



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ANDRÉA DOS SANTOS SOUZA**

**AS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS MODOS DE CUIDAR DE PESSOAS  
IDOSAS HOSPITALIZADAS: ESTUDO ETNOGRÁFICO**

**SALVADOR**  
**2015**



**ANDRÉA DOS SANTOS SOUZA**

**AS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS MODOS DE CUIDAR DE PESSOAS  
IDOSAS HOSPITALIZADAS: ESTUDO ETNOGRÁFICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa Cuidar no processo de desenvolvimento humano.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Rosário de Menezes

**SALVADOR  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,  
Sistema de Bibliotecas da UFBA

---

S729 Souza, Andréa dos Santos.

As profissionais de enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas:  
estudo etnográfico / Andréa dos Santos Souza. - Salvador, 2015.  
368 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Idoso. 3. Hospitalização. 4. Etnografia - Metodologia.  
I. Menezes, Maria do Rosário de. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.  
III. Título.

CDU: 616-053.9

---

**ANDRÉA DOS SANTOS SOUZA**

**AS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS MODOS DE CUIDAR DE PESSOAS  
IDOSAS HOSPITALIZADAS: ESTUDO ETNOGRÁFICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa Cuidar no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 30 de junho de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

**Maria do Rosário de Menezes**   
Doutora em Enfermagem e professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal da Bahia

**Maria Antônia Martorell Poveda**   
Doutora em Antropologia e professora da Universitat Rovira i Virgili, Tarragona – Espanha

**Lúcia Hisako Takase Gonçalves**   
Doutora em Enfermagem e professora visitante Senior da CAPES na Universidade Federal do  
Pará / PPGENF

**Edite Lago da Silva Sena**   
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

**Normélia Maria Freire Diniz**   
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

**Álvaro Pereira**   
Doutor em Enfermagem e professor da Universidade Federal da Bahia

**Larissa Chaves Pedreira**   
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia



## Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as profissionais de enfermagem que em seu cotidiano cuidam de pessoas idosas hospitalizadas e que, embora reconheçam ser este um trabalho exigente e envolvente, têm esperança de encontrar apoio para prestar cuidados de melhor qualidade e desejam instrumentalizar-se para atender as necessidades destes usuários.





## **Agradecimentos**

### **A Deus,**

que me fortalece a cada dia. Fonte inesgotável de vida, bondade e misericórdia. Sempre disposto a dar mais do que pedimos ou sonhamos.

### **Aos meus pais,**

pelo exemplo no cuidado com meus avós, fonte de grande inspiração para a minha vida profissional.

### **Ao meu esposo,**

pelo companheirismo e otimismo contagiante.

### **Às minhas filhas,**

Mariana e Alice, pela alegria que renova as minhas forças e por ter sacrificado parte de sua infância para ajudar a mamãe a construir a sua vida profissional.

### **A Paty,**

companheira de todas as horas, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, pela demonstração de profissionalismo, amizade e lealdade, cuidando de mim, da minha casa e das minhas filhas para que eu pudesse me dedicar a construção deste trabalho.

### **À minha orientadora,**

por me conceder a oportunidade de concretizar este trabalho, ao compartilhar comigo o seu saber, as suas experiências. Muito obrigada pela paciência e solidariedade nos momentos, até aqui, mais difíceis de minha existência.

### **À UESB,**

pela subvenção do Curso de Doutorado em Enfermagem.

### **Às colegas e amigas,**

Isleide Cardoso e Edméia Meira sempre presentes, apoiando-me durante a trajetória do Doutorado.

### **Às professoras do Departamento de Saúde, da Área de Assistência de Enfermagem,**

pelo apoio no período em que estive afastada para pós-graduação.

### **Aos membros do NEVE,**

Pelo apoio, encorajamento e compartilhamento de saberes.

### **Aos colegas de turma,**

Gisele, Glícia e Rudval pela amizade e parceria.

### **Ao gestor do hospital investigado,**

por ter aberto as portas da instituição e permitido realizar este estudo.

### **Às profissionais de enfermagem da Clínica Médica,**

por me receber, acolher e compartilhar comigo o seu cotidiano de cuidados.

**Aos idosos hospitalizados e seus acompanhantes,**

que mesmo não sendo diretamente participantes da pesquisa compartilharam comigo as vivências da hospitalização.

**Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA,**

coordenadoras, docentes e funcionários, pela qualidade dos serviços prestados.

**Aos cunhados, cunhadas, irmãs, amigos e amigas, irmãos de igreja,**

pelas orações, visitas, telefonemas e mensagens de apoio e encorajamento.

**À minha sogra,**

que, contrariando toda a construção social de relação conflituosa com a nora, demonstrou sensibilidade para com a minha condição. Todos os dias ligou para mim e sempre que pôde veio estar comigo para me oferecer condições de concentração na construção deste trabalho.

*Ajudar os idosos nem sempre é tarefa repousante. Todas as enfermeiras conheceram a juventude, a infância, a dor, a doença. **Porém, ainda nenhuma delas conheceu a velhice.** Portanto, é-lhes difícil, por vezes, compreender toda a complexidade da vivência dos idosos e considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução.*

Marshall McLuhan  
Prólogo do livro *Pessoas Idosas: uma abordagem global*  
(BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995, p.7)



SOUZA, Andréa dos Santos. **As profissionais de enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas**: estudo etnográfico. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. 2015. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Rosário de Menezes.

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo compreender como se dá o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, no contexto do Sistema Único de Saúde, no interior da Bahia, Brasil. A investigação retrata o cotidiano dos cuidados de enfermagem em uma Clínica Médica de um hospital público, geral, obtido por meio de entrevistas, observação das práticas e análise de documentos, realizadas durante o ano de 2013. Participaram do estudo seis enfermeiras e quinze técnicas de enfermagem, todas do sexo feminino, na faixa etária de 25 a 42 anos de idade. A pesquisa foi conduzida segundo o processo etnográfico e para análise dos dados foi adotado o referencial da Antropologia Interpretativa que possibilitou identificar a cultura de cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados, considerando o contexto em que os cuidados são desenvolvidos, a percepção sobre a pessoa idosa e as práticas de cuidados de manutenção da vida. As profissionais de enfermagem definem o cuidado ao idoso hospitalizado como um trabalho exigente e envolvente. Isto remete às concepções da velhice da sociedade moderna, às normas e rotinas institucionais, à responsabilidade da profissão de enfermagem com a dignidade humana e às deficiências dos serviços públicos, os quais modelam as práticas, no que tange a tempo, natureza e qualidade, dos cuidados prestados pela equipe. As participantes têm dificuldades em relacionar a influência dos estereótipos da velhice com as suas práticas. As profissionais de enfermagem vivenciam uma intensa rotina de cuidados, em condições desfavoráveis de trabalho, sentem-se sobrecarregadas, necessitadas de atualização em cuidados específicos a pessoas idosas e compartilham responsabilidades com os acompanhantes dos idosos. Os resultados demonstram que os idosos internados em hospitais públicos têm risco potencial de ter seus Direitos Humanos violados. Revelam a necessidade urgente de ações intersetoriais e interdisciplinares para viabilizar mudanças estruturais e do processo de trabalho institucional, formação continuada na área de gerontogeriatría e de sistematização do cuidado ao idoso no contexto investigado.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem. Idoso. Hospitalização. Etnografia



SOUZA, Andréa dos Santos. **Nursing professionals and the ways of care-taking of hospitalized elderly people:** ethnographic study. 2015. Thesis (PhD in Nursing). Universidade Federal da Bahia. 2015. Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Rosário de Menezes.

### ABSTRACT

This study aims to understand how the nursing care occurs for the hospitalized elderly, in the context of the Unified Health System, in Bahia, Brazil. The research portrays the daily life of nursing care in a medical clinic of a public general hospital, obtained through interviews, observation, and analysis of documents, during the year 2013. The sample consisted of six nurses and fifteen nursing technicians, all female, aged 25-42 years old. The research was conducted following ethnographic process and for data analysis we adopted the Interpretive Anthropology framework which enabled us to identify the culture of nursing care to the hospitalized elderly considering the context in which care is developed, the perception of the elderly and the practices of life-sustaining care. The nursing professionals define hospitalized elderly care as a demanding and engaging work. This refers to the concepts of old age in modern society, institutional standards and routines, the responsibility of the nursing profession with human dignity and deficient public services, which shape the practices regarding the time, nature and quality of care provided by the team. The participants have difficulties in relating the influence of stereotypes of old age with their practices. The nursing professionals experience an intense care routine, under unfavorable work conditions; they feel overwhelmed, needing update in specific care for the elderly and share responsibilities with the companions of the elderly. The results show that the elderly patients admitted to public hospitals suffer the potential risk of having their human rights violated. They reveal the urgent need for intersectoral and interdisciplinary action to facilitate structural and institutional work process changes, continuing education in the gerontogeriatrics area and systematization of care to the elderly in the investigated context.

**Keywords:** Nursing care. Elderly. Hospitalization. Ethnography





SOUZA, Andréa dos Santos. **Las profesionales de enfermería y los modos de cuidar de personas ancianas hospitalizadas:** estudio etnográfico. 2015. Tesis (Doctorado en Enfermería). Universidade Federal da Bahia. 2015. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Rosário de Menezes.

## RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo comprender cómo se da el cuidado de enfermería al anciano hospitalizado, en el contexto del *Sistema Único de Saúde*, en el interior de Bahia, Brasil. La investigación retrata el cotidiano de los cuidados de enfermería en una Clínica Médica de un hospital público, general, obtenido por medio de entrevistas, observación de las prácticas y análisis de documentos, realizadas durante el año de 2013. Participaron del estudio seis enfermeras y quince técnicas de enfermería, todas del sexo femenino, en la franja etaria de 25 a 42 años de edad. La investigación fue conducida según el proceso etnográfico y para análisis de los datos fue adoptado el referencial de la Antropología Interpretativa que permitió identificar la cultura de cuidados de enfermería a ancianos hospitalizados, considerando el contexto en que los cuidados son efectuados, la percepción sobre el anciano y las prácticas de cuidados de manutención de vida. Las profesionales de enfermería definen el cuidado al anciano hospitalizado como un trabajo exigente y envolvente. Esto remite a las concepciones de vejez de la sociedad moderna, a las normas y rutinas institucionales, a la responsabilidad de la profesión de enfermería con la dignidad humana y a las deficiencias de los servicios públicos, los cuales modelan las prácticas, en lo que se refiere a tiempo, naturaleza y cualidad, de los cuidados prestados por el equipo. As participantes tienen dificultades en relacionar la influencia de los estereotipos de la vejez con sus prácticas. Las profesionales de enfermería viven una intensa rutina de cuidados, en condiciones desfavorables de trabajo, se sienten sobrecargadas, necesitadas de actualización en cuidados específicos a personas ancianas y comparten responsabilidades con los acompañantes de los ancianos. Los resultados demuestran que los ancianos internados en hospitales públicos corren riesgo potencial de que sus Derechos Humanos sean violados. Revelan la necesidad urgente de acciones intersectoriales e interdisciplinarias para viabilizar mudanzas estructurales y del proceso de trabajo institucional, formación continuada en el área de gerontogeriatría y de sistematización del cuidado al anciano en el contexto investigado.

