinho pode ter, considerando-se o gênero e os condicionantes sócioeconômicos e sóciodemográficos como importantes critérios para esse tipo de variação. Assim, ficou evidenciado que a probabilidade de a mulher idosa sentir-se ou declarar-se doente é maior quando esta mora sozinha do que quando mora com alguém. Já no modelo masculino, os resultados demonstram o efeito inverso, podendo ser produto da pequena proporção de homens que vivem sozinhos. Com relação à autoavaliação da saúde do idoso, não foi verificada relação significativa com o fato de morar sozinho.

#### 3.3.2.6 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando Quem Cuida do Idoso em sua Casa

A maioria dos sujeitos idosos entrevistados mora com um ou mais membro(s) da família, aparecendo, com maior ênfase, as figuras da esposa ou do esposo como acompanhantes, seguidas do(s) filho(s) e do(s) neto(s), respectivamente. Conforme Campedelli (1991), para o sujeito idoso, morar acompanhado significa ter apoio constante em seu ambiente, de modo a ter alguém que o auxilie nas situações diárias.

Com relação às atividades de vida diária e ao cuidador familiar, onze sujeitos idosos pesquisados declararam necessitar de ajuda domiciliar para a realização de

seus cuidados. Frente a essa realidade, procurou-se investigar quem era o cuidador familiar e qual a sua relação (ou mesmo o seu grau de parentesco) com o idoso. Nesse item, foi possível perceber que a maioria recebe os cuidados da esposa, seguidos da filha, tendo-se observado, ainda, que alguns filhos homens estavam presentes nessa prática do cuidado.

De acordo com Hickman (2000), é atribuído à filha, através da cultura, o papel de cuidar, por esta ser considerada uma função feminina, para a qual a menina é, inocentemente, treinada desde a infância, por meio de brincadeiras. Outro fator que concorre para essa generalização consiste na maior intimidade existente entre mãe / pai e filha, muito diferente da relação mãe e filho, sendo ainda maiores as reservas existentes entre sogra / sogro e nora. Assim, mesmo quando é delegada ao filho a função de cuidar, geralmente, é a esposa quem assume grande parte dos cuidados. Nos últimos tempos, em razão da mulher entrar no mercado de trabalho, a atribuição do cuidado à filha vem sendo relativizada, cabendo destacar que isso vem, aos poucos, sendo modificado, na medida em que os costumes e os valores da sociedade também se alteram.

<b>Quem cuida de você em casa?</b>	
Esposo	2
Esposa	6
Filha	4
Filho	3
Nora	1
Secretária	2
Mãe	1
Cunhada	1
Irmã	1
Empregada	2
Mora sozinho (a)	1

Tabela 5 - Quem é o cuidador em casa

### 3.3.2.7 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Relacionados aos Aspectos Relacionados ao Cuidador no Momento da Hospitalização

Outro item investigado diz respeito ao acompanhante do idoso no momento da hospitalização. Em relação a esse aspecto, pode-se constatar que o sexo

feminino fez-se presente em maior número, obtendo novamente ênfase no exercício do cuidado, o que confirma que tal atividade ainda é desempenhada, primordialmente, pela figura feminina e por pessoas com vínculo familiar próximo ao paciente. Sobre isso, é importante destacar que, ao realizar minhas visitas, pude perceber, durante a hospitalização de alguns idosos, a presença de dois ou mais filhos e/ou filhas como cuidadores, concomitantemente.

<b>Acompanhante(s) durante período de internação</b>	
Esposo	2
Esposa	5
Filha	5
Filho	4
Nora	1
Secretária	1
Irmã	1
Sobrinha	1
Empregada	0
Estava sozinho (a)	4

Tabela 6 - Acompanhante(s) durante período de internação

### 3.3.2.8 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando as Unidades de Internação

Dos dezenove idosos hospitalizados que participaram da pesquisa, sete encontravam-se internados na Unidade de Internação F, a qual acolhe pacientes com neoplasias; cinco pacientes nas Unidades de Internação B, que recebe casos cirúrgicos; quatro pacientes na Unidade de Internação A, que compreende pacientes clínicos; e três na Unidade de Internação E, destinada a pacientes idosos internados.

<b>Unidade de internação</b>	
UIA*	4
UIB*	5
UIE*	3
UIF*	7
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 7 - Unidade de internação

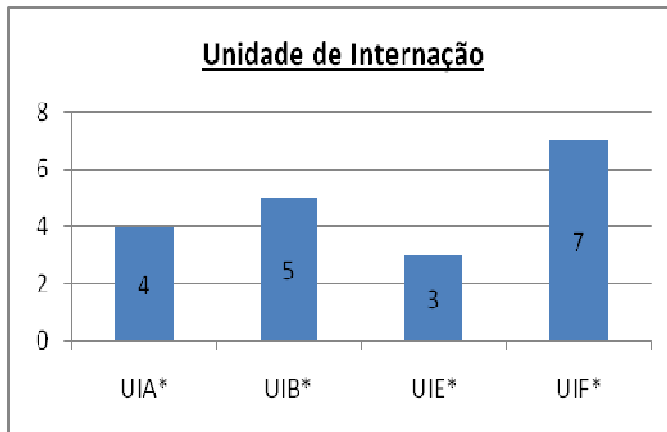


Figura 4 - Unidade de internação

### 3.3.2.9 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando a Baixa Hospitalar no que se Refere aos Tipos de Convênio e Quarto

No que se refere aos convênios utilizados pelos sujeitos investigados, obteve-se as seguintes informações: dos dezenove idosos internados, dois eram casos particulares; três de assistência gratuita (Sistema Único de Saúde); dois de Patronal ou Geap; e seis estavam internados pelo Instituto de Previdência do Estado (IPE). Em função do tipo de convênio, variavam os tipos de quartos em que se encontravam: um estava instalado em suíte; seis em apartamento *standart*; um em apartamento privativo; oito em apartamento semiprivativo e três em enfermaria ou coletivo. Como é possível perceber, os três pacientes instalados na enfermaria e em quarto coletivo tratavam-se de usuários de assistência gratuita, o que demonstra a falta de estrutura de parte do poder público no tocante à saúde da população.

<b>Tipo de convênio</b>	
Particular	2
Assistência	3
Patronal ou Geap	2
Unimed	6
Ipê	6
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 8 - Tipo de convênio

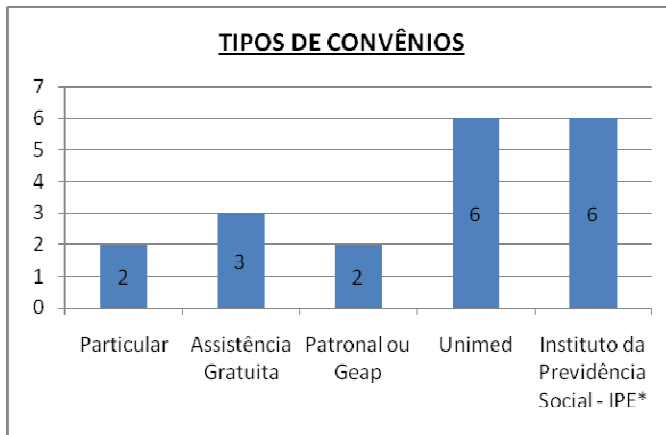


Figura 5 - Tipos de convênios

<b>Tipos de quartos</b>	
Suíte	1
Apartamento Standart	6
Apartamento Privativo	1
Apartamento Semiprivativo	8
Enfermaria ou coletivo	3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 9 - Tipos de quartos

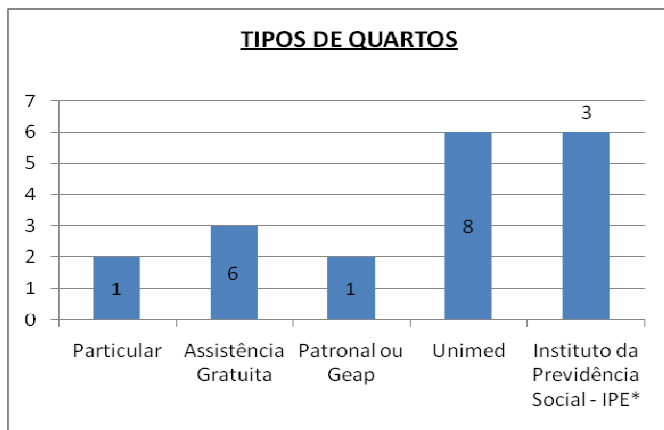


Figura 6 - Tipos de quartos

### 3.3.2.10 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando Internação Hospitalar Anterior

Conforme é possível observar na tabela e no gráfico a seguir, todos os sujeitos idosos entrevistados, ao serem questionados se já haviam sido internados anteriormente no hospital onde se encontravam, responderam sim. Desses, é

importante destacar que três declararam ter sido hospitalizados em outra instituição, além do referido hospital.

<b>Já havia internado antes nesse hospital?</b>	
Sim	19
Não	0
Outro hospital anteriormente	3

Tabela 9 - Já havia internado antes nesse hospital?

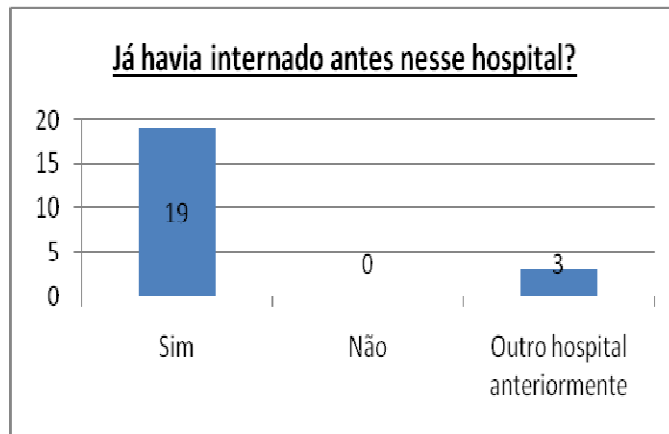


Figura 7 - Já havia internado antes nesse hospital?

### 3.3.2.11 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Relacionados ao Tempo de Internação Hospitalar

Dos dezenove idosos entrevistados, cinco encontravam-se hospitalizados há cerca dois dias; cinco haviam sido internados há três dias; um há um dia; um há cinco dias; um há seis dias; um há sete dias; outro há oito dias; e, finalmente, outro idoso há quinze dias. Com base em tais dados, pode-se perceber que o tempo de internação hospitalar na instituição pesquisada tem maior incidência nos quatro primeiros dias.



<b>Tempo de internação nesse Hospital</b>	
1 dia	1
2 dias	5
3 dias	5
4 dias	3
5 dias	1
6 dias	1
7 dias	1
8 dias	1
15 dias	1
<b>Média (dia)</b>	<b>2,11111111</b>

Tabela 10 - Tempo de internação nesse Hospital

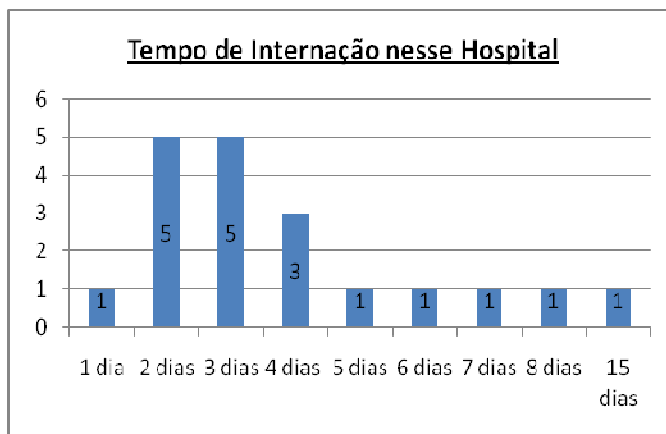


Figura 8 - Tempo de internação nesse hospital

### 3.3.2.12 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando Aspectos Relacionados aos Grupos de Causas de Internação Atual

Conforme os dados obtidos, os diagnósticos mais frequentes que determinam a internação são doenças cardiovasculares, recorrentes em sete sujeitos idosos hospitalizados. Em seguida, tem-se quatro sujeitos idosos apresentando neoplasias; três sujeitos apresentando doenças do aparelho psíquico associado ao endócrino e dois do aparelho respiratório. Cabe ressaltar que a investigação aqui relatada deu-se durante o verão e que tais problemas tendem a se agravar no período de inverno.

A maioria do idosos hospitalizados afirma ter uma ou mais patologias crônicas ou incapacitantes, havendo, desse modo, maior probabilidade de procurarem médico devido a problemas crônicos.

<b>Grupos de causas de internação</b>	
Respiratório	2
Cardiovasculares	7
Endócrino	3
Neoplasias	4
Psíquico	3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 11 - Grupos de causas de internação

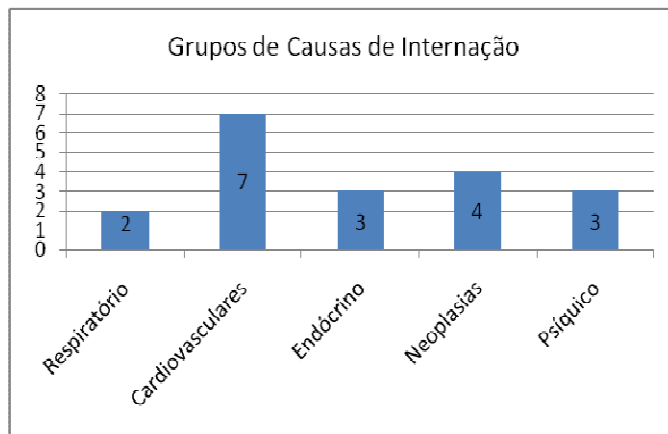


Figura 9 - Grupo de causas de internação

### 3.3.2.13 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando Aspectos Relacionados aos Grupos de Causas de Internações Anteriores

Doenças como neoplasias figuram entre os diagnósticos mais frequentes que determinaram a re-hospitalização dos sujeitos idosos hospitalizados, ocorrendo com seis sujeitos investigados. Em seguida, estão os problemas relacionados ao aparelho músculo-esquelético, acometendo cinco idosos; as doenças do aparelho aparelho respiratório, das quais três sujeitos sofrem; doenças do aparelho psíquico e problemas cardiovasculares, sofridos por duas pessoas, e doenças associadas ao aparelho digestivo, afetando um sujeito entrevistado.

<b>Grupos de causas de internações anteriores</b>	
Respiratórias	3
Digestivo	1
Cardiovasculares	2
Músculo-esquelético	5

<b>Grupos de causas de internações anteriores</b>	
Neoplasias	6
Psíquico	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 12 - Grupos de causas de internações anteriores

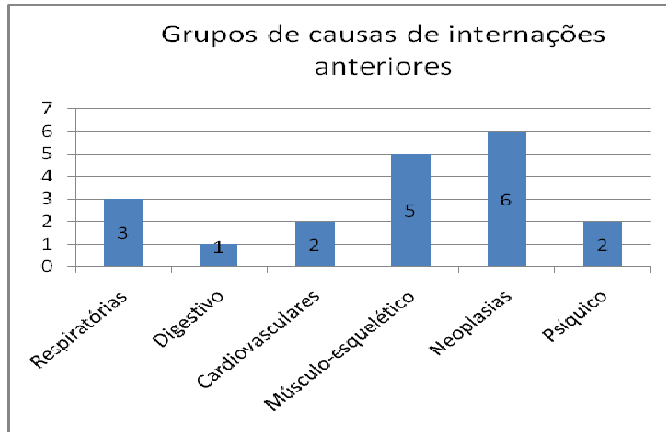


Figura 10 - Grupos de causas de internações anteriores

### 3.3.2.14 Distribuição dos Sujeitos Idosos Hospitalizados Considerando Aspectos Relacionados aos Múltiplos Fatores que Levaram à Internação no Hospital Pesquisado

<b>Múltiplos fatores que levaram você a ser internado (a) nesse hospital</b>	
Encaminhamento médico	13
Qualidade do atendimento	14
Infraestrutura	19
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

Tabela 13 - Múltiplos fatores que levaram você a ser internado (a) nesse hospital

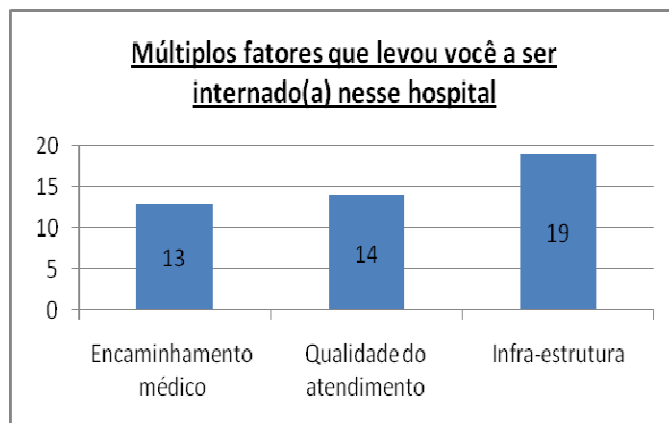


Figura 11 - Múltiplos fatores que levou você a ser internado nesse hospital

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Este capítulo, que traz a análise e a interpretação dos dados obtidos a partir da pesquisa de campo, está dividido em duas partes. Na primeira, encontram-se as informações referentes à população pesquisada, relacionando suas características, sua distribuição por faixa etária, gênero, nível sócioeconômico e cultural, dentre outros. (GILL, 1996). Em seguida, na segunda parte, apresentam-se as análises dos discursos pronunciados, por meio de entrevistas, por essa população específica.

### 4.2 INTERPRETANDO OS DISCURSOS DOS SUJEITOS IDOSOS HOSPITALIZADOS

A presente análise está organizada em quatro categorias, definidas de acordo com as variáveis temáticas encontradas nas respostas obtidas, ou seja, nos discursos dos sujeitos idosos hospitalizados proferidos durante entrevistas, bem como de seus acompanhantes no período de internação<sup>4</sup>. Cabe ressaltar que tal classificação não esteve presente durante a realização das entrevistas, porém, será útil para organizar didaticamente a análise e a interpretação dos dados levantados. De igual modo, é importante salientar que todas as entrevistas, semiestruturadas, foram orientadas pelo mesmo roteiro de questões, a saber:

Nome: (opcional)

Qual a sua idade?

Quantas pessoas moram na sua casa?

Dados do prontuário do paciente:

---

<sup>4</sup> Nesse sentido, ressalta-se que, em alguns casos, o paciente encontrava-se na companhia de seu cuidador no momento da entrevista, e este contribuiu com informações valiosas para o alcance dos objetivos propostos, as quais serão mencionadas ao longo deste estudo.

- 1) O que levou você a ser internado e por que neste hospital?
- 2) Já havia internado anteriormente neste hospital? A equipe que lhe atendeu antes é a mesma de agora?<sup>5</sup>
- 3) Quem cuida de você em casa?
- 4) Como é realizado o cuidado em casa?
- 5) Como é realizado o cuidado no hospital?
- 6) O que é ser bem cuidado em casa? E no hospital?
- 7) O que falta para ser bem cuidado em casa? E no hospital?
- 8) Você tem sugestões para que o trabalho prestado por este hospital fique melhor?
- 9) Você conhece o Estatuto do Idoso? Sabe dos direitos que constam no Estatuto?

Observa-se que, embora todas as entrevistas tenham seguido o mesmo roteiro acima descrito, em determinados casos, alguns idosos, no momento de responderem as perguntas, foram além das questões propostas falando de outros temas relativos a sua história de vida, não se limitando apenas àqueles que haviam sido selecionados para a pesquisa. Nesse sentido, destaca-se que as informações prestadas no momento dos “desvios” e dos “prolongamentos” é que possibilitaram a criação de categorias, pois tal classificação está relacionada às variáveis encontradas nas respostas oferecidas e não às perguntas elaboradas, contemplando análise dos conteúdos. A esse respeito, vale acrescentar que se obteve respostas mais subjetivas quando o idoso “desviava-se” – ou ia além – do tema proposto. Por isso, uma mesma pergunta pode encaminhar-se para dois ou, até mesmo, mais tipos ou níveis de respostas, na maior parte das vezes, do subjetivo ao objetivo.

---

<sup>5</sup> Pergunta direcionada apenas aos sujeitos que já haviam sido internados anteriormente no hospital pesquisado.

Nesse sentido, foi importante colocar em prática o que sugere Demo (1995, p. 26-27), segundo o qual, “[...] não se faz avaliação qualitativa à distância [...]”. Isso porque, conforme o autor, nesses casos, “convivência é o mínimo que se exige” para que a comunidade não veja o avaliador como um forasteiro, um visitante, não oferecendo “condições razoáveis de avaliação qualitativa, pois não sairia dessa condição de observador.”

Assim, o “desvio”, o “prolongamento” e o “retorno” ao tema dependeram da perspicácia e da intervenção da entrevistadora, que não deixou de ouvir os desabaços, a subjetividade, os discursos subjetivos, mas encaminhava a pergunta ao seu objetivo inicial, fazendo-a novamente com outras palavras, até que o idoso entendesse e falasse mais objetivamente sobre o assunto. Assim, o critério utilizado para subdividir a análise nas quatro categorias a seguir está definido pelas respostas e não pelas questões. Optou-se, portanto, por apresentar e interpretar os dados obtidos, atendendo-se a seguinte categorização:

Categoria 1 – O idoso fala sobre si e sua doença

Categoria 2 – A Percepção do idoso com relação ao cuidador: os âmbitos familiar e profissional

Categoria 3 – Percepção do idoso em relação à instituição hospitalar.

Categoria 4 – Percepção do idoso com relação aos seus direitos e deveres

#### 4.2.1 Categoria 1 - O Idoso Fala Sobre si e sua Doença

Esta categoria apresenta as respostas dos idosos referentes a sua autopercepção; à própria **fragilidade física**, decorrente das limitações advindas com o avanço da idade – associadas à patologia –; a sua **relação com a doença**, além de temas relacionados ao **autocuidado e à autoestima**, subitens que podem ser considerados como variáveis de tal categoria.

Foi possível constatar, com base nas respostas à primeira pergunta<sup>6</sup>, que, dos dezenove idosos entrevistados, nove não tinham clareza sobre sua doença, de modo que fizeram referência somente aos sintomas: “Fraqueza, desmaio,

---

<sup>6</sup> O que levou você a ser internado e por que neste hospital?

nervosismo.” (ALINA, 68 anos); “Febre, inchaço nos pés, tristeza profunda.” (AMANDA, 69 anos). Os outros dez idosos, em contrapartida, não apenas citaram a doença, mas também “desabafaram” sobre os sintomas que percebiam: “Diabete [...] estava com a pele toda murcha.” (DITE, 76 anos); “Falta de ar, trombose, agora é taquicardia.” (MIRNA, 86 anos). Como exemplo da parcela de idosos que não sabiam explicar o motivo da sua internação, nem dizer a doença de que estavam sofrendo, cita-se o seguinte trecho, transcrito da entrevista realizada com Ista (75 anos): “Um negócio que deu [...] um problema ali que apareceu e tá complicando, não sei. Mas é no joelho.”

Tal constatação sugere falta de informação por parte dos idosos entrevistados, o que se estende aos fatores que os levaram a ser internados no hospital pesquisado – e não em outro(s). Em relação a tal questão, salienta-se que, na maior parte das respostas, ficou subentendido que o motivo principal de o idoso estar internado naquele hospital era o fato de este ser referência no tratamento de suas patologias: “Foi coletado material para biópsia.” (LUCAS, 65 anos).

De qualquer forma, sobre esse aspecto, é interessante destacar que, embora esse hospital atenda a uma clientela relativamente bem colocada em termos da pirâmide social, uma vez que os pacientes provêm de famílias economicamente estáveis – pelo menos na sua maioria -, paira o desconhecimento dos doentes acerca dos seus próprios problemas. Isso conduz à constatação inevitável de que nem sempre o nível sócio-econômico condiz com o nível de conhecimento de cada indivíduo. Além disso, pode-se levantar a hipótese de que talvez, nem mesmo os seus familiares, os cuidadores em nível de família, tenham clareza sobre as doenças ou os problemas existentes e suas implicações, o que pode gerar, inclusive, consequências negativas em termos de um tratamento adequado. É claro que não se está, com isso, defendendo que os doentes ou seus familiares devam possuir conhecimento científico sobre seus problemas de saúde. No entanto, estes devem saber, basicamente, o que lhes aflige, para saber lidar melhor com o quadro que se apresenta. Para que isso se torne possível, é necessário que haja uma boa comunicação entre médicos e enfermeiros, bem como entre estes e os doentes e seus familiares, a qual tem de ser feita por meio de uma linguagem precisa, o que não significa que ela deva ser científica; ao contrário, ela deve, sim, primar pela clareza e estar adequada ao seu interlocutor.

Em relação à segunda questão<sup>7</sup>, onze dos dezenove idosos já haviam sido internados anteriormente no hospital em que se realizou a pesquisa; três pacientes, por sua vez, internavam-se naquela instituição pela primeira vez; e cinco idosos não prestaram informações a esse respeito.

Se, por um lado, a maior parte dos idosos revelou, em seus discursos, falta de informação acerca de suas patologias, por outro, todos demonstram possuir consciência corporal, pois conseguiram expressar-se sobre suas dores, tanto físicas quanto psicológicas, bem como sobre o que representa estar hospitalizado. A respeito disso, apresenta-se a fala de Lígia (74 anos), que revelou sentir “um queimor por dentro”: “Olha, eu tenho dor por tudo, nas vistas, nos intestinos, nos rins, nas costas. Tenho depressão sempre porque faz anos que mataram meu filho.”

De acordo com Pimenta e Campedelli (1993), entende-se por dor uma sensação desagradável que envolve aspectos físicos e também psicológicos, englobando o organismo como um todo. Segundo as autoras, a resposta que um indivíduo dá à dor sofre a influência de fatores culturais, sociais e psicológicos. É por isso que “a dor decorrente de um mesmo tipo de lesão pode ser expressa e tolerada de maneira muito diferente por duas pessoas.” Almeida, Araújo e Ghezzi (1998, p. 33) constata, em seus estudos, que

A dor é considerada um fenômeno universal complexo, multidimensional e subjetivo, estando presente na maioria dos pacientes hospitalizados. Além do sofrimento oriundo da lesão tecidual, a dor evoca sentimentos, fantasias, temores e preocupações sociais, profissionais e materiais. A incapacidade para executar atividades da vida diária, bem como alterações no apetite, padrão do sono e lazer, são fatores que contribuem para agravar o quadro doloroso do indivíduo.

Alguns indivíduos, inclusive, aprenderam, ao longo de suas vidas, “a utilizar a queixa de dor como forma de ganhar atenção, carinho e amor.” (PIMENTA; CAMPEDELLI, 1993, p. 103). Tal fato, aliás, pode ser observado durante a pesquisa de campo, especialmente no que diz respeito à hospitalização, pois alguns idosos entrevistados demonstraram que hospitalizar-se significava um modo de ser percebido pela família. A esse respeito, Pimenta e Campedelli (1993, p. 103)

---

<sup>7</sup> Já havia internado anteriormente neste hospital? A equipe que lhe atendeu antes é a mesma de agora?



recomendam que o cuidador dê atenção e afeto ao idoso fora das situações de queixa de dor e de internação.

Obviamente, é preciso admitir, quanto a isso, que o ritmo de vida do mundo atual faz com que, cada vez mais, as pessoas disponham de menos tempo para as questões afetivas. Afinal, em um mundo marcado pela competição e pelo acúmulo de bens materiais, a afetividade passa, para muitos, a ocupar um espaço absolutamente relegado ao desprezo. Em consequência de tal fato, os idosos perdem em dois sentidos: em primeiro lugar, como a maioria deles não faz mais parte do processo produtivo, economicamente falando, eles deixam de ser considerados, pode-se dizer, dignos de atenção, a qual precisa ser constantemente – segundo os moldes capitalistas – canalizada para a produção e a conquista de bens; em segundo lugar, como o idoso – pela sua própria condição física – não mais dispõe do vigor da juventude e da agilidade física - e, por vezes, mental – daquela faixa etária –, passa a ser encarado como um “atrapalho”, como um estorvo, com o qual é preciso ter “paciência”, pejorativamente falando.

Todos esses fatores, associados, fazem com que a questão de se dar atenção permanente ao idoso seja cada vez mais dificilmente constatada nas práticas das relações familiares modernas, levando os mais velhos a usarem a doença como uma forma de angariar afeto e atenção.

Ainda no que se refere à face emocional da dor, um aspecto que chamou a atenção foi a consciência demonstrada por alguns idosos pesquisados a respeito das alterações de humor decorrentes das dores e dos sintomas que sofriam: “Claro que eu sei que numa situação dessa (internação), a maioria dos pacientes são chatos, são chatos, não adianta, um tanto desconfortáveis [...]” (VITORINO, 68 anos). Por outro lado, houve pacientes que demonstraram recorrer ao bom humor para suportar o sofrimento e dar conta do que estavam enfrentando: “[Tenho] Ponte de safena, marcapasso, tenho aquele outro diabo. Eu sou um homem equipado.” (ARMANDO, 81 anos).