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería. Anciano. Hospitalización. Etnografía



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Desenvolvimento do processo etnográfico. 109
- Figura 2** - Plano de Análise adotado para interpretação da visãoêmica das profissionais de enfermagem da Clínica Médica sobre cuidados a idosos hospitalizados, Jequié, Bahia, 2013. 125
- Figura 3** - Características da Clínica Médica relatadas pelas profissionais de enfermagem em que utilizaram o advérbio de intensidade “muito(a)”. Jequié, Bahia, 2013. 152
- Figura 4** - Modelo representativo dos cuidados de enfermagem prestados ao idoso hospitalizado no contexto sociocultural de Jequié, Bahia, Brasil, 2013. 309



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - População residente por grupo etário e sexo, Jequié, Bahia, 2010.	92
<b>Tabela 2</b> - População idosa residente por grupo etário e sexo, Jequié, Bahia, 2010.	92
<b>Tabela 3</b> - Morbidade hospitalar por sexo no município de Jequié, Bahia, 2012	95
<b>Tabela 4</b> - Leitos disponíveis por especialidade, no Hospital Público investigado, município de Jequié, Bahia, 2013.	97



## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Características das profissionais de enfermagem, participantes da pesquisa, atuantes na clínica médica de um hospital público do município de Jequié, Bahia, 2013. 100
- Quadro 2** - Dificuldades encontradas por profissionais de enfermagem de um hospital público geral, para prestar os cuidados higiênicos à pessoa idosa hospitalizada, Jequié, Bahia, 2013. 201





## LISTA DE ABREVIATURAS

AAGRUTI - Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

ACE - Acute Care for the Elderly Model

AGG - Avaliação Geriátrica Global

AI - Antropologia Interpretativa

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CELADE - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CF - Capacidade Funcional

CM - Clínica Médica

CMF - Clínica Médica Feminina

CMM - Clínica Médica Masculina

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DEGER - Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica

DEMCAE - Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem

DS - Departamento de Saúde

EI - Estatuto do Idoso

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

GRN - Geriatric Resource Nurse

GREPE - Grupo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICN - International Council of Nurses

ID - Internação Domiciliar

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

MS - Ministério da Saúde

NEEP-Saúde - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Práticas na Saúde

NEVE - Núcleo de Estudo e Valorização do Envelhecimento

NICHE - Nurses Improving Care for Healthsystem Elders

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RIPSA - Rede Integrada de Informações para a Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UATI - Universidade Aberta à Terceira Idade

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	27
<b>1 DAS RAZÕES PARA UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE OS MODOS DE CUIDAR EM ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS</b>	29
<b>2 A VELHICE E A CULTURA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR</b>	41
2.1 CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO E DA POPULAÇÃO IDOSA NO CONTEXTO BRASILEIRO	43
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS IDOSAS E SUA INTERFACE COM A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	57
2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	64
<b>3 SUBSÍDIOS DA ANTROPOLOGIA PARA COMPREENDER OS MODOS DE CUIDAR EM ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS</b>	77
<b>4 O CAMINHO PARA O ENCONTRO COM AS PARTICIPANTES E A COMPREENSÃO DOS MODOS DE CUIDAR DE IDOSOS HOSPITALIZADOS</b>	89
4.1 A PESQUISA QUALITATIVA	89
4.2 O CAMPO DA PESQUISA	90
4.3 HOSPITAL GERAL PÚBLICO: O CENÁRIO DA PESQUISA	95
4.4 AS PARTICIPANTES	99
4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS	103
4.6 OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	106
4.7 O PROCESSO ETNOGRÁFICO	109
4.7.1 A trajetória para a entrada no campo	109
4.7.2 A aproximação com as participantes	114
4.7.3 A condução da pesquisa	117
4.7.4 A saída do campo	123
4.8 PROCEDIMENTOS PARA A COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES CAPTADAS	124

<b>5</b>	<b>A ENFERMAGEM TECENDO O CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS</b>	127
5.1	O CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	129
<b>5.1.1</b>	<b>A Clínica Médica e sua dimensão estrutural</b>	130
<b>5.1.2</b>	<b>A Clínica Médica e sua dimensão cultural</b>	148
5.2	AS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS MODOS DE PERCEBER A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	172
5.3	AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	187
<b>5.3.1</b>	<b>Conforto e sofrimento: a enfermagem e os cuidados higiênicos da pessoa idosa hospitalizada</b>	188
<b>5.3.2</b>	<b>Permissão e privação alimentar: a enfermagem e os cuidados com a nutrição da pessoa idosa hospitalizada</b>	211
<b>5.3.3</b>	<b>Higiene e intimidade: a enfermagem e os cuidados com a eliminação da pessoa idosa hospitalizada</b>	240
<b>6</b>	<b>SIGNIFICADOS CULTURAIS DO CUIDADO À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>	271
6.1	CUIDAR DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA É MANTER A SUA VIDA E DIGNIDADE	272
6.2	CUIDAR DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA É UM TRABALHO ENVOLVENTE E EXIGENTE	280
6.3	CUIDAR DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA É COMPARTILHAR RESPONSABILIDADES COM SEUS ACOMPANHANTES	290
<b>7</b>	<b>REFLEXÕES SOBRE OS MODOS DE CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS</b>	297
	<b>REFERÊNCIAS</b>	319
	<b>APÊNDICES</b>	353
	APÊNDICE A: CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DO ESTUDO	355
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	356
	APÊNDICE C: ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DE CUIDADOS	358
	APÊNDICE D: ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO DE CUIDADOS	360
	APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	361

<b>ANEXOS</b>	363
ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	365
ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL PARA ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO	368



## APRESENTAÇÃO

A tese intitulada: “As profissionais de enfermagem e os modos de cuidar de idosos hospitalizados: um estudo etnográfico” é resultado de um intenso e árduo trabalho de pesquisa que realizei em um hospital público do interior da Bahia, durante o ano de 2013. A prevalência de idosos internados na Clínica Médica justificou a escolha desta unidade para captar informações provenientes de entrevistas, observação e documentos. A pesquisa teve por objetivo geral: compreender o modo como as profissionais de enfermagem desenvolvem os cuidados às pessoas idosas hospitalizadas. Como objetivos específicos: analisar os cuidados desenvolvidos pelas profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas e identificar os significados a eles culturais atribuídos.

O relatório desta pesquisa está organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo, introduzo o leitor no universo da pesquisa, descrevo a minha relação com o objeto de estudo a partir das vivências familiares e profissionais enquanto enfermeira e situo o estado da arte do objeto de pesquisa, os pressupostos, objetivos, a relevância do estudo e o marco teórico.

No segundo capítulo, apresento a revisão de literatura sobre o tema, dividida em três eixos: características dos idosos brasileiros; as Políticas Públicas brasileiras e sua interface com a assistência hospitalar e o cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

No terceiro capítulo, descrevo os fundamentos da Antropologia Interpretativa de Geertz, referencial teórico utilizado para subsidiar o estudo. Apresento os principais fundamentos da abordagem cultural, o método etnográfico, a adequação e a utilização deste referencial nas pesquisas no campo da saúde, e em específico, da enfermagem.

No quarto capítulo, delinheiro todo o caminho percorrido para alcançar os objetivos propostos: a escolha do campo e local de pesquisa, as participantes do estudo, a adoção dos princípios éticos para o desenvolvimento do trabalho, a condução do método etnográfico, os instrumentos para captar as informações e as etapas para interpretá-las.

Analiso, no quinto capítulo, como as profissionais de enfermagem tecem o cuidado aos idosos hospitalizados, considerando o contexto estrutural e cultural em que os cuidados se desenvolvem, a percepção que trazem da pessoa idosa hospitalizada e os modos como as práticas de cuidados de manutenção de vida relacionados à higiene, alimentação e eliminação são desenvolvidas.

Os significados culturais dos cuidados à pessoa idosa hospitalizada são apresentados no sexto capítulo e mostram como esse conjunto de fatores interage para construir e socializar o que de fato representa para um grupo de profissionais de enfermagem o cuidado ao idoso

hospitalizado: manter a sua vida e dignidade; um trabalho exigente e envolvente; o compartilhamento de responsabilidades com o acompanhante.

Ao término da exposição e análise dos resultados, apresento reflexões sobre os modos de cuidar as quais permitiram construir a tese sobre o objeto de estudo e um modelo representacional da cultura de cuidados de idosos em contexto hospitalar sob a ótica das profissionais de enfermagem. Concluo a tese apresentando as implicações dos achados para o ensino, a assistência e a pesquisa em enfermagem e as limitações do estudo.

Este é um trabalho cuja temática é atual e relevante no contexto da assistência pública de saúde aos idosos hospitalizados, em especial, no nordeste brasileiro. Sua leitura pode ajudar profissionais de enfermagem, educadores e gestores a assegurar os direitos humanos da pessoa idosa nas práticas de cuidados oferecidas a este grupo etário em instituições hospitalares.



## 1 DAS RAZÕES PARA UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE OS MODOS DE CUIDAR EM ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS

Este estudo trata numa perspectiva etnográfica dos cuidados prestados às pessoas idosas pelas profissionais de enfermagem de um hospital público localizado em Jequié, interior da Bahia, Brasil.

Em sua construção fui transportada pela memória à minha adolescência quando tive meu primeiro contato com a experiência da hospitalização dos meus avós idosos. Trazia-me muita consternação vê-los fora do aconchego do lar, invadidos por sondas e cateteres, cercados de pessoas estranhas ao seu convívio e ameaçados pela morte.

Meu avô materno era uma pessoa muito ativa, mas sua visão era reduzida devido a glaucoma. Foi vítima de um atropelamento que lhe causou Traumatismo Craniano. Gravemente ferido, foi internado na Unidade de Terapia Intensiva e permaneceu em coma por mais de trinta dias, período em que surgiram várias úlceras por pressão em sua pele. O médico convocou a família e conversou sobre a possibilidade de desligar os aparelhos, mas a minha família recusou. No entanto, ele nos surpreendeu contrariando todas as expectativas negativas da equipe e teve alta para o apartamento e depois retornou para casa. Faleceu 25 anos depois, já muito idoso, aos 93 anos.

Da hospitalização do meu avô paterno me recordo da escala de revezamento organizada entre os membros e amigos da família para que não se o deixasse sozinho em nenhum momento. Era um paciente dependente e de personalidade forte. Não aceitava a comida do hospital e pedia para meu pai não esquecer o seu “batido”, uma sopa liquidificada de feijão com legumes e caldo de carne. Tínhamos que arrumar sempre uma maneira de passar pela recepção escondendo o recipiente com o alimento.

Guardava na mesinha de cabeceira seu próprio nebulizador e medicamentos broncodilatadores, pois não tolerava esperar pela enfermagem quando acometido por crise respiratória. Era considerado pela equipe como um paciente teimoso, mais diante de tantos afazeres, as profissionais de enfermagem aceitavam de bom grado que a família assumisse os cuidados e não a incomodasse.

Quando terminei a graduação em Enfermagem, fui trabalhar em um hospital público, com enfermarias enormes, uma delas era apelidada de *Vietnã*. Adultos e idosos compartilhavam aquele espaço. Visitava a cada manhã, de modo apressado e sistemático, um pouco mais de noventa leitos distribuídos em seis enfermarias. Numa dessas rondas chamou-

me atenção um senhor encoberto pelo lençol, aparentava estar muito emagrecido. Estava limpo, sem acompanhante. Chamei-o pelo nome, mas não respondeu às minhas solicitações. Um paciente ao lado informou que havia vários dias que ele não se alimentava. Decidi retirar o cobertor para avaliar melhor o seu estado. A imagem foi chocante, nunca tinha visto antes um estado de caquexia como aquele. Dias depois ele faleceu e os resultados dos exames detectaram Tuberculose.

Essas experiências me permitiram refletir e percebi que nem todas as famílias agiam como a minha, compartilhando o cuidado ao idoso hospitalizado. Também me fizeram perceber a importância da enfermagem nos cuidados “mais simples”, muitas vezes delegados e não supervisionados, como os de alimentar a pessoa idosa. Quando sozinha e dependente, a pessoa idosa tem na equipe de enfermagem o único suporte disponível. Negligenciar os cuidados nessas circunstâncias, além de infração ética e legal, é privá-la de um cuidado digno.

Como enfermeira-docente, nas práticas de campo em ambiente hospitalar, inquietou-me perceber o modo como a equipe de enfermagem desenvolve o cuidado às pessoas idosas, caracterizado por atitudes ora paternalistas, ora autoritárias, de limitação da autonomia e independência. Observava como a admissão de crianças, jovens e gestantes mobilizava a atenção e motivava o cuidado, o que, em minha percepção, não ocorria de forma semelhante quando se tratava de pessoas idosas. Tais observações levaram-me a pensar na hipótese de existência de uma cultura de cuidados de enfermagem peculiar a idosos hospitalizados, a qual era passível de ser interpretada a partir da rede de significados tecida por estes profissionais.

Recentemente, a participação como colaboradora do projeto interinstitucional “O difícil encontro entre a não violação dos direitos e assistência de idosos nos serviços de saúde”, desenvolvido entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA/DEMCAE/NEVE) e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB/DS/GREPE), reacendeu o desejo de aprofundamento sobre a temática.

Menezes (2009), com base em resultados de pesquisa realizada na cidade de Salvador, Bahia, revela que existe uma tendência de estabelecer limites de tempo para viver quando se está doente na velhice, sobrepondo as crenças e valores dos profissionais sobre as capacidades e o desejo que os idosos têm de viver e de pôr em prática seus projetos de vida.

Em Jequié, sudoeste da Bahia, resultados de pesquisa sobre o atendimento e assistência às pessoas idosas em um hospital público (MEIRA; REIS JÚNIOR, 2011) dão indícios de que a prática em saúde parece ser influenciada negativamente pela concepção do que é ser velho e da velhice em nossa sociedade, conforme constatado no seguinte relato de um profissional de saúde participante do estudo: [...] *eu nunca ouvi isso claramente, mas, nas*

*ações de alguns profissionais parece que o idoso já viveu, já teve a vida, então se chegar doente ou grave parece que é como se fosse um alívio ao sofrimento deles. Chegou o final pra ele, entendeu?* Assim, a prática de cuidados difere em relação aos contextos socioeconômicos, culturais e políticos vivenciados numa determinada sociedade e os comportamentos estão associados a uma comunicação simbólica que permite transmitir valores e crenças sobre os idosos.

É certo que não pode desprezar-se a influência dos contextos – profissional, institucional, político, religioso, socioeconômico e cultural – vigentes, sobre a prática de enfermagem. Mas, nesta pesquisa pretendeu-se, a partir das experiências de cuidados observadas, registradas e relatadas, identificar as ideias que sustentam o que se produz na interação entre a enfermagem e o idoso hospitalizado. Além disso, quis-se identificar como estas ideias têm contribuído para apoiar ou impedir a incorporação da nova visão de mundo no que tange ao cuidado à saúde da pessoa idosa, pois em muitas circunstâncias, seus problemas de saúde são encarados como inerentes ou associados à idade. Quando se pensa na velhice como uma fase ociosa, destituída de projetos de vida, assexuada, de progressiva dependência, é comum observar com naturalidade o adoecimento, morte social e biológica do idoso.

Para o desenvolvimento desse estudo, partiu-se do pressuposto que os cuidados de enfermagem, tal como se manifestam, não são apenas produtos de um conhecimento técnico-científico e das condições de trabalho, mas também da interação destes com as questões socioculturais, historicamente produzidas e reproduzidas na prática de cuidados. Refletir sobre esta interação, a partir das experiências cotidianas de profissionais da enfermagem junto ao idoso hospitalizado é importante para conhecer os aspectos simbólicos do cuidado e os desafios que estes impõem na consolidação das políticas públicas vigentes, com vistas à garantia dos direitos humanos da pessoa idosa a uma assistência humanizada em saúde.

Na atualidade, existe uma preocupação mundial em conhecer os modos como os idosos estão sendo cuidados a fim de definir ações para melhor atender às suas necessidades. No campo da saúde, eventos científicos e publicações discutem os cuidados às pessoas idosas nos diferentes contextos: no familiar/comunitário, nas Instituições de Longa Permanência, ou, ainda, nos Serviços de Saúde. Todavia, pouco se conhece sobre a cultura de cuidados de enfermagem destinados a idosos quando se trata do ambiente hospitalar, carecendo de mais pesquisas nesta área a fim de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados.

Tradicionalmente, o cuidado de pessoas idosas doentes e/ou fragilizadas era, e ainda continua sendo hoje, desenvolvido pelas famílias, por mulheres de sua rede de parentesco,

como, por exemplo, esposas, filhas, netas e irmãs, e fundamentado em valores morais, sociais e religiosos. No entanto, quando este modelo de cuidado informal é realizado isoladamente, torna-se insuficiente para atender as demandas das pessoas idosas que necessitam de cuidados especializados.

Registros encontrados na literatura apontam que, na Idade Média, leigos ou religiosos prestavam assistência caritativa às pessoas pobres e indigentes que necessitavam de hospitalização, entre as quais se encontravam os idosos. Nesta época, a instituição hospitalar tinha por função recolhê-los e separá-los da sociedade, minimizando os riscos de contágio de doenças. No final do século XVIII, o hospital enquanto instituição de saúde foi configurando-se para atender aos propósitos econômicos do Mercantilismo. Transformou-se em um instrumento de cura e suas ações beneficiavam prioritariamente homens em idade produtiva, mulheres em atividade reprodutiva e crianças, pois estas últimas configuravam-se como a futura força de trabalho que garantiria o progresso e enriquecimento da nação. Desse modo, os idosos ocupavam uma posição marginal nessas instituições (FOUCAULT, 2011).

Com o processo de envelhecimento, as pessoas idosas ficam mais susceptíveis à internação e tendem a utilizar mais os serviços de saúde, inclusive os de assistência hospitalar. No Brasil, no período de 2002 a 2011, 27,85% das internações hospitalares consistia em idosos, sendo responsáveis por 36,47% dos recursos pagos pelas mesmas (SILVEIRA et al., 2013). Constatou-se também que existe uma tendência a taxas mais elevadas de internação hospitalar e permanência mais prolongada das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em comparação com os demais grupos etários (AMARAL et al., 2004).

Isso se deve a múltiplos fatores, tais como: a maior prevalência de doenças crônicas, a existência de comorbidades, a capacidade funcional reduzida, a polifarmácia, a complexidade dos cuidados requeridos na presença de síndromes geriátricas, a necessidade de cuidados paliativos e a inexistência ou insuficiência de suporte social formal e informal.

A maior prevalência de doenças crônicas (75,5%) e de co-morbidades (64,4%) entre os idosos tem, por consequência, um maior número de consultas, uso de medicamentos e hospitalização, cujas causas mais frequentes são as doenças do aparelho circulatório, com predomínio da insuficiência cardíaca em ambos os sexos, seguida das doenças do sistema respiratório, do sistema digestório, as neoplasias e as doenças infecciosas e parasitárias (GÓIS; VERAS, 2010).

Diante desse quadro de transição demográfica e epidemiológica, as Políticas Públicas voltadas à atenção à saúde da população idosa avançaram nas últimas décadas, ao adotar um modelo fundamentado na integralidade do cuidado, a fim de garantir ações de promoção da

saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Assim, segundo este princípio, todas as necessidades apresentadas pelo idoso devem ser avaliadas e resolvidas. Como instituição de saúde, o hospital moderno se depara com o desafio de cumprir a sua função nas Políticas Públicas relacionadas à população idosa que se encontra em evidência neste contexto.