Sobre as diferentes reações relatadas acima, entende-se que aquele que cuida deve ter sempre em mente que cada ser humano reage à dor de acordo com suas possibilidades, e que “a tolerância à dor não deve ser vista como bem ou mal, bravura ou covardia, e sim como a resposta própria daquele indivíduo.” (PIMENTA; CAMPEDELLI, 1993, p. 102). Essa capacidade de discernimento por parte do

cuidador irá ajudá-lo a não rotular como “problemático” o doente que tende a ter menos tolerância à dor.

Outra observação a ser feita pelo cuidador em relação a esse aspecto é que sujeitos muito ansiosos e com tendência à depressão toleram menos a dor e esta lhes traz maior sofrimento. Assim, outra reação possível é a apatia, ou seja, a possibilidade de o sujeito entregar-se à doença sem lutar contra ela:

Bá, eu fiquei 10 anos, não chegava em casa e tinha que voltar com o doutor. Ele me encaminhou para o Hospital Psiquiátrico, fiquei internada, e eu me sentia bem porque eu só dormia, me davam calmante pra dormir. Me sentia bem com o tratamento lá. (LÍGIA, 74 anos).

Em relação a sua condição atual, alguns sujeitos entrevistados assumiram para si a responsabilidade pela doença e/ou pela má qualidade de envelhecimento que estavam enfrentando, o que indica possuírem certa “consciência” de que envelhecer bem depende de um investimento feito ao longo da vida. “A idade não vem sozinha.” (VITORINO, 68 anos), mas é acompanhada dos excessos da juventude e da idade adulta: “Tem gente que fez tudo errado. Meus amigos mais novos que eu faleceram tudo”; “a boca de gringo é danado.” (ARMANDO, 81 anos). Essa última frase traz uma informação ambígua, pois tanto pode indicar que o sujeito considera ter se alimentado de forma inadequada ao longo da vida, sem pensar na prevenção, como pode significar arrependimento em relação a algo que disse, em algum momento, sem pensar e que agora não pode mais consertar. Assim, é possível inferir, com base na primeira interpretação acerca de sua fala, que esse sujeito entende que a atenção dada à alimentação, assim como aos exercícios físicos e à forma com que enfrentamos situações cotidianas, irá delinear o tipo de velhice que teremos.

Referente a isso, pode-se destacar que essa consciência da vida como processo e da velhice como resultado de uma conjunção de escolhas feitas ao longo da vida é um fenômeno relativamente novo. Isso porque, até então, a única opção parecia ser a de ir vivendo a vida um dia de cada vez, sem a percepção de que o que se fizesse no presente poderia ter consequências – boas ou ruins – no futuro. Conforme indicam os dados obtidos, é possível que a geração analisada nesta

pesquisa ainda faça parte de um grupo educado dessa maneira mais imediatista e menos preocupada com planejamentos.

Além disso, outro fator que interfere nesse sentido é o fato de que, em geral, somente nos momentos de vulnerabilidade as pessoas passam a tomar consciência da própria fraqueza, percebendo que não são donas completas do seu destino. Assim, por vezes, a juventude, e até mesmo a vida adulta, leva o sujeito a imaginar-se “todo poderoso”, dada a sua resistência física, sendo que somente mais tarde – quando, por vezes, já há pouco a fazer senão colher os frutos de uma vida desregrada – ele vai ter noção dos excessos cometidos. É justamente essa consciência que parece aflorar no depoimento de Armando, citado acima, e também em outro momento de sua entrevista:

A bebida, eu tomo muito menos que meu pai na época dele. **Pelo que eu entendi a bebida faz parte da sua cultura familiar [...]**. Da cultura. Somos uma família grande, então derrubava uma polenta dum lado e na mesa o outro lado, dez, doze na mesa comendo, e depois nós viemos derrubar mato, viemos fazer tudo as coisas pesadas. Tinha que sustentar [a família]. (ARMANDO, 81 anos, [grifo meu]).

De acordo com a declaração acima, hoje, o paciente percebe os excessos que cometera em sua juventude, tanto na questão da alimentação e da ingestão de álcool, quanto no que se refere ao trabalho braçal, prejudicial ao corpo.

Conforme foi possível verificar na fundamentação teórica deste estudo, o conceito de envelhecimento saudável relaciona-se diretamente à possibilidade de o sujeito que envelhece manter sua autonomia. De acordo com Waldow (1998), conforme a idade aumenta, a manutenção da autonomia vai se tornando, por sua vez, intimamente relacionada à qualidade de vida. Assim, é possível considerar que a qualidade de vida de um indivíduo depende do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as suas funções diárias; e é nesse sentido que a ideia de envelhecimento cronológico torna-se menos relevante em comparação ao conceito de envelhecimento funcional, isto é, o envelhecimento das funções orgânicas.

Uma das funções diárias mais importantes na vida do indivíduo trata-se do autocuidado, uma prática que pode exigir um aprendizado especial para otimizar ações em prol da saúde e atender às mudanças advindas de doenças ou do próprio

processo de envelhecimento. Portanto, na fase madura, torna-se necessário ter conhecimento sobre si e dar atenção especial à prevenção e ao controle de doenças crônicas. De acordo com Caldas (2005), entre as medidas de manutenção de saúde encontram-se o controle do peso, a atividade física, a alimentação saudável e balanceada, a higiene bucal, a prevenção de quedas, a otimização da capacidade mental, a vacinação, o cuidado com a pele e, finalmente, o uso adequado de medicamentos e outras substâncias químicas.

Nas entrevistas realizadas, desses fatores somente foram lembrados, como medidas de autocuidado, a atenção à alimentação, a prática do exercício físico e o uso adequado de medicamentos, o que demonstra certa limitação por parte dos sujeitos pesquisados a respeito do assunto. Como exemplo, citam-se as seguintes respostas: “O principal é tomar os remédios certo como que é preciso.” (ALINA, 68 anos); “Eu já sei mais ou menos o que tem que comer, o que não pode comer [...], mas a boca é sempre maior que os olhos.” (DITE, 76 anos).

A fala de Dite leva a uma constatação interessante a respeito do alimento e da própria constituição física. É comum, nas cidades menores, especialmente naquelas cuja população é predominantemente de origem italiana ou alemã e, em especial, entre os idosos, se considerar a comida não no seu aspecto puramente alimentar, mas, sim, como um prazer, ao qual, portanto, é difícil de resistir. Isso, logicamente, compõe-se como um traço cultural presente também na comunidade atingida pelo hospital sob análise, nesse município, da qual Dite – a entrevistada – faz parte. Contrapondo-se a tal referência, Alina diz: “Procurar se alimentar um pouco mais, porque a gente quase não se alimenta.” (ALINA, 68 anos).

É importante considerar, nessa perspectiva, que, depois de uma certa idade, o sujeito, eventualmente, passa a sofrer certa alteração em seu paladar, o que pode ter como consequência a perda do prazer de alimentar-se. Essa tendência, por sua vez, é capaz de acarretar, no indivíduo, a subnutrição, uma vez que ele deixa de ingerir quantidade suficiente de nutrientes para manutenção de seu peso e, principalmente, de sua saúde.

A entrevistada traz à tona o outro extremo – o do idoso que não mais se alimenta e que adota um comportamento, por vezes, semelhante ao de uma criança, exigindo atenção dos que o rodeiam no sentido de insistirem para que ele se alimente de forma adequada. Isso vem ao encontro do que já fora comentado, quanto às estratégias de que o idoso lança mão para conseguir angariar a atenção e

as demonstrações de afeto por parte dos seus cuidadores. Do mesmo modo, pode demonstrar certa falta de regras com que muitas pessoas, na velhice, passam a conduzir a sua rotina: por falta de compromissos profissionais, por exemplo, que demandem obediência a horários, essas pessoas deixam de seguir horários pré-estabelecidos para as refeições, desregulando, assim, seu apetite.

Além disso, a falta de um adequado exercício físico, aliada a excessos ou a deficiências de alimentação já citadas, pode ser responsável não apenas pelo surgimento de alguns problemas de saúde, mas também e, especialmente, pelo agravamento de problemas já existentes. Está aí, portanto, um aspecto que merece máxima atenção por parte dos médicos e enfermeiros que trabalham com pacientes idosos, bem como por parte dos cuidadores familiares: cuidar, nesse sentido, não significa somente atacar a doença e os seus sintomas, mas educar para que o sujeito seja capaz de controlar a doença, seus sintomas, e, sobretudo, prevenir outras doenças.

Aqui, torna-se relevante traçar um breve paralelo entre o avanço da medicina – que trouxe consigo a descoberta de possibilidades de prevenção de doenças, por meio de mudança de alguns hábitos por parte do indivíduo, dentre eles a prática de exercícios físicos – e a questão do “modismo” – relacionado à adoção de um novo “estilo de vida”, muito distante da realidade em que cada sujeito esteve inserido ao longo de sua existência.

Isso fica evidenciado, por exemplo, quando se orienta o paciente acerca de como lidar com sua própria saúde – seja no que diz respeito à manutenção desta, seja no que se refere à prevenção ou ao tratamento de doenças –, momento em que, normalmente, não se costuma considerar o contexto em que cada sujeito foi educado, seus hábitos, seus costumes. O “perigo”, nesse tocante, é que o discurso médico se torne generalizante, tornando “obrigatório”, a todos, indistintamente, praticar exercícios, quando, na realidade, a pessoa nunca o fez ao longo de toda uma vida.

Nesses casos, quando há “necessidade” de que o idoso incorpore ao seu dia-a-dia alguns hábitos até então nunca praticados, é comum que este encontre dificuldades de adaptação, ou, até mesmo, resistência a fazê-lo, o que, por sua vez, pode gerar culpa de sua parte e cobrança por parte do cuidador. Isso pode ser comprovado nas seguintes declarações: “O médico perguntou ‘está caminhando?’, e

eu sou capaz de mentir. Se as filhas estão junto eu não posso mentir.” (MIRNA, 86 anos); “Dizem que tenho que fazer exercício.” (AMANDA, 69 anos).

Dite também se refere aos exercícios físicos, comentando: “Também preciso fazer academia, vou fazer hidroginástica com a minha vizinha que disse que vai junto.” Nesse ponto, destaca-se a importância da companhia de outrem, para incentivar a prática de exercício físico, especialmente para aquelas pessoas que não adotaram tal medida em fases anteriores da existência, quando tinham boa saúde, prevenindo a doença e otimizando a qualidade de vida. No entanto, tais respostas indicam que o idoso, embora precise contar com uma rede de apoio externo, não pode eximir-se de sua responsabilidade quanto ao cuidado consigo mesmo, ao menos enquanto possuir autonomia para tanto, devendo ser parte interessada e ativa no tratamento de doenças já instaladas e na prevenção de outras patologias que corre o risco de adquirir.

Assim, salienta-se que o autocuidado deve estar presente até o momento em que o idoso ainda esteja em condições de exercer e responsabilizar-se por suas ações. Tornando-se impossível tal situação, ele passa, então, a necessitar de um cuidador, o que obriga a família a reestruturar-se, tanto na parte financeira quanto nas dimensões bio-psico-sociais.

Como uma variação do apoio externo que deve ser oferecido ao idoso fragilizado física ou emocionalmente, foi possível constatar, durante a realização da pesquisa, que a maioria desses sujeitos possuía necessidade de ser ouvida, possivelmente como forma de aliviar um pouco o sentimento de impotência, vulnerabilidade e dependência, temporária ou contínua, que estavam enfrentando<sup>8</sup>. Pode-se afirmar, assim, que as perguntas feitas aos sujeitos idosos oportunizaram que os mesmos falassem um pouco sobre si e sobre sua própria vida, o que possibilitou, portanto, o alcance dos objetivos propostos, que era conhecer melhor a percepção dos idosos hospitalizados acerca de sua própria condição e da forma como são cuidados em casa e no hospital, bem como colher sugestões para tornar tais “serviços” mais adequados as suas necessidades e aos seus anseios. Cabe reforçar, aqui, a importância de o hospital desenvolver dinâmicas que se estendam para além das suas paredes – a saúde, estando diretamente relacionada à forma

---

<sup>8</sup> Aqui é importante lembrar o que diz Caldas (2005, p. 77), de acordo com a qual “a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida, ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados.”

como cada sujeito conduz a sua vida, demanda também um cuidado em relação as suas práticas cotidianas. Desse modo, devem ser apresentadas a esse sujeito, como mencionado, orientações acerca da alimentação, do controle do peso, dos exercícios físicos etc. Isso acontecendo, poder-se-ia dizer que o hospital está, de fato, trabalhando com a saúde em um sentido global, e não apenas atacando a doença.

Quanto à forma como o hospital conduz a orientação aos pacientes, destaca-se uma das falas, na qual o idoso “reclama” que a maior parte dos cuidadores impõe a maneira de cuidar, sem respeitar a vontade do doente e, sobretudo, sem explicar o procedimento técnico ou os objetivos da intervenção. Como exemplo desse aspecto em particular, cita-se a resposta de Vitorino (68 anos) ao ser questionado, durante a entrevista, como percebe o cuidado prestado no hospital pesquisado: “Muito bom [...], com algumas exceções de personalidade, pessoas assim que são mais quietas [...], tem uma que ‘se acha’. Não, porque, afinal de contas [...], **tem que ouvir o paciente doente.**” [grifo meu].

A respeito da falta de esclarecimento ao paciente sobre os procedimentos e o tratamento a ele dispensados, escreve Simões (1990). De acordo com a autora, a informação está inserida na noção por ela definida como “orientação de enfermagem”, expressão que designa uma ação voltada aos esclarecimentos sobre realização de exames complementares, sobre determinados procedimentos de enfermagem realizados com a pessoa, como, por exemplo, no momento de verificar sinais de vida, ao coletar material para exames etc.

Relaciona-se a esse procedimento outro termo, “orientação do cliente”, que, Simões (1990) define como um procedimento intencional e metódico, recomendado por profissionais de saúde na atuação da sua função educativa visando acompanhar o cliente através de projeto de ação personalizada.

Assim sendo, é lícito considerar o fornecimento de informações ao paciente, seja ele idoso ou não, um modo de educá-lo para cuidar melhor da própria saúde, com vistas a uma mudança comportamental que refletirá positivamente em sua vida futura, especialmente se adotada em fases anteriores à velhice. Volta-se a destacar, porém, que os pacientes observados, que relataram esse aspecto, parecem ressentir-se não da falta de orientações técnicas, mas de informações mais abrangentes, ou seja, de ordem menos prática, capazes de fazer com que eles efetivamente sejam sujeitos desencadeantes da sua própria recuperação.