O princípio orientador da assistência ao idoso modificou-se ao longo dos anos, de uma abordagem caritativa para uma abordagem cidadã. Neste novo enfoque, é garantido à pessoa idosa o direito de ter acesso às tecnologias de cuidado, como qualquer outra pessoa cronologicamente mais jovem, e também pretende-se dar um papel central a sua autonomia nos cuidados prestados quer seja no contexto domiciliar, quer nos serviços de saúde. No entanto, reflexões e pesquisas que retratem a prática de cuidado aos idosos nas instituições hospitalares, em especial, nos países em desenvolvimento, ainda são muito escassas.

É provável que, nestas regiões, a nova forma inaugurada de visualizar o idoso na sociedade e também no que tange aos cuidados com a sua saúde não tenha sido incorporada completamente pela organização das instituições e pelos profissionais que lidam no cotidiano com este segmento populacional. Além disso, em regiões empobrecidas como o Nordeste do Brasil, a maioria das instituições sociais e de saúde ainda não está adequadamente preparada para atender os idosos.

Compete aos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) da equipe interdisciplinar de saúde a função ininterrupta de cuidar da pessoa idosa durante a hospitalização, compartilhando essa função com o próprio usuário e seus familiares. Em virtude do acelerado crescimento do grupo populacional idoso e da maior longevidade, acredita-se que pessoas com 60 anos e mais serão consumidoras de significativa parcela dos serviços hospitalares nas próximas décadas, o que requer da enfermagem reflexão e ação para práticas mais eficazes de cuidado.

Numa análise das publicações de estudos brasileiros relacionados aos cuidados de enfermagem e pessoas idosas, foi possível observar que as pesquisas sobre o contexto domiciliar e o cuidador informal foram temáticas de maior evidência (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006; CASTRO; FIGUEIREDO, 2009; VIEIRA; FIALHO; MOREIRA; 2011).

Significativos, também, foram os relatos de pesquisas voltados para o idoso com problemas crônicos de saúde como a insuficiência renal, a diabetes, a Doença de Parkinson e o Alzheimer. Estas enfermidades foram observadas a partir das mudanças provocadas no cotidiano, os tratamentos por elas requeridos e o desenvolvimento e aplicação de tecnologias inovadoras de cuidado (LENARDT et al., 2008; KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES,

2009; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; SENA et al., 2010; CAMACHO; COELHO, 2009).

Cresceram também os resultados de pesquisas que retratam a vida de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), as condições de sobrevivência, os aspectos organizacionais e de cuidado e as relações destas com o entorno (CREUTZBERG et al., 2007a, 2007b; CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2007, 2008; CREUTZBERG; GONÇALVES, 2011). Modelos teóricos como a Fenomenologia e a Teoria Transcultural também foram aplicados para compreender a experiência do envelhecimento e de cuidados gerontológicos (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007; SILVA; BOEMER, 2009).

No campo específico da enfermagem gerontogeriátrica e da hospitalização de idosos, verificou-se que há escassez de produção com abordagem etnográfica no Brasil. Os artigos catalogados tratavam de aspectos assistenciais como a identificação de diagnósticos de enfermagem (FREITAS; MENDES, 2006; ALMEIDA et al., 2008; SOUSA et al., 2010); as intervenções requeridas em problemas de saúde específicos e unidades especializadas (MENDES et al., 2009); as expectativas e a interação com os cuidadores/acompanhantes de idosos hospitalizados (PENA; DIOGO, 2009), os aspectos éticos e os direitos do paciente envolvidos no processo de cuidar (MEIRELES et al., 2010; ALMEIDA; AGUIAR, 2011); as vivências da hospitalização entre idosos, a qualidade dos cuidados de enfermagem (CARVALHAIS; SOUSA, 2011); a hospitalização prolongada (SILVA, 2011); o lazer durante a hospitalização (JANNUZZI, CINTRA, 2006) e o cuidado de enfermagem que possibilita a construção de significados (LEITE, GONÇALVES, 2009) e gera sentimentos ambivalentes de prazer e sofrimento (TAVARES et al., 2010).

A satisfação na assistência ao idoso emana do diálogo afetivo, da capacidade de superação apresentada pelo idoso, do aprendizado envolvido na relação e valorização do cuidado, enquanto que o sofrimento deriva do conviver com o abandono do idoso pelos familiares, presenciar a aflição do idoso, o descaso dos trabalhadores da saúde e a percepção da proximidade da morte (TAVARES et al., 2010).

Nosso estudo qualitativo foi realizado em contexto hospitalar e mostrou que a integridade da pessoa idosa é mantida por estratégias adotadas pelos enfermeiros capazes de criar privacidade, promover imagem positiva e manter capacidades. A autora identificou ser a finalidade última do cuidado, o cuidar da subjetividade do corpo (VEIGA, 2007). Desse modo, observa-se a existência de uma lacuna no conhecimento relativo à identificação de

modos de cuidar da enfermagem em relação às pessoas idosas no ambiente hospitalar, considerando as experiências e o contexto destes profissionais.

As dimensões continentais do Brasil e as diferenças regionais são convidativas ao desenvolvimento de estudos com enfoque na dimensão cultural. A diversidade de contextos socioculturais gera maneiras distintas de cuidar nos sistemas de saúde, considerando as necessidades, valores e significados dos envolvidos no processo.

Para aproximar-se, relacionar-se e cuidar do outro, o profissional de enfermagem precisa ter consciência da sua própria cultura e do modo como esta é incorporada a sua prática de cuidados. Suas crenças, valores, modos de agir e de pensar estão conectados a um macrossistema e sua observação é capaz de revelar aspectos universais e de diversidade no cuidado. A descrição e análise de atitudes, linguagem e comportamentos da enfermagem frente às pessoas idosas hospitalizadas, refletem o contexto histórico, político e social de um sistema mais amplo.

Tanto o modo de cuidar da velhice, quanto o de vivê-la, são modulados pela cultura. Pesquisas com abordagem cultural na análise de cuidados a idosos foram desenvolvidas em diferentes contextos. Rissardo e colaboradoras (2013) descreveram a percepção dos profissionais de saúde quanto aos fatores da cultura Kaingang que interferiam na realização das práticas de cuidado aos idosos dessa etnia. Concluíram que o estranhamento cultural e os costumes Kaingang foram elencados como aspectos limitadores para assistência em saúde de tais idosos.

Lenardt e colaboradoras (2006) investigaram a cultura de cuidados prestados por profissionais de saúde a idosos residentes em uma ILPI localizada na região sul do Brasil. Mostraram que a carência de recursos humanos e financeiros favoreceu a governabilidade dirigida e a generalização dos cuidados.

A origem do cuidado humano está fundamentada na necessidade de preservação da vida e da espécie (COLIÈRE, 1989). Quando se trata de cuidado à pessoa na velhice, herdamos do cristianismo o dever moral e filial de atender às necessidades do idoso, pautadas na solidariedade e reciprocidade.

Nos cuidados prestados aos idosos por cuidadores formais, a naturalização de estereótipos sobre a velhice, associado ao pouco aprofundamento por parte dos profissionais nas questões referentes às peculiaridades da pessoa idosa, são fatores que influenciam as atitudes dos profissionais de enfermagem e refletem na qualidade dos cuidados no contexto hospitalar (MARQUES, 2005).

Crenças negativas sobre o envelhecimento, como as que os idosos precisam “descansar”, que os investimentos gastos nos cuidados a esta população não têm retorno, que os idosos são decadentes, dependentes, inativos, feios, teimosos e comedidos, são reflexos da visão preconceituosa de uma sociedade cuja cultura está centrada na juventude, na beleza, no corpo jovem e na produtividade. Por outro lado, simultaneamente, observa-se a visibilidade dos idosos, por sua longevidade, participação, dinamicidade, potencial de consumo e independência financeira (MOTTA, 2006).

Além das questões socioculturais, a falta de uma política de educação permanente em gerontogeriatría, a infra-estrutura precária e/ou inadequada nas unidades hospitalares e a insuficiência de recursos humanos, contribuem para o distanciamento entre o cuidado ideal e o real. Seguindo este raciocínio, é possível visualizar que de onde se espera proteção e atenção integral à pessoa idosa por parte dos profissionais e serviços de saúde, poderá haver, em casos extremos, situações de violação de seus direitos. Este tipo de transgressão parece ser mantido pelo desconhecimento, por parte dos idosos, dos mecanismos de proteção vigentes, por uma atitude pacífica, omissa e acomodada destes, e, ainda, por relações de poder e falta de vontade política por parte dos gestores e servidores públicos.

A dimensão cultural é inerente à espécie humana que ao viver em sociedade aprende e transmite de geração em geração tradições, costumes e crenças que regem o modo de vida e comportamento de um determinado grupo de pessoas. Embora novos conceitos, modelos e percepções estejam sendo utilizados em pesquisas sobre os cuidados de enfermagem, buscando interligar os fenômenos biológicos, psicossociais, econômicos, ambientais e culturais, vê-se ainda na prática, uma visão muito fragmentada em suas ações. Permanece a prática organizada por uma lógica centrada no paradigma positivista, gerando descontentamento tanto para os profissionais, quanto para os usuários.

A maneira como as práticas de cuidados em saúde são afetadas por este paradigma e o modelo biomédico dele resultante, é claramente visível no contexto hospitalar. Os corpos dos idosos carregados de experiência de vida são percebidos como máquinas com vida útil prestes a findar, sem, portanto, merecer “investimentos”. A hegemonia do saber médico e a concepção biologicista da doença põe em nível inferior a sabedoria popular. A interação entre as mudanças psicossociais e os problemas de saúde comuns na velhice são menosprezadas e consideradas como irrelevantes. A transferência da atenção do doente para a doença torna a relação enfermeira-idoso distanciada e despersonalizada, com supervalorização de medicamentos e dos cuidados para a realização de exames diagnósticos.