Por fim, observou-se a imagem que os sujeitos fazem de si diante dos membros da família. Nesse sentido, a maioria dos idosos considera-se bem quista e bem cuidada: “Sabe que quando eu saí com meu marido, que viemos pro hospital, a minha nora disse que não paravam de ligar?” (NICOLAU, 76 anos); “Em casa [...] a gente tem harmonia [...], porque eles sabem, se eu me incomodar um pouquinho a minha pressão desregula, então eles fazem de tudo pra não incomodar.” (NENA, 65 anos); “É, ainda eu estou no hospital, não fui pra casa, mas eles estão preparando tudo [...] e eu já falei pra eles que agora em diante eu quero mordomia total.” (VITORINO, 68 anos).

Porém, apesar de os entrevistados verbalizarem o apreço que imaginam que sua família tem por eles, não se pode ignorar que, para alguns idosos, persiste a ideia de que, ao serem cuidados, estão dando trabalho, incomodando a família, o que pode gerar uma espécie de sentimento de culpa. Por isso, frisa-se que, além da importância de o sujeito educar-se para cuidar de si mesmo, existe a necessidade de este aprender – e permitir-se – ser cuidado por outra pessoa, quando o autocuidado não mais for possível em sua vida.

Isso remete, inevitavelmente, à ideia de cuidado não apenas na perspectiva física, mas também relacionado aos aspectos psicológicos, haja vista a necessidade de se entender o sujeito como alguém que, embora eventualmente paralisado, privado de autonomia física, continua tendo emoções, sentimentos e uma percepção própria do mundo que o rodeia e de si mesmo.

#### **4.2.2 Categoria 2 - A Percepção do Idoso com Relação ao Cuidado: os Âmbitos Familiar e Profissional**

A categoria 2 apresenta respostas mais específicas às perguntas que constam do roteiro de entrevista aplicado, dando ênfase ao modo como o idoso é – e também como gostaria de ser – cuidado em casa e no hospital. Cabe salientar que os discursos a serem apresentados a seguir serão interpretados à luz de teorias relativas ao cuidado, à humanização na área da saúde e à ética que deve estar presente nesse trabalho.



Ficou evidenciado, com base nos discursos dos dezenove pacientes idosos entrevistados, que seis deles sentem-se tratados sem respeito pelos profissionais. Os demais ressaltam alguns pontos que consideram fortes no atendimento oferecido pela instituição. No que se refere a essa questão, destacam-se as seguintes falas: “Gosto muito do que eles dizem: o senhor está bem, o que o senhor precisar é só falar.” (LAURINDO, 83 anos); “Precisa de remédio, trazem e dão; atendem tudo o que a gente precisa, e são legais, são amigos mesmo, entram sempre sorrindo, no quarto, ninguém entra com cara torta.” (NICOLAU, 76 anos).

Em relação àquilo que falta para ser mais bem cuidado no hospital, apresenta-se como exemplo a fala de Vitorino (68 anos), que, de certa forma, contrapõe a fala dos pacientes acima: “Mas o que eu noto é que talvez falta um pouquinho mais de calor humano também para os médicos, um pouquinho de calor humano, não, é que tu nota aquela atenção profissional.” Sobre isso, vale destacar que, segundo Rodrigues, Diogo e Barros (2004, p. 20), “existem situações em que o idoso se encontra que exigem muita atenção, interesse, disposição de tempo, compreensão e carinho de quem cuida e se relaciona com ele.” Nessas situações, portanto, o idoso precisa sentir um cuidado mais humanizado, ou seja, o cuidado pessoal, que vai além do cuidado competente, que “se refere ao cuidado fragmentado, ao cuidado de todos e cada um dos elementos que integram a corporalidade: os pés, os braços, o tronco, a cabeça.” (TORRALBA apud BERMEJO, 2008, p. 47).

Segundo Torralba (apud BERMEJO, 2008), o cuidado competente está relacionado a – e depende de – conhecimentos de natureza anatômica e fisiológica, e somente pode ser dispensado por pessoa competente em determinado fragmento da corporalidade humana. Já o cuidado pessoal “requer, além do cuidado competente, o cuidado individual, o trato afetivo, a sensibilidade, a cumplicidade pessoal, a confiança, a proximidade de ordem ética”, o que depende de habilidades comunicativas e psicológicas, além de um determinado “talante moral, um *ethos* profissional.” (TORRALBA apud BERMEJO, 2008, p. 47).

Em relação a isso, Carper (apud WALDOW, 2007, p. 133) enfatiza “a [falta de] humanização nos serviços de prestação à saúde e a resultante despersonalização dos clientes / pacientes.” De acordo com a autora, considerar a pessoa como um todo e manter-se sensível à integridade do *self* trata-se, sobretudo, de uma ordem ética. Por esse motivo, Carper (apud WALDOW, 2007, p. 134) reflete acerca daquilo

que chama “erosão do cuidado”, fenômeno influenciado, segundo ela, por dois fatores determinantes: a tecnologia, que, embora traga inúmeros benefícios à humanidade, também traz a impessoalidade, o formalismo, a frieza e a desmoralização a que acabam se submetendo os indivíduos; e a “já estabelecida especialização nas profissões de saúde”, o que “tem resultado em divisões e subdivisões de tarefa e de perícia profissional.” De acordo com a autora:

A estruturação das instituições, cada vez mais sofisticadas e burocratizadas, são inevitavelmente despersonalizantes. Pacientes estão à mercê de estranhos cujas funções e papéis desconhecem, de máquinas, de aparelhos e de testes assustadores e de rotinas totalmente desconectadas de seus conhecidos hábitos familiares. O paciente torna-se somente um paciente a mais, outra patologia, outro tratamento, outro prontuário, outro nome na lista diária do cronograma das salas de cirurgias, unidades e cardápios [...]. (CARPER apud WALDOW, 2007, p. 134).

Assim, como confirma a fala do sujeito entrevistado sobre aquilo que classifica como falta de calor humano, pode-se dizer que “poucas pessoas têm uma experiência hospitalar sem se sentirem, de alguma forma ou grau, despersonalizadas e desprivadas de seus direitos humanos básicos e de sua dignidade.” (WALDOW, 2007, p. 134).

Provavelmente por esse motivo, um paciente tenha revelado sentir-se melhor em casa, onde demonstra receber maior calor humano: “É bem melhor em casa, lá você se distrai, vem um e manda isso, manda aquilo, fala como é que foi, não é bem atendido que nem aqui, mas passam as horas melhor. Rápido, come uma pipoca, come um pão com salame.” (ARMANDO, 81 anos). Sua fala revela também, entre outros aspectos, o desejo de não ser o “centro das atenções”, pois, estando no hospital, até mesmo a consciência da proximidade da morte parece ficar mais evidente. Em casa, é como se, “misturado” aos demais familiares, não se lembrasse de que vai morrer. Nesse sentido, apesar de reconhecer que no hospital possui mais recursos para o cuidado, sente-se melhor em meio aos que ama, pois está em nível de igualdade em relação aos demais, ganhando e dando carinho de forma natural e espontânea.

Ainda no que se refere à questão humanizadora relacionada à internação, um dos pacientes trouxe um dado interessante, ao comentar que alguns conhecidos

seus trabalham no hospital onde se encontrava: “Aqui nesse hospital somos bem atendidos, coisa mais maravilhosa. Hospital de qualidade, bom atendimento. Conheço algumas amigas que trabalham aqui, além do meu neto que trabalha aqui.” (NICOLAU, 76 anos). O discurso desse idoso revela que, de um modo geral, as pessoas sentem-se mais seguras ao terem por perto pessoas amigas, de confiança, capazes de servirem de referência até mesmo para abrandar o sentimento de solidão, comuns em situações de internação.

Em relação à importância dada às especializações na área da saúde, ressaltada por Carter (apud WALDOW, 2007, p. 134), esse fator é lembrado por um dos sujeitos entrevistados, da seguinte forma: “[Para aperfeiçoar o cuidado em casa] seria melhor um agente da saúde, tinha que ser um enfermeiro especializado, pra cuidar das coisas junto com a gente.” (BATAVO, 65 anos). Esse discurso revelado por um dos pacientes demonstra a relevância de um trabalho profissional no sentido de (co)orientar e co(laborar) com a família, seja na questão da continuidade dos tratamentos, seja na prevenção das doenças.

Desse modo, outro ponto a ser destacado é a avaliação dos sujeitos entrevistados em relação aos agentes de saúde. Nesse item, apenas um paciente classifica como muito bom o atendimento desse tipo de profissional, o que se estende aos grupos de terceira idade. Salienta-se, porém, que os grupos de terceira idade atuam, de modo especial, no sentido preventivo, ao atenderem, na sua maioria, idosos independentes, que se reúnem para promover o resgate e/ou a manutenção da convivência social, bem como para evitar o agravamento, ou mesmo a instalação das doenças crônicas mais comuns a sua faixa etária. Assim, a participação em grupos de terceira idade estaria vinculada mais à questão do autocuidado, e não ao cuidado familiar e hospitalar, “acionados” quando o idoso não mais se encontra capacitado a cuidar-se sozinho:

Eu acho que é importante, os idosos se juntam, se conversam, eles explicam muitas coisas também, até da saúde, na hora que a gente quer, aquela que coordena lá, a gente, e fazem música, e dançam, fazem física, fazem de tudo, lá é movimentada a terceira idade, movimentada, saímos muito para os bailes, festas, isso é sempre. (NICOLAU, 76 anos).

A partir do relato acima, entende-se, ainda, que o grupo serve como espaço reservado e destinado aos “iguais”, atuando positivamente na (re)construção da identidade dos participantes, bem como no resgate da cidadania dessas pessoas.

No que diz respeito ao cuidado em âmbito familiar, é importante considerar que, dos dezenove idosos, apenas três revelam sentir-se bem cuidados pela família. Além disso, um dos sujeitos entrevistados chegou a queixar-se da negligência do filho, motivo que o leva a preferir ser cuidado no hospital a ser cuidado em casa: “Meu filho tem dinheiro, mas ele é ruim [...] tem muito dinheiro na poupança [...] botaram ele para rua [...] eu ajudei muito ele quando ele perdeu o serviço, [...] pagava aluguel [...] eu sofri muito [...] eu podia estar muito melhor.” (DITE, 76 anos). A fala dessa paciente revela o sentimento de ingratidão que percebe do filho, que, na sua opinião, deveria estar retribuindo, através do cuidado e da promoção de um tratamento digno a ela, toda a dedicação da mãe em momentos difíceis de sua própria vida. Nesse depoimento, está presente, ainda, a questão do poder, antes detido pela progenitora e que, agora, passa às mãos do filho, numa inversão de valores e hierarquia.

Em contrapartida, outros pacientes sugeriram utilizar-se de sua doença como meio de ganharem atenção e serem bem cuidados tanto no hospital quanto em casa, ou seja, de exercer outro tipo de poder: “Meu Deus do céu, foi bom vim pro hospital [...] eu gosto [...] faço injeção, então todo mundo vem lá.” (DITE, 76 anos); “Em casa, no fim, eu estou bem, a gente tem harmonia na casa, porque eles sabem, se eu me incomodar um pouquinho a minha pressão desregula, então eles fazem de tudo pra não incomodar.” (NENA, 65 anos).

Na análise desta categoria, é importante destacar a seguinte resposta dada por um dos sujeitos entrevistados ainda à questão “Como é realizado o cuidado em casa?": “Eu não sei dizer. Como tenho o saquinho de remédio, está tudo escrito na caixinha, quando a filha tem que sair, quem fica procura no saquinho.” (MIRNA, 86 anos). Com base nessa resposta, percebe-se que, para muitas pessoas, cuidar é apenas dar remédio, o que revela certa limitação por parte dos familiares em relação ao assunto, embora estes demonstrem zelo ao deixarem tudo organizado na caixinha de medicamentos. O que ocorre, porém, é falta de informação no que diz respeito ao significado de “cuidar”.

Por outro lado, alguns idosos entrevistados revelaram perceber a presença e a importância do cuidado afetivo durante seu tratamento – comentado por Waldow

(2007) –, uma vez que mencionaram carinho, amor e atenção dos familiares em relação a eles: “Quando eu chego, me esperam com o chimarrão, quando eu chego para o almoço, a comida está sempre pronta.” (LAURINDO, 83 anos); “Minha esposa não desgruda da gente, tá ajudando sempre.” (GERALDO, 65 anos); “Carinho, amor da família, os filho, os neto [...] eles querem muito bem o vô. [Perguntam] Vô, quando é que tu volta?” (NICOLAU, 76 anos).

Questionados sobre o que falta para serem mais bem cuidados no hospital, muitos destacaram como prioridade o “tratamento gentil, humano” (VITORINO, 68 anos); “o lado afetuoso de tratar as pessoas” (LUCAS, 65 anos); a necessidade de se “dar atenção, dar carinho principalmente para as pessoas de idade.” (ALINA, 68 anos).

Assim, é importante destacar que, a seu modo, os idosos entrevistados sugeriram, por meio de suas repostas, acreditar que o cuidado afetivo é tão importante quanto o cuidado competente no sucesso de seu tratamento, seja em casa, seja no hospital.

#### **4.2.3 Categoria 3 - Percepção do Idoso em Relação à Instituição Hospitalar**

Nesta categoria, são analisadas as respostas dos sujeitos entrevistados que remetem a sua percepção em relação à instituição hospitalar na qual se encontram.

No que diz respeito ao atendimento prestado na instituição hospitalar, dos dezenove idosos ouvidos na entrevista, doze caracterizaram-no como “muito bom”, seis como “satisfatório”, enquanto apenas um como “ótimo.” Ficou evidenciado, assim, que, de um modo geral, todos os idosos entrevistados possuem uma visão positiva – em maior ou menor grau – acerca do atendimento prestado no hospital em que estão internados.

Foi possível constatar que, nas suas respostas, a maioria dos pacientes limitou-se a comentar sobre sua percepção em relação às enfermeiras, uma vez que poucos expressaram opinião acerca do médico, da nutricionista, da responsável pela limpeza, da psicóloga, enfim, dos demais atores que fazem parte do contexto hospitalar.

No que diz respeito ao atendimento da equipe de enfermagem, pode-se perceber um olhar positivo por parte dos pacientes, que, no entanto, demonstraram não possuírem critérios para avaliar o serviço prestado por esses profissionais: “As moças são legais, não sei se são pagas para isso? De vez em quando a gente enche elas demais [...], toca a campainha, sabe como é que é. São todas legais, verdade, a moça que faz a limpeza, a que serve a comida, todas são fora de série.” (GERALDO, 65 anos).