No contexto brasileiro, a prática de cuidados de enfermagem destinada às pessoas idosas hospitalizadas tem sido desenvolvida em geral, por profissionais com formação generalista devido a Enfermagem Gerontogeriatrica ser uma especialidade recente no país. Este é um dos fatores que contribui para que o cuidado à pessoa idosa esteja centrado nas necessidades biológicas, priorizando com rigidez os aspectos normatizados em protocolos e manuais, em detrimento de um cuidado humanístico, que visualize o idoso enquanto cidadão, único, dotado de necessidades multidimensionais e com potencial de desenvolvimento humano ao longo do curso da vida (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

O cuidado humano implica uma relação interpessoal, constituída de atitudes que devem levar em consideração as peculiaridades de quem está sob seus cuidados (WALDOW, 2001). Sendo assim, os profissionais de enfermagem devem estar atentos aos problemas característicos dos idosos promovendo intervenções, em conexão com a equipe interdisciplinar, capazes de manter ou restaurar a sua capacidade funcional, ou seja, mantê-los autônomos e independentes por maior período de tempo possível.

A hospitalização da pessoa idosa é caracterizada pela redução das atividades diárias, pelo afastamento do seu ambiente e de pessoas do convívio social, pela adaptação a regras e horários rígidos, a convivência com o medo da dor e do desconforto, a ansiedade e a solidão, além de configurar uma condição de risco para a perda de identidade (CABETE, 2005).

Como um serviço integrado à rede de atenção à saúde da pessoa idosa, a assistência hospitalar deve proporcionar condições de restauração do equilíbrio, melhora ou manutenção da capacidade funcional, preparo para adaptação e continuidade dos cuidados em domicílio e cuidados paliativos. O direito ao atendimento está garantido na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), em seu capítulo II, seção II, art. 196: a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação reguladas pelo disposto na Lei 8.080 (BRASIL, 1990).

Neste sentido, a Lei 10.741 do Estatuto do Idoso, (BRASIL, 2003) figura como importante instrumento legal que fortalece os direitos previamente estabelecidos, garantindo o atendimento à pessoa idosa de modo imediato e individualizado, por pessoal devidamente capacitado, manifestando repúdio e punição àqueles que agirem com discriminação, negligência ou omissão em virtude da idade. Seus princípios e diretrizes estabelecem que os idosos são dignos e portadores de direitos como qualquer outro ser humano. As ações de saúde específicas para as pessoas com 60 anos e mais são norteadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria nº 2.528/06, cuja finalidade reside na recuperação,

manutenção e promoção da autonomia e independência do idoso pela adoção de medidas individuais e coletivas de cuidados apontadas em suas nove diretrizes (BRASIL, 2006).

Contudo, o cotidiano nos serviços de saúde mostra que a legislação brasileira progrediu no que concerne à regulamentação da atenção à saúde da pessoa idosa, mas que a prática ainda é muito insatisfatória, necessitando do esforço coletivo dos próprios idosos, da sociedade, dos profissionais do setor e do Estado para consolidação de tais Políticas.

Neste estudo, é reconhecida a relevância dos profissionais de saúde para a consolidação de políticas públicas voltadas à pessoa idosa, e que a equipe de enfermagem tem função central na organização e implementação do cuidado gerontogerátrico. Diante de tais considerações, desenvolvi uma aproximação com realidade concreta das práticas de cuidados de enfermagem destinadas às pessoas idosas hospitalizadas, seguida de reflexão sobre os aspectos culturais envolvidos neste processo.

Na Enfermagem, a abordagem cultural para compreender as situações de cuidados foi largamente documentada e difundida nos estudos de Marie-Françoise Collière (2003) e Leininger (1991). Esta última desenvolveu e apresentou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural a partir de suas observações de comportamentos diferenciados de crianças perturbadas que estavam sob seus cuidados. Para a autora, culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de diferentes maneiras, embora ela reconheça que existam cuidados universais.

Diante de tais considerações, foi estabelecido como **objeto de estudo** os modos de cuidar desenvolvidos pela enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas.

O crescimento da população idosa, a busca crescente deste grupo por cuidados em serviços hospitalares e a ininterrupta interação dos idosos hospitalizados com a equipe de enfermagem, motivaram encontrar resposta para a seguinte questão **norteadora da pesquisa**: Como a enfermagem cuida das pessoas idosas hospitalizadas?

Com o intuito de promover reflexão e (re)orientar formas mais eficazes de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, foram traçados os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** Compreender os modos como as profissionais de enfermagem desenvolvem os cuidados às pessoas idosas hospitalizadas.

**Objetivos Específicos:**

Analisar os cuidados desenvolvidos pelas profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas.

Identificar os significados culturais atribuídos pelas profissionais de enfermagem ao cuidado da pessoa idosa hospitalizada.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, adotei o referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa de Geertz, por ser compatível com a proposta de observação e interação com as pessoas envolvidas no processo de cuidar, a fim de interpretar os elementos norteadores de suas práticas. É de domínio desta ciência o tornar-se próximo da realidade concreta dos sujeitos, compartilhar experiências, ouvir, sentir, ver expressões faciais, gestos, entonação da voz, posturas, presenciar emoções e perceber sentimentos.

A fim de orientar a análise dos resultados foi delineado o seguinte **pressuposto**:

O modo como as profissionais de enfermagem cuidam dos idosos hospitalizados é construído tomando-se como fundamentos a educação formal e a formação em contexto, os aspectos socioculturais do ambiente em que vivem, as condições ambientais e de trabalho, as quais repercutem nas estratégias adotadas para enfrentar a complexidade do cuidado gerontogeriatrico.

Na condução deste estudo utilizei os seguintes **marcos conceituais** para auxiliar na compreensão dos modos de cuidar instituídos por profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas:

**Pessoa idosa:** compreendida em suas dimensões biológica, cultural e psicossocial, como toda aquela com idade igual ou superior a 60 anos, dotada de direitos, deveres e necessidades como qualquer cidadão, membro de uma sociedade. Deve ser respeitada em sua trajetória e experiências de vida passada, somadas às da vida presente e suas perspectivas, nas quais encontra sentido para viver. Como ser humano, pode ser atingida por um processo de dependência progressiva e necessidade de ser cuidado por outrem. Contudo, tal condição em nada diminui o merecido tratamento condigno como qualquer ser humano: a exigência de uma conduta moral e ética por parte dos profissionais da saúde, da família, da sociedade e do Estado, que não devem medir esforços para permiti-la desenvolver-se ao longo de toda a sua trajetória de vida (GONÇALVES et al., 2005).

**Cultura:** partindo do pressuposto que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, a cultura é considerada como sendo essas teias e a sua análise uma ciência interpretativa à procura do significado (GEERTZ, 2008, p. 4).

**Modos de cuidar:** compreende a diversidade de práticas instituídas pela enfermagem e a maneira como estas são desenvolvidas, considerando o contexto em que se desenvolvem.

**Etnografia:** Modalidade de pesquisa científica que auxilia na compreensão do comportamento humano a partir do contexto do indivíduo, a fim de abstrair o significado de símbolos e perceber como as pessoas os interpretam e utilizam para direcionar suas atitudes (SOUSA; BARROSO, 2008).

Resguardadas as limitações de tempo e de percepção, pretende-se com este estudo contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem gerontogeriatrica no que tange aos cuidados ao idoso hospitalizado; oferecer subsídios para o planejamento e implementação de políticas que utilizem adequadamente a hospitalização na abordagem de saúde desta população; colaborar com a formação e capacitação de profissionais de enfermagem para o cuidado à pessoa idosa; e, promover reflexões sobre a realidade de cuidados às pessoas idosas em hospitais públicos e os desafios enfrentados para efetivar as Políticas de Saúde específicas e garantir os Direitos Humanos desta população.

O cenário eleito para a realização deste estudo etnográfico foi um hospital público de Jequié, município situado no sudoeste da Bahia, Brasil. Pretendi imergir nas especificidades, adentrar nas particularidades relacionadas ao cuidado do idoso neste contexto, sem, no entanto, perder o foco das questões mais gerais relacionadas ao processo de envelhecimento e da velhice que permeia toda a vida social.

A seguir, tomando-se por referência o conhecimento já produzido e publicado em livros e periódicos, serão apresentadas características do envelhecimento e da população idosa na sociedade brasileira; as Políticas Públicas para a pessoa idosa e sua interface com a assistência hospitalar e, o cuidar/cuidado, seus significados, fundamentos para a prática profissional da enfermagem e as especificidades do cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

Esta aproximação dos aspectos que se relacionam com o objeto de estudo pretende situar o leitor quanto aos elementos históricos do cuidado profissional de enfermagem em contexto hospitalar no âmbito geral e, em específico, dos cuidados destinados às pessoas idosas.

## **2 A VELHICE E A CULTURA DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR**

O Brasil segue a tendência mundial de crescimento da população idosa. Porém, difere no ritmo e características apresentadas por esse grupo de pessoas, seus problemas de saúde, existência e na efetividade de políticas públicas, recursos disponíveis e no modo como os idosos são tratados na sociedade e nos serviços de saúde.

Equivale dizer que embora o envelhecimento seja um fenômeno global ele é heterogêneo, carecendo reconhecer as necessidades específicas das pessoas idosas em cada contexto, com vistas ao planejamento e implementação de ações congruentes com a realidade econômica e sócio histórica. Seguindo este raciocínio, antes de iniciar as considerações sobre as pessoas idosas no Brasil, cumpre fazer uma breve abordagem sobre esta nação, com a finalidade de conhecer as circunstâncias em que acontece o processo progressivo de envelhecimento populacional.

O Brasil está situado na América do Sul, com uma vasta extensão territorial de 8.502.728,269 km<sup>2</sup>, equivalente a 16 vezes o território da Espanha e 22 vezes o do Japão (IBGE, 2011). Sua colonização coincide com a chegada de europeus em 1500, que aportaram no intuito de explorá-lo e expandir o seu comércio. Encontraram nestas terras índios nativos que utilizaram como mão-de-obra e cujo pagamento pelo trabalho efetuado se dava por meio de presentes insignificantes. Assim, escoavam o pau-brasil (madeira de alto valor comercial na Europa) e, posteriormente, a cana-de-açúcar, o ouro e outras riquezas, tais como, por exemplo, as pedras preciosas. O modelo administrativo predominante até 1821 foi o de Capitânicas Hereditárias, no qual pessoas da nobreza portuguesa recebiam por doação um território, assumindo a responsabilidade de colonizá-lo e explorá-lo.