Na fala acima, o sujeito entrevistado demonstra não ter noção de todos os aspectos – humanos, afetivos, técnicos – que devem envolver o atendimento prestado pela equipe de enfermagem, pois não tem certeza se as enfermeiras “são pagas” para serem “legais”, para terem paciência e tratarem os pacientes com afeto. Desse modo, o paciente parece considerar normal que o hospital represente um ambiente hostil, em que a frieza e a impessoalidade estejam presentes.

Outro paciente, com sua simplicidade e intuição, falou da importância de o enfermeiro proporcionar ao paciente hospitalizado uma educação para a saúde, no sentido de prepará-lo para o momento de alta, quando terá de dar continuidade ao tratamento de forma a evitar reincidência de internações: “Orientação para o tratamento sempre falam quando sai do hospital, sim, dos cuidados [...]” (EURIDES, 84 anos). A esse respeito, conforme foi destacado na fundamentação teórica deste estudo<sup>9</sup>, destaca-se que a instituição hospitalar pode e deve auxiliar o próprio idoso e o seu cuidador familiar a dar sequência ao tratamento quando esse retornar para sua casa, primando, assim, pela sua pronta recuperação e evitando que reincida em sucessivas internações.

Ainda em relação à equipe de profissionais envolvidos no contexto hospitalar, cabe ressaltar que dois pacientes parabenizaram o atendimento das psicólogas, demonstrando a necessidade de serem ouvidos e compreendidos, principalmente em uma fase em que se encontram frágeis e em busca de recuperação: “As psicólogas são uma bênção de Deus, a gente se alivia quando elas vêm aqui” (LÍGIA, 74 anos); “Pede para a psicóloga vir aqui? Eu quero falar com ela.” (AMANDA, 69 anos).

Outro ponto destacado por alguns pacientes entrevistados foi a alimentação: “Gosto do atendimento, mas a comida é sem gosto” (GERALDO, 65 anos); “Pra mim

---

<sup>9</sup> Ver p. 59-60 desta dissertação.

é um hospital perfeito, só que a comida aqui não se consegue comer, mas é que a comida é para todos, não é só para um.” (LÍGIA, 74 anos). A fala dos pacientes revela falta de orientação, uma vez que ambos levaram em consideração apenas a questão do sabor, e não a noção de que a alimentação adequada, ainda que insossa, faz parte de seu tratamento. Além disso, a segunda paciente citada equivocou-se ao dizer que, no hospital, faz-se a mesma comida para todos, pois se sabe que, na instituição hospitalar, é função da nutricionista elaborar cardápio individual, de acordo com o prontuário de cada paciente.

Conforme as respostas elencadas nessa categoria, pode-se afirmar que a principal razão que os levou a, aparentemente, formar uma opinião positiva em relação à instituição é o fato de esta ser referência em qualidade e bom atendimento em termos de região. Isso ficou demonstrado em falas como: “[...] é o melhor hospital dessa região. Tem tudo.” (BATAVO, 65 anos); “É o melhor hospital daqui.” (LUCAS, 65 anos); “É o melhor hospital que tem por aqui. São todos gente bem atenciosa.” (MOEMA, 85 anos).

Em relação à infraestrutura, especificamente, também ficou implícito que, na opinião dos sujeitos ouvidos, a referida instituição oferece melhores condições de atendimento em relação a outros hospitais, o que confere maior segurança e confiança aos pacientes internados. Sobre isso, citam-se os seguintes depoimentos: “Aqui dão mais conforto, os médicos e as enfermeiras atendem bem, tem os aparelhos que eu preciso.” (EURIDES, 84 anos); “Porque a gente sabe que esse hospital tem mais condições em todos os setores, melhores profissionais.” (MARCIO AURÉLIO, 79 anos).

Desse modo, os discursos proferidos por esses sujeitos revelam que estar no hospital significa estar próximo dos recursos necessários a sua segurança e ao seu bem-estar. Ao que parece, por esse motivo, é que alguns pacientes preferem o hospital a sua casa: “Eu fico mais tranquilo aqui no hospital do que em casa.” (MARCIO AURÉLIO, 79 anos); “[ser bem cuidado em casa] é ter o que se precisa, mas às vezes falta soro, recurso que só o hospital tem.” (ISTA, 75 anos).

Apesar de reconhecerem que, estando no hospital, podem contar com uma série de recursos não disponíveis em casa, os pacientes entrevistados revelaram que estar hospitalizado não significa poder ser atendido na hora e do jeito que se quer. Salienta-se, nesse sentido, a sugestão de aumento do número de funcionários

feita por uma das pacientes, o que, segundo ela, pode contribuir para um atendimento mais adequado:

Ter mais funcionários e me vir mais vezes no quarto [...] O cuidado, é, não sei se é porque estou bem, ou, quem sabe, elas [as enfermeiras] correm muito, elas só vêm quando a gente chama e na hora da medicação, né. Elas só falam: “se precisar de alguma coisa, aperta a campainha.” Como estou bem, não chamei ninguém. (NENA, 65 anos).

Na opinião da paciente, tendo um número maior de enfermeiras, as visitas ao paciente no quarto poderiam ser feitas com mais frequência e sem pressa. Acredita-se que essa reivindicação vá ao encontro do que o próprio enfermeiro anseia, uma vez que o excesso de pacientes a serem atendidos, conforme demonstra a bibliografia consultada aumenta sua ansiedade e seu estresse no cumprimento de suas funções. (CATTANI; HOLZMANN, 2006, p. 251; MIGOTT, 2001).

Porém, cabe ressaltar uma contradição na fala da paciente, pois esta deseja receber mais atenção por parte da equipe de enfermagem, embora tenha consciência de que “está bem”, de que não necessita de visitas frequentes. Tal fato parece evidenciar uma espécie de carência afetiva por parte da referida paciente, o que pode ser observado em outros casos que puderam ser conhecidos durante as entrevistas. Em algumas situações, ficou subentendido, inclusive, que o atendimento recebido no hospital supre uma lacuna afetiva no que diz respeito ao cuidado que é realizado em casa: “São queridas [as enfermeiras] elas vêm ver se está acompanhando [...] as meninas chamam o médico [...] aqui o recurso é mais rápido do que em casa.” (MIRNA, 86 anos).

Por outro lado, embora reconheçam qualidades positivas em relação à instituição, alguns idosos citaram situações e aspectos negativos, sobre os quais “desabafaram” ao longo da entrevista, em especial, ao serem questionados sobre “o que é ser bem cuidado no hospital” (questão 6), sobre “o que falta para ser bem cuidado no hospital” (questão 7) e sobre “o que sugerem para que o trabalho prestado pelo hospital fique melhor” (questão 8).

Dos dezenove pacientes entrevistados, quatro sugerem melhoria nas instalações; dois sugerem quartos individuais; um paciente sugere capacitação profissional; outro sugere maior conforto aos pacientes e acompanhantes; outro,



ainda, sugere um número maior de funcionários para que o tempo de atendimento ao paciente não seja tão escasso; e os outros oito idosos internados não manifestaram sua opinião, não sugerindo, portanto, qualquer mudança.

Como exemplo do discurso que sugere melhorias nas instalações, cita-se a seguinte fala: “Hospital não é fácil, leva no banheiro, a cadeira não passa na porta, porque hospital aproveita tudo que é espaço.” (GENEROSA, 95 anos). Em relação à sugestão de melhoria na capacitação profissional, apresenta-se a “queixa” de um dos pacientes sobre a dificuldade na realização de um exame de sangue, quando uma das enfermeiras custou a “pegar” a veia, causando-lhe dor e sofrimento:

Me encrenquei com uma [enfermeira] aqui hoje [...] Opa! Eu disse se ela comprou o diploma de enfermeira, ela não achava a veia. Não achava, aí sim é incômodo, aí vai buscar aquela velha, a velhona que estava aqui, ela não comprou a coisa [o diploma] [...] Era coisa que eu não tinha que dizer, mas já estava irritado, muito, muito, muito cutucada. Ela já veio, botou pano quente, e pronto. E é ruim, tem umas que vêm e diz: ‘não deixou a veia em casa?’ (ARMANDO, 81 anos).

Com base nessa fala, o paciente demonstrou ter percebido certa falta de experiência por parte da enfermeira mais jovem, motivo pelo qual solicitou que outra profissional, mais velha – portanto, em sua opinião, com mais conhecimento e habilidade –, viesse realizar o procedimento.

Já no que se refere à falta de estrutura para receber acompanhantes, ganha destaque o discurso a seguir:

As instalações são muito antigas [...]. Essa televisãozinha aqui, outra coisa, só pode ficar uma pessoa entre as duas camas. Por que não fazem um sofá assim que baixe? Essa cadeira para quê? A pessoa fica doente [...] e quem está cuidando também tem que ficar bem instalado [...]. (MIRNA, 86 anos).

Destaca-se, ainda, outra fala a esse respeito: “Tem que ter conforto para o paciente e para o acompanhante, e é isso que a gente quer.” (MARCIO AURÉLIO, 79 anos). Nesses casos, ficou evidenciada a preocupação dos pacientes com a adequação das instalações à necessidade de quem cuida, ou seja, ao cuidado dispensado ao próprio cuidador. Tais pacientes revelaram, com palavras simples,

sem base teórica, possuir a consciência de que quem cuida também pode adoecer na realização do cuidado com o outro. Desse modo, arrisca-se dizer que é como se pensassem que, além de estarem sendo cuidados, de estarem “dando trabalho”, ainda fazem com que o cuidador sofra, privando-se de conforto e até mesmo correndo o risco de adoecer.

Eis mais uma situação de estresse que o profissional da saúde acaba enfrentando: por um lado, a justa reivindicação do idoso hospitalizado pelos seus direitos; por outro, muitas vezes, a impossibilidade de permanência de acompanhantes em quartos, seja pelo próprio profissional (para ter mais autonomia em suas ações), seja pela política interna dos hospitais (para reduzir gastos adicionais), os quais, muitas vezes, sequer dispõem de espaço ou infraestrutura para receber familiares.

Assim, percebe-se, nas respostas selecionadas nessa categoria, um misto de sentimentos e impressões dos idosos com relação ao ambiente hospitalar. De um lado, a carência – suprida pelo simples fato de um profissional tocá-lo, chamá-lo pelo nome, perguntar como se sente – parece falar mais alto, resultando em elogios acerca de tudo o que envolve a hospitalização; de outro, as suas necessidades e os seus anseios, que nem sempre conseguem ser atendidos pela infraestrutura e estrutura humana de que dispõem, os fazem lembrar-se de que estar no “hospital não é fácil.” (GENEROSA, 95 anos).

#### **4.2.4 Categoria 4 - Percepção do idoso com relação às políticas públicas**

Esta categoria traz as respostas dos sujeitos entrevistados no que diz respeito aos seus direitos e deveres. Em relação a esse assunto especificamente, o roteiro de entrevista trazia uma pergunta direcionada, a saber: Você conhece o Estatuto do Idoso? Sabe dos direitos que constam no Estatuto?

Ao longo das entrevistas, nos momentos em que os idosos respondiam não apenas a essa questão particular, mas também quando falavam sobre outros temas, foi possível perceber que poucos conhecem seus direitos e deveres, e quando os conhecem, conhecem superficialmente. Nesse sentido, é interessante apresentar numericamente o que foi constatado dentre aos sujeitos entrevistados.

Dos dezenove participantes da pesquisa, cinco demonstraram desconhecer totalmente o que diz o Estatuto em relação aos seus direitos e deveres. Como exemplo desse desconhecimento, podem-se citar os seguintes depoimentos: “O Estatuto do Idoso é que nem se fosse negócio de aposentado, faz empréstimo, faz depósito.” (GERALDO, 65 anos); “Não [conheço o Estatuto do Idoso].” (ALINA, 68 anos; MIRNA 86 anos; LAURINDO, 83 anos; VERENA, 65 anos; MOEMA, 85 anos). É preciso salientar, quanto a isso, que tais declarações não significam dizer que os idosos não saibam, efetivamente, o que lhes cabe fazer e o papel que lhes cabe desempenhar no cenário social. Tais conhecimentos são obtidos ao longo da vida, por meio das práticas de convivência social, de acordo com cada cultura, com cada comunidade e, obviamente, são colocados em prática no cotidiano dos relacionamentos. No entanto, revela-se um fator interessante a falta de conhecimento que estes sujeitos evidenciam ter das questões legais no que se refere a sua condição de idosos. Isso, eventualmente – e cada vez mais –, pode fazer, considerando-se a conjuntura nacional, com que eles possam reivindicar seus direitos, porventura desrespeitados.

Ao ser perguntada se já havia ouvido falar no Estatuto do Idoso, uma das pacientes respondeu que sim; porém, quando lhe foi questionado o que sabia sobre a lei, esta demonstrou não possuir conhecimento em relação ao assunto, inclusive limitando a abrangência do Estatuto do Idoso à promoção de atividades sociais voltadas a essa parcela da população: “Olha, eu nunca fui atrás, que nem tem a minha irmã que ela vai, ela assiste, ela dança, assim, tudo né, eu nunca desejei isso aí, nunca me achei com coragem de ir, sabe.” (LÍGIA, 74 anos). Outra idosa participante da pesquisa também se referiu ao Estatuto, confundindo-o com grupo de convivência: “Não [conheço o Estatuto], não participo de grupo nenhum.” (AMANDA, 69 anos). Uma hipótese para esse enfoque do Estatuto como o desencadeador / possibilitador de atividades recreativas pode estar ligado ao fato de que, nos últimos anos, houve, realmente, um crescimento significativo no número de grupos voltados às atividades lúdicas – ginástica, bailes, leituras de gêneros diversos, jogos, brincadeiras em geral – para os idosos. Isso levou, inclusive, muitos avós – que até então permaneciam muito tempo em casa, reclusos, assistindo à televisão e praticando pouca ou nenhuma atividade física e intelectual – a se engajarem a grupos de idosos e viajar, ler, praticar ioga, estudar uma língua estrangeira etc – atividades até então impensáveis. Talvez o que tenha dado origem,

portanto, às respostas mencionadas tenha sido essa constatação: de que, nos últimos anos, os idosos deixaram a passividade de lado e começaram a se mostrar ativos no contexto social, cidadãos vivos e atuantes, sendo que o sinal mais evidente disso, aos olhos da sociedade como um todo, é esse envolvimento em grupos de terceira idade.