No início do século XIX a corte portuguesa se transferiu para o Brasil iniciando o processo de independência que culminou em 1822. A partir deste marco foi instituída a monarquia como sistema político, tendo como imperador D. Pedro I. Somente em 1889, com a Proclamação da República, se instaurou a República Federativa e Presidencialista no Brasil. A partir deste período, o Brasil foi marcado por revoluções, importantes alterações sociais e econômicas como as acontecidas no governo de Getúlio Vargas (1930-1945), regimes militares e redemocratização. Trinta e cinco presidentes de profissões variadas (advogado, médico, economista, empresário, engenheiro, sindicalista, dentre outras) já governaram o Brasil desde 1889. Em 2010 foi eleita pela primeira vez uma mulher como chefe de Estado assumindo a presidência desde janeiro de 2011 até a atualidade.

A dimensão continental do país favorece a grande diversidade de cenários socioeconômicos e culturais, os quais se convencionou denominar “Brasis”. O território brasileiro está dividido em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste; vinte e sete unidades federativas (26 estados e um distrito federal) e 5.565 municípios. De acordo com dados do IBGE (2011), a população total do país é de 196.655.014 milhões de habitantes, predominantemente feminina (50,8%) e residente na área urbana (86,91%).

A imagem da economia brasileira no cenário internacional tem se deteriorado frente aos escândalos de corrupção em instituições públicas e privadas. Não obstante a crise econômica enfrentada, o Brasil continua a ser um país atrativo com tendência a uma nova inversão no fluxo migratório internacional, no qual se observa a chegada de pessoas de diferentes nacionalidades ao invés da saída de brasileiros em busca de oportunidades.

Contudo, grandes problemas desafiam a administração pública do país. A desigualdade social, a fome, a pobreza extrema, a precariedade do sistema público de transporte, educação e assistência à saúde, a capacidade reduzida de geração de novos empregos e oportunidades de qualificação profissional, a corrupção nos serviços públicos, o crescimento assustador de dependentes químicos e da violência em todas as suas formas de manifestação, são exemplos das dificuldades vividas no país.

O pacto entre as nações para erradicar a extrema pobreza e a fome promoveu no Brasil a implantação de programas governamentais de transferência de renda como o Bolsa Família. O número de pessoas vivendo em pobreza extrema (ganho inferior a US\$ 1,25/dia) caiu de 25,6% (1990) para 8,5% (2011), mas ainda existem cerca de 16,2 milhões de pessoas em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2011). Resultados do Coeficiente de Gini que mede a desigualdade de renda demonstram um ritmo de queda de 0,7 ponto/ano. A cadência é regular, todavia, o Brasil ainda está no ranking entre os países mais desiguais do mundo. Caso este ritmo permaneça, tão distantes estamos do ideal, seriam necessários 12 anos para alcançar os índices dos Estados Unidos e 24 anos para o Canadá (SOARES, 2008).

É em meio a este contexto histórico, político, econômico e sociocultural, de lentas conquistas e grandes desafios que ocorre o progressivo envelhecimento da população brasileira. Esta realidade impõe reflexão e ação da sociedade civil e de gestores públicos com vistas a construir uma nação em que pessoas de todas as idades tenham direito à vida com dignidade.

A fim de nortear o leitor e oferecer subsídios para a análise dos dados, esta seção apresenta uma síntese sobre o envelhecimento populacional brasileiro considerando três aspectos. O primeiro deles diz respeito às questões demográficas e epidemiológicas.

Responde aos motivos que contribuíram para a ocorrência do envelhecimento, situa o Brasil em relação às demais nações e no contexto da América Latina e Caribe. E, ainda, discute o ritmo em que avança o processo de envelhecimento, as diferenças regionais, de gênero, raça, condições de vida e problemas de saúde mais comuns apresentados pelas pessoas idosas, bem como o perfil de internações hospitalares.

O segundo aspecto está relacionado às Políticas Públicas de Saúde para as pessoas idosas. Trata da vulnerabilidade dos idosos aos problemas de saúde, o paradigma de saúde no envelhecimento, apresenta as Políticas Públicas de Saúde para pessoas idosas, sua interface com o serviço hospitalar e os dilemas enfrentados para se tornarem efetivas.

O terceiro e último aspecto, faz uma abordagem sobre o cuidado de enfermagem ao idoso no contexto hospitalar e discute a existência de mitos e estereótipos da velhice e os possíveis impactos destes no modo como são tratados os idosos no Brasil.

As fontes de informações utilizadas foram de inquéritos populacionais, de organizações de referência nacionais e internacionais, de autores estudiosos da temática com publicações em livros e/ou periódicos qualificados.

## 2.1 CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO E DA POPULAÇÃO IDOSA NO CONTEXTO BRASILEIRO

O envelhecimento da população é um fato. Em 2010, 11% dos habitantes do planeta tinham 60 anos e mais, e 2% 80 anos e mais. As projeções da população mundial para 2050 mostram que haverá 22% de idosos com 60 anos e mais, e 4% com 80 anos e mais, dobrando em quatro décadas (ONU, 2009b). Maiores taxas de crescimento de idosos têm sido observadas em países menos desenvolvidos (2,3%), enquanto que nos mais desenvolvidos o crescimento é de 0,3% por 100 habitantes (ONU, 2009a). Por isso, a despeito de ser um fenômeno mundial, a intensidade do envelhecimento é bastante distinta nas diferentes regiões do planeta.

O percentual de idosos observado em 2010 na Europa (22%) será alcançado pelo Brasil em 2050, enquanto que os atuais 11% do Brasil serão alcançados pela África somente em 2050 (ONU, 2009b). Entre os países da América Latina e Caribe, o processo de envelhecimento se encontra mais avançado no Uruguai, Porto Rico, Martinica, Barbados e Cuba com índice superior a 65% (CELADE/CEPAL, 2009). No *ranking* dos países com maior representatividade de pessoas com 60 anos ou mais, divulgado em 2009, a liderança

encontrava-se com o Japão (29,7%), seguido da Itália (26,4%) e Inglaterra (25,7%). O Brasil ocupava o septuagésimo nono lugar com 9,9% de idosos (ONU, 2009a).

Esta realidade implica a necessidade de criação e implementação imediata de Políticas Públicas, especialmente no âmbito da saúde, previdência e assistência social para atender de modo eficiente às necessidades dos idosos, proporcionando-lhes uma velhice com qualidade de vida.

Contudo, nos países em desenvolvimento, a criação e, principalmente, a implementação de políticas específicas para as pessoas idosas não têm ocorrido no mesmo compasso que o envelhecimento populacional. Nestas nações, os idosos sentem o impacto da sobreposição de condições de vida desfavoráveis caracterizada por baixa renda e escolaridade, moradias precárias, ausência ou ineficiência da Atenção à Saúde específica, rede de suporte social reduzida, dentre outros.

Envelhecer também está ao alcance de uma população cada vez maior de brasileiros. A participação relativa de idosos no país passará de 11,3% em 2009 para 22,7% em 2050 (IBGE, 2008, 2010), acompanhando o percentual de distribuição mundial. Desse modo, é possível notar a presença significativa de pessoas com 60 anos e mais na família, na comunidade, nos postos de trabalho e nas instituições de educação e saúde. Em todo o Brasil, as pessoas com 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais, representam respectivamente, 6,0%, 3,3% e 1,5% da população total (IBGE, 2011). Na Região Sudeste encontra-se o maior peso relativo de idosos (12,7%) e na Região Norte, o menor, 7,3% (IBGE, 2010).

É cada vez mais longo o período de vida denominado velhice. Na atualidade, com o aumento da expectativa de vida ao nascer e após os 60 anos, o intervalo desta etapa do ciclo vital chega a extrapolar 30 anos para as pessoas idosas no Brasil. Deste modo, observa-se dentro deste segmento necessidades diferenciadas de assistência de acordo com o subgrupo etário e as trajetórias de vida. No entanto, não existe um consenso sobre os limites de idade que integram a subpopulação idosa.

De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004), é comum no Brasil desagregar esse segmento populacional em dois grupos: de 60-79 anos e de 80 anos e mais (mais idoso, muito idoso ou idoso longevo). A modalidade de classificação e apresentação adotada pelo IBGE no Censo 2010 permite ver com maior clareza a heterogeneidade do envelhecimento dado que os grupos de idade são reunidos de quatro em quatro anos até completar o centésimo ano. Portanto, há dos 60 aos 100 anos, 09 subgrupos etários distintos. As autoras supracitadas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004) identificaram que nos Estados Unidos esta



subdivisão ocorre em três estágios: idoso jovem (de 65 a 74 anos), idoso mediano (de 74 a 84 anos) e idoso velho (de 85 anos e mais).

Conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (2014), “idoso” é a pessoa de 65 a 79 anos, disponibilizando o descritor “idoso de 80 anos e mais” referindo-se aos octogenários, nonagenários e centenários. Mas, se há diferenças na definição dos limites da idade cronológica para definir a subpopulação idosa, há consenso mundial de que o grupo com idade igual ou superior a 80 anos está em crescimento mais acelerado que os demais. A população global cresce 1,2% ao ano, enquanto que a população idosa cresce cerca de 2,6% ao ano e a de pessoas com 80 anos e mais 4% (ONU, 2009a).

No Brasil, a composição do segmento idoso, está assim configurada: 55,1% com idade de 60 a 69 anos, 30,6% com 70 a 79 anos e 14,3% com 80 anos e mais. Observou-se também no último Censo o crescimento de centenários de 14 mil em 2000 para 23.760 em 2010, com destaque para o estado da Bahia que está no topo do *ranking* com o maior número de centenários do país (3.525 pessoas), tomando a liderança ocupada pelo estado de São Paulo em 2000 (IBGE, 2011).

Segundo o relatório publicado pelo Banco Mundial (2011), intitulado *Envelhecendo em um Brasil mais velho*, a mudança demográfica impulsionará uma transformação socioeconômica, com sérias implicações sobre o crescimento econômico, a pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Os gastos com o setor saúde emergem como um dos mais preocupantes pelo aumento da proporção de idosos e pela intensidade do uso por este grupo, constituindo-se um desafio promover independência e mobilidade para as pessoas idosas durante o período da velhice que se prolonga cada vez mais.

O fenômeno do envelhecimento no Brasil é relativamente recente e as razões para sua ocorrência e sustentabilidade têm origem em múltiplos fatores. O processo se iniciou por volta dos meados do século XX, com a redução gradativa nos índices de mortalidade, devido à descoberta e uso de vacinas e antibióticos, melhores condições de vida, acesso aos serviços de saúde, exames diagnósticos e tratamento. A taxa bruta de mortalidade por mil habitantes declinou de 8,57 em 1980 para 6,27 em 2009 (IBGE, 2008, 2010).