No entanto, sobre esse desvio ou “confusão” feita por parte das duas entrevistadas, pode-se comentar que seu pensamento não está completamente equivocado, uma vez que as pessoas que participam de grupos de convivência da terceira idade normalmente têm mais acesso a eventos de promoção à educação permanente, sendo convidadas a assistir a palestras, debates, congressos, enfim, a engajarem-se em momentos voltados à problematização e à aquisição de novos conhecimentos sobre variados assuntos, entre os quais os direitos e deveres da pessoa idosa. Apesar disso, por outro lado, sua resposta parece apontar para a ideia de que o grupo de convivência é o único direito assegurado ao idoso de que tem conhecimento.

Conforme já referido, não é intenção, aqui, desmerecer o valor dos grupos de convivência – ao contrário, a família, muitas vezes, envolvida na rotina cada vez mais atribulada que os tempos modernos impõem não tem oportunidade ou disponibilidade para atender ao idoso e falar com ele sobre seus direitos e deveres; além disso, essa seria uma cena surreal, o que equivaleria a um diálogo improvável do tipo “vamos agora sentar para conversar sobre os seus direitos.” A sociedade, por sua vez, continua, ainda de forma muito marcada, renegando o idoso, ignorando sua competência, seu conhecimento e sua experiência simplesmente pelo fato de ser “velho.” Assim, é realmente o grupo de convivência o responsável por levar ao conhecimento dos idosos a forma como a lei os vê, fazendo, dessa maneira, com que possam, de modo mais efetivo, discutir com seus pares a sua condição e brigar pelo respeito pleno a sua cidadania. De fato, no Capítulo V, reservado à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, a lei dispõe que:

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade. Art. 21. O Poder Público criará oportunidade de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados. [...] (BRASIL, 2003, p. 27).

Quanto a isso, mais uma constatação: só muito recentemente, o poder público passou a destinar atenção ao idoso. E, ainda hoje, apesar da sua intervenção nesse sentido, são, muitas vezes, segmentos sociais diversos, Organizações Não-governamentais (ONGs), Centro Regional de Estudos e Atividades para a Terceira Idade (CREATI) de Passo Fundo / RS; a Organização Não-governamental de Assistência à Melhor Idade (ONGAMI) do Ceará; a Envelhecer Sorrindo, de São Paulo; o Instituto VIVENDO de Desenvolvimento Integral da Terceira Idade, do Rio de Janeiro (que se constituem e se mobilizam a fim de garantir aos idosos um ambiente de convívio e de entretenimento. No que se refere às iniciativas do poder público, cito a Coordenadoria de Atenção ao Idoso, que, através do Departamento de Atenção à Terceira Idade (DATI), oferece à população idosa de Passo Fundo / RS ações sócio-educativas, sócio-culturais e de promoção à saúde física e mental, por meio de oficinas regulares, grupos de convivências e eventos. Já na cidade de Erechim, contexto desta pesquisa, a população com 60 anos ou mais conta com a existência da Associação de Apoio ao Idoso Erechinense, a qual se trata de uma ONG que recebe, porém, apoio do município. Além da referida associação, existem naquela cidade alguns projetos de extensão promovidos pela Universidade Regional Integrada (URI), como, por exemplo, cursos de língua estrangeira, que são oferecidos semestralmente para essa parte específica da população<sup>10</sup>.

Voltando à questão dos direitos, e considerando-se o contexto no qual foram realizadas as entrevistas – em um quarto de hospital, com alguns pacientes mais fragilizados, outros nem tanto -, para a maior parte dos sujeitos, a resposta foi direcionada à questão dos seus direitos no que se refere à saúde.

Dos dezenove pacientes entrevistados, nove demonstraram possuir vaga noção da existência da lei, não sabendo comentar, de forma consistente, sobre um determinado direito nela previsto: “Já ouvi falar [do Estatuto], mas não sei te dizer ao certo o que é.” (ISTA, 75 anos). Do número total de entrevistados, ficou evidenciado, ainda, que três conhecem pouco sobre seus direitos e deveres. Por fim, dois participantes não manifestaram sua opinião sobre essa categoria. Também é preciso dizer, quanto a esse desconhecimento, que a geração dos idosos atuais viveu boa

---

<sup>10</sup> Disponível em: <<http://www.uri.com.br/cursos/noticias.php?id=169&cod=26>>. Acesso em: 02 out. 2009.

parte da sua vida em outro contexto sóciohistórico. Afinal, será que há 30 ou 40 anos se falava em respeito ao cidadão? O País passava por uma convulsão social, alavancada pela ditadura militar, e direitos era, por assim dizer, assunto proibido. E era nessa sociedade que viviam os jovens ou as pessoas de meia idade, que hoje compõem a parcela de idosos brasileiros.

No tocante à saúde, o Estatuto do Idoso prevê, em seu capítulo IV, entre outras questões, o seguinte:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. §1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: [...] III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; [...] V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde. [...] § 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. [...] Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. (BRASIL, 2003, p. 26).

Acerca das disposições legais acima, conforme visto na discussão da categoria 3, em que se falava sobre a percepção do idoso quanto à instituição hospitalar, foi citada, por alguns idosos, a falta de estrutura, que impedia que seu o acompanhante gozasse de condições mínimas necessárias para permanecer junto ao paciente. No entanto, ao “reclamarem” dessas condições, nenhum idoso recorreu ao Estatuto do Idoso para embasar sua reivindicação, o que denota o desconhecimento dessas pessoas em relação ao que está previsto na lei.

Ainda no que diz respeito aos artigos apresentados acima, cabe ressaltar que, em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), a teoria apresentada pela lei mostra-se muito diferente da realidade, uma vez que os pacientes internados sem plano de saúde não gozam de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços dos quais necessitavam. Nesse sentido, transcreve-se, a seguir, a fala de uma das pacientes: uma pessoa bastante esclarecida no que diz respeito à saúde pública, uma vez que trabalhou, até aposentar-se, no Instituto Nacional do Seguro Social

(INSS). Embora, na ocasião da pesquisa, estivesse internada no hospital através da GEAP – Fundação de Seguridade Social, portanto, sem depender do SUS, a paciente mostrou-se indignada com a condição a que outras pessoas idosas são submetidas quando não possuem plano de saúde e precisam de atendimento médico. Segue o seu depoimento:

Eu era funcionária do INSS. [...] Atendia as consultas, os médicos, lá na frente, marcava as consultas para os médicos, lidava com o público [...]. [...] É complicado, mas agora o SUS é pior ainda. [...] Sim, a pessoa está mal, vai lá para ser atendida, eles marcam para 3, 4 dias, não tem [...] se a pessoa está mal, vai esperar. [...] Não tem como escapar, no tempo, no meu tempo de INSS, era bom, você chegava e era atendido, mas agora é diferente. [...] No nosso tempo, os médicos antigos eram mais, um pouquinho mais humanos, assim sabe, os novos que entraram não atendem uma pessoa a mais, nem falar! (DITE, 76 anos).

A fala dessa paciente remete à assistência médica anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), a qual era de incumbência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cujo papel era assistir aos empregados que contribuíssem com a previdência social. Cabe salientar que sua indignação em relação ao atual sistema justifica-se porque, na teoria, o funcionamento do SUS tem de considerar as diferentes situações de vida dos vários grupos populacionais, atendendo a necessidades diferenciadas, por meio de ações que se ocupem da observação de tais especificidades. A sua reclamação procede, especialmente se for considerado o que dizem os artigos 15 e 16, anteriormente transcritos: o estado tem que oferecer atendimento geriátrico e gerontológico ao cidadão idoso. Entretanto, na prática, percebe-se que o SUS oferece o mesmo atendimento padronizado a todas as pessoas, isso quando o disponibiliza. Sabe-se, nesse sentido, que, em determinados casos, dados a conhecer pela mídia, alguns cidadãos não recebem aquilo de que necessitam, ou não o recebem a tempo; enquanto outras obtêm muito além do desejado, o que evidencia a existência de muitas desigualdades. Especialmente em se tratando dos idosos, isso é ainda mais grave, pois um simples lapso no atendimento pode, pela fragilidade típica da passagem da idade, levar um indivíduo à morte.

Outro paciente, também internado por meio de plano de saúde, foi bastante crítico ao falar dos direitos previstos no Estatuto. Quando perguntado se sabia de seus direitos que constam no Estatuto do Idoso, respondeu:

Muito por alto. [...] Não, eu nunca [...] Isso aí, não por ser ignorante, simplesmente talvez porque eu acho que está tudo muito bonito no papel, [...] mas quando haverá de ser praticado? [...] Realmente acontece, quando acontece, tu tem que brigar com a metade do mundo, então eu nunca me interessei, a prova está que quando eu vou pra Porto Alegre eu pago passagem [...] poderia pagar a metade do valor [...] ou nem pagar. [...] E eu penso assim, eu posso pagar, eu vou pagar, entende. Quantos desgraçado que não podem [...]. Aí uns dizem: mas tu é trouxa, não precisa pagar, eu pago, sou eu que vou pagar, [...] deixar pra aqueles que necessitam mesmo. (VITORINO, 68 anos).

O entrevistado faz uma constatação que já se tornou quase que uma norma em se tratando de Brasil: uma coisa é a lei, outra muito diferente é a forma como a lei é tratada. Isso implica admitir que também nos idosos, assim como no restante da população, há uma espécie de resignação por conta da falta de seriedade no tratamento das premissas legais.

Embora não seja usual, no momento da fala do paciente, eu, na condição de entrevistadora, procurei esclarecer-lhe que, ao usufruir dos seus direitos, ele não estaria lesando ninguém. Porém, o entrevistado demonstrou estar convicto de que, se pode pagar, prefere pagar, o que evidencia certa intenção de caridade, de solidariedade para com os menos favorecidos. Além disso, mostra um certo equívoco quanto à visão que tem em relação aos seus direitos e, principalmente, em relação ao que deveria ser o papel de assistência prestado pelo estado – se é direito do cidadão, é dever do estado prover, e não se configura como caridade ou como exploração de sua parte dispor do benefício. Afinal, ele, direta ou indiretamente, “pagou” por isso, contribuindo para que tal direito fosse possível. Tem-se, aí, portanto, uma questão mais ampla que diz respeito à educação.

Por fim, cabe notar que outros direitos, não apenas os relacionados à saúde do idoso, foram mencionados por alguns pacientes, durante as visitas aos seus quartos para a realização da entrevista:



Muitas vezes, a gente assiste na televisão, aí a gente vê as coisas como é que é. [...] Eu sei que têm muitos direitos, tem os direito para viajar, hoje em dia fazem a carteirinha, e muita coisa tem, mas a gente não sabe explicar, não pode ficar na fila quando vai no banco, na saúde, a maioria sempre atende os mais idosos primeiro. (NICOLAU, 76 anos).

“O Estatuto [...] se quer viajar, a gente paga mais da metade de desconto [...] e tem que mandar reservar a passagem com antecedência.” (DITE, 76 anos).

É importante comentar, ao final desta análise, que as respostas apresentadas nessa categoria demonstram o quanto ainda precisa ser investido em educação para o envelhecimento humano, pois o conhecimento dos direitos dos idosos passa pelo âmbito educacional, por envolver uma mudança de cultura e de postura. Nesse sentido, concorda-se com Santin (2004), para quem o Estatuto do Idoso constitui um avanço, um passo relevante, que pode não ter aplicabilidade imediata, mas já demonstra o comprometimento da nação para com a vontade geral da população.

Contudo, conforme adverte a autora, “deve-se lutar para transformar o sonho em realidade”, o que requer conscientização por parte, principalmente, da população idosa, que, munida do conhecimento da lei, poderá lutar por seus direitos e para fazer valer o que está no papel. (SANTIN, 2004, p. 274). Assim, a conquista de direitos passa, antes, pela necessidade de o idoso cumprir os seus deveres, entre os quais o de conhecer o que está previsto na Constituição para garantir maior justiça social e bem-estar à população.

Por fim, é preciso – e essa não é uma tarefa que se cumpra em um ou dois anos, mas, sim, um projeto para ser atingido em longo prazo – que se estabeleça com maior nitidez o limite entre atendimento aos direitos do cidadão idoso e assistencialismo puro e simples, que leva à dependência e, dessa forma, à acomodação. Ao estado, com a mais absoluta certeza, cumpre oferecer as condições para que o sujeito idoso, dentro das suas condições físicas e mentais, tenha qualidade de vida, e não criar uma estrutura responsável simplesmente por abrigá-lo como alguém que já não tem mais valor para a sociedade e que, por isso, precisa ser escondido ou que merece a piedade de todos. O idoso não precisa de piedade: precisa ser respeitado na sua condição de idoso, o que é muito diferente.

Já ao sujeito idoso cabe a responsabilidade de autocuidar-se - enquanto tem condições para tal - e de participar dessa teia que constitui o cuidado. Assim, seu dever também consiste em seguir as orientações médicas a fim de evitar as

reincidências em internações, dando continuidade a seu tratamento em âmbito domiciliar. Daí a importância de as instituições hospitalares oferecerem condições de educação permanente aos seus profissionais. Afinal, esses, estando habilitados, poderão educar seus pacientes e seus cuidadores, efetivando, ao mesmo tempo, os direitos e os deveres desses sujeitos quanto a esse tocante, o que vai se constituir numa ação coletiva e preventiva.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito do cuidado, partindo, inicialmente, do entendimento acerca do processo vivenciado por este indivíduo com relação aos cuidadores familiares e profissionais na instituição hospitalar. Esta pesquisa também buscou investigar as semelhanças e diferenças do cuidado realizado em casa e na instituição hospitalar, buscando conhecer que suportes são oferecidos pela instituição hospitalar para prevenção de doenças e promoção da saúde dos sujeitos idosos hospitalizados. O estudo procurou explicitar, por fim, o conhecimento dos sujeitos idosos hospitalizados sobre os seus direitos previstos no Estatuto do Idoso e na Constituição Federal, com vistas a criar fundamentos para atualização dos cuidadores profissionais em relação ao cuidado de pacientes idosos.

Estas considerações foram compostas a partir dos seguintes eixos:

- a) o idoso fala sobre si e sua doença;
- b) a percepção do idoso com relação ao cuidado: os âmbitos familiar e profissional;
- c) percepção do idoso em relação à instituição hospitalar;
- d) percepção do idoso com relação às políticas públicas.

O sentimento experimentado pelo sujeito idoso com a doença e/ou hospitalização possibilitou a percepção que estes têm de si mesmos, a compreensão a respeito do autocuidado e da autoestima, e da fragilidade física decorrentes das limitações próprias do envelhecimento, associadas ou não à patologia. Portanto, no decorrer das entrevistas, um espaço acabou sendo aberto para que os sujeitos falassem de “sua” doença e de sua história passada.

Nessas oportunidades, percebeu-se que muitos sujeitos idosos não tinham clareza sobre sua patologia, apesar de terem consciência corporal de suas dores (físicas ou psicológicas). A partir da fala dos pacientes, verificou-se, então, que nem sempre a equipe de profissionais cuidadores disponibiliza ao paciente, com clareza, todas as informações referentes ao seu quadro clínico e às patologias por ele experimentadas. Isso ficou evidenciado quando os sujeitos idosos mencionaram na entrevista apenas os sintomas, a queixa, a dor momentânea, sem demonstrar, em nenhum momento, o conhecimento sobre a patologia envolvida.

Sobre essas informações, foi possível constatar que não há regras. Alguns dão, outros não. Alguns, dotados de mais habilidades e conhecimentos, outros mais objetivamente, havendo, contudo, aqueles que preferem se omitir nesse assunto. O acesso à informação sobre a patologia é algo que o sujeito idoso hospitalizado não apenas espera ter, mas isso consiste num direito seu. Não se pode ignorar, contudo, informações dadas que são negadas ou esquecidas pelo sujeito idoso, o que é perfeitamente compreensível, cabendo fazê-lo de outras formas, respeitando a singularidade de cada situação.

Foi possível verificar, nas falas dos sujeitos, as diferentes formas de reagir à dor e à doença. Cada um reage à dor e ao cuidado que lhe é destinado conforme as suas experiências, suas aprendizagens e seu modo de encarar a vida e a morte. Alguns idosos, em suas falas, demonstraram suportar essas situações dolorosas e desafiadoras, às vezes no limite da própria vida, buscando um suporte na religiosidade e/ou espiritualidade, expressa nas diferentes formas, como se pode constatar na seguinte fala:

Não, eu gostava que o médico me atendesse até a última hora, e depois que não prolongasse tanto, só peço a Deus, que eu rezo sempre, que quando chegar a hora que me leve, porque viver enfermo é triste para família, eu sei que passei com meus, anos, e anos, que no começo tudo mundo vai visitar, depois terminam as visitas, ficam aqueles 2- 3 na casa, cuidando ali. [...] mas eu não tenho mais medo de morrer, [...] mas eu peço a Deus morte boa, eu peço a Deus se me desse essa morte. (ARMANDO, 81 anos).

Assim, a esperança em relação à vida e à cura de sua doença foi algo que se percebeu em grande parte dos discursos dos idosos, quase sempre associado à religiosidade e à fé. Com o intuito de amenizar a própria dor e o medo da morte, expressões como “Colocar nas mãos de Deus” foram muito comuns. O que mais apareceu, contudo, foram as expressões: “Graças a Deus, estou melhor”; “Se Deus quiser vou sair daqui.” Mesmo em situações em que o doente estava em fase adiantada de “sua” patologia, a crença e a esperança se sobrepunham às situações de fragilidade por ele vivida.

Em outras situações, o corpo era visto como uma máquina e a doença como uma disfunção revelando uma visão, por vezes, cômica da vida e da doença, que

me levou a pensar: Estaria ele minimizando ou brincando com a própria dor? É o que sugere Armando, nas seguintes palavras: “Desculpa o palavrão, mas eu sou um homem equipado. Sou um homem equipado, se quer marcapasso tem, se quer ponte de safena tem.”

Há, ainda, aqueles que se deprimem com a doença – e não são poucos – e adotam uma postura de lamentação e queixa constante, muitas vezes, afastando seu próprio cuidador. De fato, a dor gera uma espécie de impotência e fragilidade e, em alguns casos, a queixa pode ser um pedido de afeto. Alguns sujeitos idosos hospitalizados parecem chamar a atenção da família, pois o fato de estar em uma cama, amplia a noção de sujeito doente e fragilizado, podendo ou não o cuidado se constituir num ganho secundário.

Também se verificou que muitos sentimentos negativos, como culpa ou consciência da responsabilidade quanto ao que vivenciam no presente, puderam emergir em muitos idosos. Tal percepção, por parte desses sujeitos, veio a confirmar a ideia de envelhecimento enquanto processo evolutivo de uma vida. Ficou evidenciado, que nem sempre o nível sócio-econômico condiz com o nível de conhecimento de cada indivíduo, mas o nível cultural da família fizeram a diferença na compreensão da patologia por ele vivenciado.

Um receio evidenciado pelos idosos foi a preocupação de se constituir um paciente permanente, com dependência irreversível dos medicamentos ou dos “cuida(dores)”, perdendo, assim, a sua autonomia como sujeito, ou seja, podendo ou não ser uma fantasia, um caminho sem volta, que percorre o imaginário de muitos sujeitos.

Em relação à instituição, os sujeitos idosos hospitalizados manifestam em alguns momentos, contradição no conteúdo de suas falas. Embora tenha se constado um atendimento ético e parcimonioso naquele contexto específico, nem sempre isso foi evidenciado pelos sujeitos idosos. Em algumas falas, foi possível perceber uma dupla mensagem: ora para o elogio exagerado, temendo o descuido e o descaso, ora a queixa, parecendo, com isso, buscar mais atenção. Portanto, o sentimento do idoso hospitalizado com relação ao cuidado recebido mostrou-se ambíguo, nessa amostra, tendo íntima relação com o tipo de doença e o grupo familiar a que pertence.

De modo geral, a maioria dos idosos apressava-se em dizer que tudo estava maravilhoso em se tratando do cuidado recebido. Outros, contudo, à medida que a

entrevista ia se desenrolando, respondiam às questões e, por breves momentos, pareciam refletir em silêncio, expressando de diferentes formas o descontentamento, nem sempre real ou vivenciado, mas com certeza sentido.

Acerca da instituição hospitalar, não só pela infraestrutura, mas pela qualidade da atenção, ficou evidente, na maioria das entrevistas, a preferência dos idosos, que encontram-se com patologias graves, em estar nesse ambiente que consideram mais seguro e, por vezes, mais acolhedor que a própria família. Apesar da maior boa vontade e empenho, geralmente o cuidador familiar não consegue suprir o apoio técnico “[...] se me falta ar, aqui eu restou no recurso.” As palavras do Sr. Nicolau demonstram, mais que preferência, o sentimento de segurança e atenção técnica, o que não é possível encontrar em sua família.

Portanto, frente à fragilidade real e indiscutível ocasionada pela doença, a melhor companhia é a de um cuidador profissional, afirmam com veemência os idosos deste estudo.

A esse respeito, cabem algumas interrogações como: Apesar da afetividade envolvida, que saber técnico o cuidador familiar dispõe para realizar o exercício do cuidado? Quem vai (as)sumir o lugar de cuidador? Como isso é administrado pelo grupo familiar? Foi constatado que, geralmente, cuida do idoso quem, a critério da família, não tem “nada” para fazer, como podemos constatar numa das tantas falas ouvidas. Assim desabafa Heloísa, cuidadora de sua mãe idosa hospitalizada: “Sabe a profissão do “já-quê”? Já que tu não faz nada, cuida dela.”

Nessas duas formas de cuidado (profissional e familiar), existe um conhecimento distinto e complementar indispensável para o sujeito idoso, em que um jamais substitui o outro, pois nem o melhor recurso hospitalar dá conta do saber do seu grupo familiar de que ele é parte essencial com “sua” saúde ou com “sua” doença.

Percebi nesse estudo que a hospitalização afeta diretamente a identidade do sujeito idoso hospitalizado, embora de diferentes maneiras. Alguns sentem-se seguros por estar sendo alvo de cuidados, outros desamparados por estarem longe da família, outros ainda vivenciam uma situação limite entre a vida e a morte, mesmo que a patologia seja comum e transitória. Assim, se, por um lado, a pessoa se sente segura por estar dispondo de cuidados técnicos, em contrapartida, pode sentir-se com uma “nova identidade”, a de um doente, isto é, a doença não é mais uma

condição, é a sua própria identidade, repercutindo geralmente na sua autoestima e na sua autoimagem.

Isso pode ser comparado com os sentimentos que geralmente emergem da aposentadoria, como impotência, invalidez e erosão da identidade, provocados pela sua condição de aposentados, devido ao tipo de sociedade em que se vive, cuja “produtiv(idade)” se constitui no parâmetro para todos os indivíduos.

Na perspectiva de dar centralidade ao sujeito idoso, indispensável se faz algumas estratégias que mudem a percepção da sociedade com relação a alguém que, mais que idoso, é um sujeito, entre elas a de que há uma tendência de incluir conteúdos gerontológicos nos currículos existentes. No meu entender, podendo ir mais além, ou seja, se constituir componente curricular desde os anos iniciais de escolarização, e dessa forma, dando vida a uma lei que em tese já existe.

Essa nova identidade e esse novo perfil de sujeitos idosos que vem se constituindo exige um novo tipo de profissional capaz de enfrentar os desafios não apenas da doença, mas, sobretudo, dos quadros que a constitui, exigindo, portanto, que se vá às causas e se invista na prevenção de doenças e, fundamentalmente, na promoção da saúde, em que o grupo, a coletividade, o gosto pela vida e o gosto pelas relações assumem um papel decisivo.

Nesse novo paradigma cujo foco central é a saúde e o sujeito e não a doença e o doente, o trabalho isolado perde força, em detrimento de uma ação multidisciplinar e, sobretudo, em equipe, constatado de diferentes formas e graus no ambiente da pesquisa.

Apesar da intenção explícita nas políticas públicas em considerar o idoso como sujeito em uma nova fase de vida, com necessidades e cuidados específicos, nem sempre isso é evidenciado em todas as práticas e todas as instâncias. Os direitos dos idosos ainda desconhecidos pela sociedade e por eles próprios, aponta para a urgente necessidade de uma orientação, em especial, aos hospitalizados sobre aquilo que a lei lhes assegura. Isso pode ser feito de muitas formas, não dispensando, contudo, uma formação permanente e direta que inclua não só o idoso, mas também aqueles que dele cuidam. O caminho construído e materializado nas e pelas políticas públicas referentes aos idosos, se não for trilhado, corre o risco de deixar de ser caminho.

A responsabilidade, portanto, não se restringe à instituição hospitalar, mas alcança a todos os segmentos da sociedade, na qual o idoso é ator, na medida em

que ajudou e ainda ajuda na configuração e no fortalecimento dos laços sócioafetivos e históricos do grupo social.

A especialidade da geriatria e gerontologia e os novos conceitos delas decorrentes não alcançaram, ainda, a todos os profissionais cuidadores de idosos, e menos ainda os seus familiares. Daí a urgência de um processo educativo e educador em torno do novo paradigma, que busca, dentre outras coisas, “pagar uma dívida” para com os idosos e resgatar o sujeito que a modernidade relegou a um lugar periférico e de invisibilidade até então.

Fazendo um breve relato das limitações e dos avanços do estudo, é importante salientar que, como já trabalhei no hospital em que se deu a pesquisa e conheço grande parte dos profissionais que lá atuam, percebi que minha presença causou impacto no ambiente, com decorrente mudança comportamental e de conduta dos cuidadores profissionais que trabalham na unidade. Por outro lado, o fato de não mais fazer parte do quadro de funcionários, ainda que tenha mantido vínculo com a instituição hospitalar, possibilitou-me uma visão mais isenta desse local, facilitando a minha inserção no ambiente da pesquisa.

Ao final deste estudo, percebo também que, por vezes, fui levada a traçar outros caminhos, que não aqueles inicialmente planejados. Por isso, foram necessárias, ao longo da pesquisa, algumas reestruturações, especialmente metodológicas.

Quanto a isso, quando da estruturação do projeto que daria início a esta investigação, os sujeitos-foco da pesquisa seriam os profissionais da área da saúde. Porém, posteriormente, na fase da qualificação, com auxílio da banca examinadora – portanto, com base em novos olhares –, optei por redimensionar a proposta inicial, valorizando a participação dos idosos como fonte de informação sobre o processo de cuidado.

No entanto, apesar de ter havido tal mudança com relação aos sujeitos da pesquisa, os rumos desta dissertação – seguindo sugestão da banca – não deixaram de contemplar temas relacionados à formação profissional na área de saúde, na lógica do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, não foram esquecidas questões como Educação para a saúde, Educação em saúde, Educação permanente e Educação continuada, uma vez que tais reflexões serviriam como parâmetro, inclusive, para a análise da visão que o próprio sujeito idoso tem do



cuidado profissional e do que ainda é necessário para que este se sinta mais satisfeito nesse sentido.

Num primeiro momento, no que diz respeito à amostragem, o projeto objetivava entrevistar em torno de 15 sujeitos idosos hospitalizados. Entretanto, ao chegar ao local da pesquisa, logo tive acesso a 24 pacientes idosos que estavam hospitalizados; destes, porém, 5 sujeitos não contemplaram os critérios de inclusão: alguns, por apresentarem quadro de saúde instável a ponto de serem transferidos para a Unidade de Tratamento Intensiva; outro, devido a óbito; e, ainda, em outros casos, porque eu não tive acesso ao responsável para apresentar-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nesse tocante, é importante salientar que, em respeito ao sujeito idoso e às suas famílias, procurei sempre apresentar o TCLE para o cuidador familiar responsável pelo paciente, obtendo a autorização e a assinatura de ambos, na medida do possível. Em algumas situações, o idoso não estava em condições de assinar o documento, por estar com soro, ou por ter seus movimentos limitados nos braços e/ou nas mãos, limitação esta associada ao processo de hospitalização, ou resultante da patologia presente.

Por fim, considero que os desafios advindos deste estudo sinalizam para uma mudança de paradigma frente ao sujeito idoso, sobretudo, aquele que se encontra hospitalizado, a fim de que ele consiga uma sobrevivência cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, e que o tempo vivido em idade avançada seja pleno de significados e de dignidade, tecidos na convivência com os demais sujeitos, sejam eles idosos, crianças, jovens ou adultos. De modo que, em nenhuma hipótese, a doença e/ou a idade venham encobrir ou diminuir o ser humano que ele é.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. Campinas: Hucitec, 2006.

ALMEIDA, Miriam de Abreu; ARAÚJO, Valéria Giordani; GHEZZI, Maria Inês Leal. Dor em pacientes com prótese de quadril: diagnóstico de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 33-37, jan., 1998.

ARAÚJO, A. R. **Cuidador familiar de idosos: uma abordagem compreensiva**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BERMEJO, José Carlos. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BETTINELLI, Luiz Antônio et al. A invasão da privacidade na hospitalização do idoso. In: PORTELLA, Marilene Rodrigues et al. **Envelhecimento humano: saberes e fazeres**. Passo Fundo: UPF, 2006.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; MARTINS, Joel. **Estudos sobre o existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Moraes, 1994.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Teoria geral da administração hospitalar: estruturação e evolução do processo de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1131-1141.