As causas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias foram declinando e as doenças crônico-degenerativas, características de regiões mais industrializadas e envelhecidas, ganharam maiores proporções. Em 2008, as três principais causas de óbito da população brasileira foram: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, com percentual de 29,5%, 15,6% e 9,8%

respectivamente, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias foram a sétima causa de óbito respondendo por 4,4% das mortes registradas no país naquele ano (IBGE, 2010).

Outro fator decisivo para a configuração do processo de envelhecimento vigente foi o acesso da mulher à educação, aos métodos contraceptivos, seu ingresso no mercado de trabalho seguido do declínio progressivo e provavelmente, irreversível, das taxas de fecundidade total, observado a partir de 1960.

Em relação à taxa de fecundidade no Brasil, houve uma queda de 4,31 filhos no período de 1975-1980 para 1,94 filhos em 2009, ficando abaixo da média mundial observada na atualidade de 2,49 filhos e abaixo da taxa de reposição da população que é de 2,1 filhos/mulher em idade fértil (ONU, 2009b; IBGE, 2010). Espera-se que em 2028 seja alcançada a menor taxa já registrada no país, que será de 1,5 filhos, permanecendo sem alteração até 2050 (IBGE, 2008).

De acordo com o IBGE (2010), a região Norte registra a maior taxa de fecundidade total (2,51 filhos) e a região Sudeste, a menor (1,75 filhos). O Acre é o estado da federação em que as mulheres têm mais filhos, em média, 2,96. A necessidade de associar a maternidade com a realização profissional, a insuficiência de creches no país e o desejo dos pais em proporcionar maior investimento na educação dos filhos, contribuem para a redução da prole.

A redução das taxas de mortalidade, especialmente a infantil, contribui para o aumento da expectativa de vida ao nascer. A ampliação dos anos esperados de vida demonstra crescimento contínuo nas últimas décadas, embora de modo muito heterogêneo, nos diferentes países e também nas regiões e estados brasileiros. Dos 187 países do mundo listados no Relatório do Desenvolvimento Humano, em 09 a esperança de vida não chegava aos cinquenta anos, em 37 a expectativa de vida não alcançava os 60 anos e somente em 24 se esperava no momento do nascimento ultrapassar os 80 anos de idade (PNUD, 2011).

A maior expectativa de vida ao nascer é encontrada no Japão (83,4 anos) e a menor em Serra Leoa (47,8 anos) com diferença entre os extremos de 35,6 anos. Em relação aos países da América Latina, a maior expectativa de vida é encontrada no Chile (79,1 anos), seguido do México (77 anos) e Argentina (75,9 anos). Estes são dados que revelam as desigualdades sociais e a necessidade de reduzi-las para que a velhice digna e a longevidade estejam ao alcance de todos (PNUD, 2011).

No Brasil, a esperança de vida é de 73,5 anos para o conjunto da população. Tomando-se como parâmetros a maior expectativa mundial e a da América Latina, o brasileiro espera viver 9,9 anos a menos que o japonês e 5,6 anos a menos que o chileno (PNUD, 2011). De acordo com dados do IBGE (2010), das cinco grandes regiões do Brasil, a região Sul tem a

maior expectativa de vida (75,2 anos) e o Nordeste, a menor (70,4 anos) e entre os estados da federação a vida é mais longa no Distrito Federal e Santa Catarina (75,8 anos) e mais curta em Alagoas (67,6 anos).

Quando se compara a expectativa de vida entre homens e mulheres, nota-se uma maior sobrevivência destas em todas as partes do planeta. As mulheres constituem a maioria das pessoas idosas. A diferença é mais acentuada, quanto maior for a idade. De cada 100 sexagenários no mundo, 54 são mulheres, a proporção aumenta entre os octogenários para 63%, chegando aos 81% entre os centenários (ONU, 2009a). Dentre os vários fatores que justificam este fenômeno, chamado feminização da velhice, os mais plausíveis são os de que há uma maior procura das mulheres pelos serviços médicos e de cuidados de saúde e menor consumo destas de tabaco e álcool. No Brasil, a esperança de vida ao nascer das mulheres, no ano de 2010 superou em 7,6 anos a dos homens (IBGE, 2010b).

Com o avanço do envelhecimento populacional e o aumento progressivo da expectativa de vida, também tem-se começado a utilizar o indicador de número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, definido como esperança de vida aos 60 anos de idade. Este indicador demonstra o crescimento da sobrevida dos idosos no Brasil de 20,4 anos em 2000 para 21,4 anos em 2009 (CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012), com projeção para 24,1 anos em 2050 (CELADE/CEPAL, 2009).

Mas, para além de viver muito, é desejável viver saudavelmente, de forma independente e autônoma. Esta noção de expectativa de vida saudável foi proposta em 1960 e desenvolvida em 1970 e representa o número médio de anos que a pessoa pode esperar viver com saúde. Em geral, a expectativa de vida saudável é menor que a expectativa de vida ao nascer em todos os países. Todavia, o Brasil apresenta a maior perda de anos saudáveis vividos, de 13,5 para os homens e 11,1 para as mulheres, quando comparado com países como a Alemanha e a África do Sul, cujos índices são para o sexo masculino 7,8 e 7,0 e, para o feminino 6,2 e 6,5, respectivamente (MATIJASCIC; DIAS, 2008).

Em um estudo realizado no estado de São Paulo com a finalidade de determinar a expectativa de vida livre e com incapacidade funcional de 2.143 pessoas idosas residentes em domicílio, observou-se que ao completarem 60 anos a expectativa de sobrevida livre de incapacidades era de 83% dos anos vividos para os idosos e 74% para as idosas. Maior tempo de sobrevida com dependência foi encontrado nas idosas (11% anos) que nos idosos (9% anos), quando estes se encontravam em condição de incapacidade funcional. Concluiu-se, portanto, que a despeito das mulheres apresentarem maior expectativa de vida elas

apresentavam mais anos de vida com incapacidade funcional e dependência (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005).

Com a redução do tamanho das famílias, o incremento do número de mulheres no mercado de trabalho, a longevidade e o acelerado envelhecimento populacional, encontra-se no centro das discussões a disponibilidade de pessoas e serviços para o cuidado e assistência adequada às pessoas idosas, seja no domicílio, nas instituições de saúde ou as de longa permanência.

Outro aspecto também preocupante é o fato da redução de apoio potencial de pessoas de 15-64 anos para cada uma com 65 anos e mais. O declínio constatado pela ONU (2009a) foi em média de 12 para 09 trabalhadores potenciais por cada pessoa com 65 anos e mais, no período de 1950-2009 em todo o mundo, com expectativa de queda para apenas 04 trabalhadores potenciais em 2050. As implicações desta redução afetam grandemente o valor dos impostos para garantia do pagamento de pensões de uma clientela cada vez mais crescente e por um tempo mais prolongado.

A população idosa brasileira está concentrada em áreas urbanas (83,5%), assim como a maioria das pessoas não idosas (84,4%). O êxodo rural em busca de acesso aos serviços básicos sociais e melhores condições de vida, especialmente educação, trabalho e renda, contribuíram para que milhares de pessoas se deslocassem do campo para as cidades (IBGE, 2010, 2011). Estas, por sua vez, cresceram como uma massa levedada e, muitas vezes, sem infra-estrutura criando os bolsões de pobreza, com um grande contingente de pessoas que chega a ultrapassar a população de pequenos municípios. A precariedade das habitações e do acesso a saneamento básico favorece o surgimento de doenças entre os que residem nestes locais.

Para a população idosa, a feminização da velhice, a busca por acesso aos serviços de saúde, a necessidade de apoiar os filhos e/ou a necessidade de ser cuidado por eles devido à redução da capacidade funcional, têm motivado a migração rural-urbana. Os idosos que permanecem em áreas rurais devem receber atenção especial, pois nestas regiões se observa um número menor de pessoas adultas para prestar apoio aos mais idosos e às crianças, uma vez que os trabalhadores em potencial têm migrado para as cidades.

A decisão de onde e com quem o idoso vai morar é multifatorial e os tipos de arranjos familiares múltiplos. Os idosos podem residir em domicílio próprio ou alugado, sozinhos, com o cônjuge, com os filhos, na casa de parentes ou em ILPIs. Para Berquó e Baeninger (1996), a escolha do idoso em morar sozinho ou com parentes pode ser resultado de desenlaces ou celibato, da não existência de prole, do falecimento dos filhos ou ainda da

decisão de não viver com os filhos ou com qualquer outra pessoa, caso tenha recursos para tanto.

Em pesquisa publicada pela ONU (2005), realizada em 130 países, observou-se que: aproximadamente 90 milhões de idosos vivem sozinhos, a sua maioria é composta por mulheres; especialmente em países desenvolvidos, há uma tendência de viver sozinho ou somente com o cônjuge, enquanto que nos países em desenvolvimento a maioria dos idosos vive com seus filhos; em países desenvolvidos, a opção dos idosos de residir em ILPIs está vinculada à dificuldade de se manter independentes ou necessitar de cuidados de saúde.

Há evidências de que a configuração do arranjo domiciliar das pessoas idosas está relacionada à situação conjugal e ao sexo (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011). Em todo o mundo, 80% dos homens idosos moram com seu cônjuge. As mulheres têm maior longevidade e em menor frequência se submetem a um novo casamento. Como resultado, elas passam um período considerável da vida como viúvas, em domicílios unipessoais ou formando novos arranjos domiciliares com filhos e parentes. Estima-se que 19% da população idosa feminina mundial viva sozinha, enquanto que apenas 9% dos homens idosos vivam sós (ONU, 2009a).

No Brasil, evidencia-se a prevalência de co-residência, tendo por consequência apoio e conflito intergeracional, ao mesmo tempo em que cresce o número de idosos vivendo sozinhos (23,1%). Do total de domicílios brasileiros, 20,9% eram chefiados por idosos, com idade média de 65,2 anos. Residir em casa de parentes, e não em ILPIs, foi um arranjo, em geral, observado para os idosos que reportavam piores condições de saúde e maior dependência funcional (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Os aspectos culturais, a insuficiência e as condições precárias de funcionamento das instituições brasileiras para idosos favorecem a imagem negativa destas, situando-as como uma opção de residência quase nunca desejável.