BOTH, Agostinho. **Gerontogogia: educação e longevidade**. Passo Fundo: Imperial, 1999.

BOTH, Agostinho; BARBOSA, Márcia Helena; BENINCÁ, Ciomara Ribeiro Silva (Orgs). **Envelhecimento humano: múltiplos olhares**. Passo Fundo: UPF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Linguagem, pensamento e afeto: fundamentos educacionais para o desenvolvimento de idosos**. Passo Fundo: UPF, 2004.

BOTH, Tatiana; LUCAS, Sérgio Antônio. Jubilamento. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, jan./jun., 2005.

BRASIL. Constituição Federal, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto 1948, de 03/07/96**. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.mpes.gov.br/anexos/centros\\_apoio/arquivos/11\\_2095127402282006\\_DECRETO%201948%20de%2003-07-96%20-%20Pol%C3%ADtico%20Nacional%20do%20Idoso.doc](http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/11_2095127402282006_DECRETO%201948%20de%2003-07-96%20-%20Pol%C3%ADtico%20Nacional%20do%20Idoso.doc)>. Acesso em: 2 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Comunicação visual / Instruções Básicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2009.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. Políticas públicas de saúde para o idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 38-74, abril, 2002.

CALDAS, Célia Pereira. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

CAMPEDELLI, M. C. Consulta de enfermagem em geriatria: tópicos a serem abordados na entrevista. Parte 1. **Rev. Esc. Paul. Enf. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 319-33, 1991.

CAMPOS, Juarez de Queirós. **O hospital e sua organização administrativa**. São Paulo: LTr, 1978.

\_\_\_\_\_. **O hospital e sua humanização**. São Paulo: LTr, 1982.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: Campos, 1995.

CAPRA, Fritjof. **O tao da física**. São Paulo: Cultrix, 1991.

CASTELAR, Rosa Maria et al. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes: Ecole Nationale de La Santé Publique, 1995.

CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ: ABRASCO, 2006.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996.

CHANLAT, Jean-François. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

CODO, Wanderlei; SAMPAIO, José Jackson Coelho; HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Educação: carinho e trabalho. In: SORATTO, L.; OLIVIER-HECLER, C. **Trabalho**: atividade humana por excelência. 4. ed. Petrópolis: Vozes / Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília, Laboratório de psicopatologia do trabalho, 2006.

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Correa da. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho da enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DELORS, Jacques. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2001.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 1995.

DOLL, Johannes. Luto e viuvez na velhice. In FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1339-1352.

\_\_\_\_\_. O campo interdisciplinar da gerontologia. In: PY, Ligia et al. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. São Paulo: Holambra, setembro, 2006.

\_\_\_\_\_. Planejamento e avaliação de programas educacionais visando à formação de recursos humanos em geriatria e em gerontologia. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1480-1489.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ENGLER, Tomás. Como a economia pode favorecer a construção de uma velhice bem-sucedida. In: NERI, Anita L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

FERNANDES, Josicelia Dumet et al. **Saúde mental e trabalho feminino**: imagens e representações de enfermeiras. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S014-11692002000200012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S014-11692002000200012&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 22 fev. 2008.

FISCHER, Izaura Rufino; MARQUES, Fernanda. **Gênero e exclusão social**. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>>. Acesso em: 28 fev. 2008.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 1998.

FONSECA, Tânia Maria Galli. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M. J. M. (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Modos de trabalhar, modos de subjetivar**: tempos de reestruturação produtiva / um estudo de caso. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GIL, Antonio Lucas. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GONÇALVES, Ernesto. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica, M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde do município de Florianópolis. Florianópolis: UFSC, 2006.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

HABIB Christine. **Envelhecimento**: limites e possibilidades. França: Universidade do Estado de São Paulo, 2001.

HICKMAN, Janet S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. 2000. **Perfil do idoso**. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>.  
Acesso em: 10 mai. 2009.

INEP. **Taxa percentual de analfabetismo por sexo Brasil**. Disponível em:  
<<http://www.inep.gov.br/inform.bativo/informativo79.htm>>. Acesso em: 13 abr. 2008.

KARSCH, Ursula Margarida Simon et al. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, Ursula Margarida Simon. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 22.

KOHLRAUSCH, Eglê et al. As várias faces do contato no cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, p.15-32, 2000.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **A roda da vida: memórias do viver e do morrer**. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

LEININGER, Madeleine M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LEITÃO, Marisa Sá. **O psicólogo e o hospital**. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1993.

LEME, Luiz E. G; SILVA, Paulo S. C Pereira. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa - planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATALLO, Elisabete Marchesini de Pádua. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1997.

MEYER, Dagmar Estermann. Por entre “sutiãs” e “cuecas”, um monte para discutir o cuidado na relação gênero / saúde. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL, **Anais do 11º Enfsul**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. p. 51-53.

\_\_\_\_\_. Gênero: reconstruir modos de pensar e fazer em saúde e enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Enfermagem hoje**: coragem de experimentar muito modos de ser: livro-temas. Gramado, 2004. Brasília: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/palestrantes/Dagmar%20Meyer.php>>. Acesso em: 29 mai. 2008.

MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MIGOTT, Ana Maria Bellani. **Cuidado construtivo**: desvelando questões existenciais entre o agir ético e o técnico. Passo Fundo: UPF, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2002.

NETO, Antonio Jordão **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Disponível em: <[http://www.mp.al.gov.br/institucional\\_centros\\_de\\_apoio\\_1\\_cao\\_infancia\\_e\\_juventud\\_e\\_legislacao\\_Constituicao\\_da\\_Organizacao\\_Mundial\\_da\\_Saude.pdf](http://www.mp.al.gov.br/institucional_centros_de_apoio_1_cao_infancia_e_juventud_e_legislacao_Constituicao_da_Organizacao_Mundial_da_Saude.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2007.

PASSOS, Elizete. **Ética nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2004.

PESSINI, Leo. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.154-163.

PIMENTA, C. A. M.; CAMPEDELLI, M. C. **A dor no idoso**: a terceira idade. São Paulo: Interlivros, 1993.

PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999.



PORTELLA, Marilene Rodrigues et al. Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. In: BOTH, Agostinho. **Linguagem, pensamento e afeto: fundamentos educacionais para o desenvolvimento de idosos**. Passo Fundo: UPF, 2004.

PRATA, E.; YAZAKI, Lucia Mayumi. O padrão de expectativa familiar de idosos de baixa renda. **Informe Demográfico**, São Paulo, Fundação SEADE, n. 24, p. 99-107, dez., 1991.

REPRESAS, José P. **As sete bio-rotas para a saúde, o bem-estar e a longevidade**. São Paulo: Record, 2000.

RODRIGUES, M. C. Demanda versus crise de financiamento: o papel do terceiro setor no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 24-67, set./out., 1998.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DIOGO, Maria Jose D' Elboux; BARROS, Terezinha R. de. **Como cuidar dos Idosos**. 5. ed. Campinas: Papirus, 2004.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 186-197.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

ROSA, Miriam Suzete de Oliveira. O cuidado ao cuidador: o que muda sob a perspectiva do pensamento complexo? In: **56 Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 2004, Gramado. Temas do 56 Congresso Brasileiro de Enfermagem. Porto Alegre: ABEN, 2004.

\_\_\_\_\_. **Fragmentos da história da educação em saúde no Brasil**. Rio Grande. Região Noroeste do RS. Ano 2006. Trabalho Apresentado no XI Encontro Gaúcho de Estudantes de Enfermagem.

\_\_\_\_\_. Acolhimento: processo de inclusão social de profissionais e usuários do SUS. In: Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na perspectiva da vulnerabilidade, 2007, Porto Alegre. **Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na perspectiva da vulnerabilidade**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 2007

SANTIN, Janaína Rigo; SANTIN, Carlos Afonso Rigo. Estatuto do Idoso: inovações de uma realidade distante. In: PASQUALOTTI, Adriano; PORTELLA, Marilene Rodrigues; BETTINELLI, Luiz Antonio (Org.). **Envelhecimento humano: desafios e perspectivas**. Passo Fundo: UPF, 2004. p. 269-287.

SANTOS, Leticia Rosa. **Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez-UFRJ, 1994.

SILVA, Maria Julia Paes da. Percebendo o ser humano: além da doença - o não verbal detectado pelo enfermeiro. **Revista Nursing**, p. 14-20, outubro de 2001.

SILVA, Vanda Elisa Felli; MASAROLLO, Maria Cristina Kumatsu Braga. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 283-286, set-out., 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

SIMÕES, Cleamaria. **Da metalinguagem profissional: elaboração de um vocabulário técnico-científico da enfermagem**. Bauru: Universidade do Sagrado Coração, 1990.

SMELTZER, Suzane et al. Brunner e Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. 2. v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; da MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html)>. Acesso em: 10 jan. 2009.

SOUZA, E. de F. **Novo manual de enfermagem: procedimentos e cuidados básicos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1983.

TAFFE, Rejane Eloísa. **Prazer e sofrimento em um trabalho de mulheres**: estudo de caso sobre a organização do trabalho da enfermeira em um hospital público. 1997. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

TEIXEIRA, Rosária de Campos. **Enfermeiros com doença crônica**: as relações com o adoecimento, a prevenção de agravos e o processo de trabalho. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

VERDI, Marta. **Com a palavra, as enfermeiras**: concepção teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde. 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

WALDOW Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar / maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

\_\_\_\_\_. **O cuidado humano**: resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

\_\_\_\_\_. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

ZIMERMAN, Guite. **Velhice**: aspectos bio-psico-sociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A - Termo de Autorização a Instituição Hospitalar**

A pesquisa intitulada “A visão do cuidado na perspectiva do idoso hospitalizado” que tem por objetivo geral conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito do cuidado, tendo como objetivos específicos: compreender o processo global vivenciado pelo idoso com relação aos cuidados familiares e profissionais na instituição hospitalar; investigar os suportes oferecidos pela instituição hospitalar referente à prevenção e promoção da saúde do idoso hospitalizado, bem como o nível de conhecimento do idoso sobre os seus direitos previstos pelo Estatuto do Idoso e na Constituição Federal.

Para a realização da presente pesquisa serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas com pacientes idosos internados nessa instituição hospitalar. Após, análise dos documentos da instituição hospitalar, como prontuários.

As entrevistas realizar-se-ão individualmente com cada participante do estudo, após devido esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a pesquisa, as informações serão gravadas, caso haja a anuência dos participantes, sempre resguardando a integralidade dos discursos, primando pelo sigilo ético. Os relatos dos sujeitos envolvidos serão transcritos posteriormente com o seu consentimento.

Os resultados desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes e da instituição em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

A participação nessa pesquisa não oferece risco ou prejuízo à pessoa entrevistada. Há possibilidade do pesquisado retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem ônus para a sua pessoa, ou sem interferência na sua assistência na instituição hospitalar.

O estudo será realizado por Simone Nenê Portela Dalbosco, psicóloga sob registro no CRP 07/9426, aluna do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Johannes Doll. Para o esclarecimento de qualquer dúvida durante a pesquisa e após ela, pode ser feito contato com a pesquisadora Simone Nenê Portela Dalbosco, através dos números (54) 9605 6673 / (54) 3601 1673, com o orientador Prof. Johannes Doll, através dos números (51) 3308.4144. Para dúvidas em relação aos aspectos éticos, pode ser feito contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do número (51) 3308.4085.

Após ter sido devidamente informado de todos os aspectos desta pesquisa e ter esclarecido todas as minhas dúvidas, concordo que a pesquisa seja realizada neste hospital, autorizando a sua execução.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008

---

Assinatura / Cargo / Carimbo

## ANEXO B - Termo de Consentimento Informado Sujeitos Idosos Hospitalizados

A pesquisa intitulada “A visão do cuidado na perspectiva do idoso hospitalizado” tem por objetivo geral conhecer e compreender a percepção do sujeito idoso hospitalizado a respeito do cuidado.

Para a realização da presente pesquisa serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas com pacientes idosos e observação da interação dos profissionais do hospital com os pacientes idosos. Além disso, serão analisados documentos da instituição hospitalar, como prontuários, por exemplo.

A entrevista realizar-se-á individualmente com cada participante do estudo, após devido esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a pesquisa, as informações serão gravadas, caso haja a anuência dos participantes, sempre resguardando a integralidade dos discursos, primando pelo sigilo ético. Assim, fica claro que os dados serão coletados por meio de observações *in loco*, de material disponibilizado pela instituição, de relato dos sujeitos envolvidos e transcritos posteriormente com o seu consentimento. No contexto desta pesquisa, será realizada uma entrevista com os idosos hospitalizados, com duração de aproximadamente 30 minutos.

Os resultados desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes e da instituição em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

A participação nessa pesquisa não oferece risco ou prejuízo à pessoa entrevistada. Há possibilidade do pesquisado retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem ônus para a sua pessoa, ou sem interferência na sua assistência.

O estudo será realizado por Simone Nenê Portela Dalbosco, psicóloga sob registro no CRP 07/9426, aluna do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Johannes Doll. Para o esclarecimento de qualquer dúvida durante a pesquisa e após ela, pode ser feito contato com a pesquisadora Simone Nenê Portela Dalbosco, através dos números (54) 9605 6673 / (54) 3601 1673, com o orientador Prof. Dr. Johannes Doll, através dos números (51) 3308.4144. Para dúvidas em relação aos aspectos éticos, pode ser feito contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do número (51) 3308.4085.

Após ter sido devidamente informado de todos os aspectos desta pesquisa e ter esclarecido todas as minhas dúvidas, eu

---

Concordo em participar dessa pesquisa.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Entrevistador

---

Assinatura do Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**ANEXO C - Questões norteadoras destinadas aos idosos hospitalizados**

Nome: (opcional):

Qual a sua idade?

Quantas pessoas moram na sua casa?

Dados do prontuário do(a) paciente

10) O que levou você a ser internado e por que neste hospital?

11) Já havia internado anteriormente neste hospital? A equipe que lhe atendeu antes é a mesma de agora?

12) Quem cuida de você em casa? É a mesma pessoa que cuida de você aqui no hospital?

13) Como é realizado o cuidado em casa?

14) Como é realizado o cuidado no hospital?

15) O que é ser bem cuidado em casa? E no hospital?

16) O que falta para ser bem cuidado em casa? E o hospital?

17) Você tem sugestões para que o trabalho prestado por este hospital fique melhor?