Num estudo realizado sobre os arranjos domiciliares de idosos mais velhos da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, percebeu-se que a maioria morava em casa própria, com 2,8 pessoas, em média, em domicílios bi e trigeracionais. Os homens viviam, na maioria, com o cônjuge, enquanto as mulheres, sozinhas. Notou-se, ainda, uma equivalência nos resultados entre aqueles que afirmaram ter ido morar com o idoso e aqueles em que o idoso foi morar no domicílio da família (PEDRAZZI et al., 2010).

Nota-se, portanto, que o prolongamento da vida, principalmente nos países em desenvolvimento, nos quais as políticas públicas para o envelhecimento ainda caminham a passos lentos, provoca que sejam criadas estratégias de sobrevivência. A família permanece

como primeiro e fundamental recurso disponível às pessoas idosas. Mas, de modo contrário a propalada dependência do idoso e da existência do “ninho vazio”, observa-se a convivência intergeracional com fluxo bidirecional de apoio de recursos, ações e informações entre o idoso e sua família.

Seguindo em direção às características dos idosos no que diz respeito à cor da pele, prevalece no Brasil a população idosa branca (55,4%), em relação à parda (36,1%) e à preta (7,2%), o que equivale dizer que o aumento da expectativa de vida tem se dado de forma desigual entre os diferentes grupos sociais (IBGE, 2010). Em 2007, 11,1% dos homens idosos eram brancos e 8% negros, com diferença de 3,1 pontos de representatividade. Para as mulheres, no mesmo período observou-se que 13,2% eram brancas e 9,2% negras, com diferencial de 3,7 pontos. Tal fato se justifica devido à maior mortalidade masculina, em geral e, em particular, de jovens homens negros, em decorrência da violência urbana, além do acesso precário aos serviços de saúde, habitação, emprego, entre outros (PINHEIRO et al., 2008).

Em relação ao nível educacional, o analfabetismo é muito comum especialmente entre os idosos dos países em desenvolvimento. Segundo o relatório da ONU (2009a), metade das pessoas idosa com 65 anos ou mais residentes nos países em desenvolvimento são analfabetas. Somente 40% das mulheres e 2/3 dos homens idosos nestas nações têm leitura e escrita básica. Esta realidade demonstra o difícil acesso à escola ao longo do curso da vida e a inserção precoce no mercado de trabalho como uma prioridade, em detrimento da educação formal durante o período em que eram crianças e jovens.

No Brasil, embora a escolaridade dos idosos ainda seja considerada baixa, mudanças positivas têm sido constatadas nas últimas décadas. Considerando ambos os sexos, o número médio de anos de estudo subiu de 4,0 em 1960, para 4,9 anos em 2000. Dados mais recentes mostram o seguinte perfil educacional das pessoas idosas no referido país: 50,2% têm menos de 4 anos de estudo, 32,3% de 4 a 8 anos e 17,4% 9 anos ou mais de escolaridade (IBGE, 2010). Considerando outros países da América Latina, ainda é muito cedo para comemorar: no ano 2000, a taxa de analfabetismo entre as pessoas com 60 anos e mais na Argentina era de apenas 5,8%, no Chile 13,4%, enquanto que no Brasil era muito mais elevada, 34,2% (CELADE/CEPAL, 2009).

Numa análise estratificada por sexo, é possível verificar que aumentou de 43,2% para 68,8% o percentual de homens idosos brasileiros que sabiam ler e escrever, de 1940 para 2000, um acréscimo de 25,6%. Para as mulheres idosas o crescimento foi de 25,8 para 63,4% no mesmo período, evidenciando desenvolvimento mais significativo da escolaridade para o

sexo feminino (37,6%), muito provavelmente pela redução da discriminação educacional por sexo e maior oportunidade de acesso à escola (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Embora os atuais idosos brasileiros apresentem baixa escolaridade, sua renda contribui significativamente ao orçamento das famílias. Neste caso, a renda não está associada à escolaridade, mas aos benefícios sociais provenientes das aposentadorias e pensões que repercutem na melhoria das condições econômicas das famílias brasileiras com idosos (IBGE, 2010).

A situação previdenciária do grupo de pessoas com 60 anos e mais no Brasil está assim configurada: 57,9% são aposentadas, 11,4% pensionistas e 8,1% aposentadas e pensionistas. Quanto à renda, 43,2% recebem até um salário mínimo, 29,0% de um a dois salários e 22,9% mais de dois salários mínimos (IBGE, 2010).

A concessão do benefício da aposentadoria ocorre em idades diferentes ao redor do mundo. Em cerca de 40,0% dos países, a reforma se dá em menor idade cronológica para as mulheres (em torno de cinco anos menos que os homens) e em maior idade para ambos os sexos em países desenvolvidos (ONU, 2009a). Todavia, a crise mundial instalada desde 2007, vem se agravando, reduzindo o número de empregos e a estabilidade financeira e causando a necessidade de alteração dos padrões de aposentadoria, considerando o progressivo aumento da expectativa de vida.

O Brasil estuda novas regras para a aposentadoria, de uma idade mínima de 65 anos para os homens e 60 para as mulheres, a fim de evitar o agravamento do déficit previdenciário no futuro. Atualmente, são necessários 35 anos de contribuição para os homens e 30 para as mulheres. Portanto, o Brasil segue a tendência mundial de demarcar uma idade mínima de aposentadoria. Em países como Alemanha, Espanha e Japão, a idade mínima de aposentadoria é de 65 anos, na França e nos Estados Unidos 62 anos (ONU, 2009a).

Não obstante, e apesar de que ao se tornarem aposentados e pensionistas sejam considerados inativos, é crescente o número de idosos que se mantêm ativos ou são reinseridos no mercado de trabalho. Os idosos têm qualidades de grande interesse para o mercado de trabalho: constituem uma mão-de-obra já qualificada, apresentam elevado conhecimento técnico, têm bastante vivência na área específica e sabem lidar com pessoas. Em todo o planeta, dos homens maiores de 65 anos, 14,0% são ativos no mercado de trabalho. Em regiões menos desenvolvidas, onde é limitada a cobertura de pensões e a renda *per capita* é menor, 35% dos homens e 19,0% das mulheres maiores de 65 anos são economicamente ativas (ONU, 2009a).

No Brasil, 17,9% dos idosos aposentados com 60 anos ou mais (26,7% dos homens e 11,0% das mulheres) estavam ocupadas na semana de referência da pesquisa nos domicílios em 2009 (IBGE, 2010). Permanecer no, ou reintegrar-se ao, mercado de trabalho para o idoso aposentado significa não apenas o aumento da renda, mas autonomia física, mental e integração social (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Fatores sociais, econômicos e demográficos ao longo do tempo influenciam a condição de saúde das pessoas residentes em uma dada localidade. O Brasil passa por um período denominado de transição epidemiológica, caracterizado por mudanças nos perfis de mortalidade, morbidade e invalidez de sua população (SCHRAMM, 2004). De acordo com Omran (2001), neste processo é possível verificar três transformações básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; maior prevalência de morbimortalidade do estrato etário mais jovem para o grupo mais idoso; e predomínio da morbidade, em relação à mortalidade. Todavia, estas etapas não são observadas de modo estanque, pois no país observa-se a sobreposição de doenças crônico-não transmissíveis com as infectocontagiosas, a exemplo da tuberculose, dengue, malária e hanseníase.

A demanda por serviços de saúde se modifica com a alteração do perfil epidemiológico, com tendência de aumento na utilização e nos custos em geral. À medida que uma maior proporção da população envelhece, o prolongamento da vida favorece um maior tempo de exposição a fatores de risco que, associados a condições de vida desfavoráveis, propiciam o surgimento ou agravamento de doenças crônicas.

No Brasil, observou-se um declínio na proporção de idosos com doenças crônicas, de 78,7% em 1998 para 75,5% em 2003. Neste último período, 69,3% dos homens idosos e 80,2% dentre as mulheres idosas declararam padecer de doença crônica, sendo que 64,4% tinham mais de uma patologia (IBGE, 2009).

De acordo com as informações coletadas na PNAD 2008, 77,4% dos idosos declaram sofrer de alguma doença crônica e 48,9% de mais de uma, sendo as cinco mais frequentes, a hipertensão (53,3%), doença de coluna (35,1%), artrite ou reumatismo (24,2%), doença do coração (17,3%) e diabetes (16,1%). Todavia, dos 77,4% que afirmaram sofrer de pelo menos uma doença crônica, 45,5% declararam seu estado de saúde como muito bom ou bom, dando indícios de que o gerenciamento da patologia é satisfatório, permitindo-os permanecer ativos na sociedade.

Somente 22,6% das pessoas com 60 anos e mais declararam ausência de doenças, enquanto que esta proporção declina para 19,7% se consideradas aquelas com 75 anos e mais



(IBGE, 2010). A proporção de doenças crônicas em idosos pobres e de maior renda foi equivalente, mas a presença de maiores recursos para seu gerenciamento influencia na melhor capacidade funcional daqueles com maior renda *per capita* (IBGE, 2009).

Considerando que a ausência de doença na velhice é uma exceção, tem-se adotado um novo paradigma de saúde no envelhecimento: a capacidade funcional. Esta pode ser definida como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessária para uma vida independente e autônoma (GORDILHO et al., 2000).

Quanto à representatividade das mortes das pessoas com 60 anos e mais de idade, observou-se aumento de 52,6%, em 1996, para 58,6%, em 2005. As três principais causas de mortalidade foram: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Neste mesmo ano de 2005, a maior quantidade de óbitos mal definidos concentrou-se na faixa de 60 e mais de idade (67,2%), o que impede traçar um perfil de mortalidade desse estrato populacional mais próximo da realidade. A provável origem da dificuldade em identificar a causa real do óbito de idosos é a presença concomitante de várias doenças crônico-degenerativas. O domicílio foi o principal local de ocorrência de óbitos por causas mal definidas e 20,0% ocorreram em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde (JORGE et al., 2008).

No período de 1980 a 2000, verificou-se declínio nas taxas de mortalidade por todas as causas, sobretudo entre mulheres e entre idosos mais velhos, assim como redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e aumento da mortalidade por neoplasias e doenças do aparelho respiratório (LIMA-COSTA; PEIXOTO; GIATTI, 2004).

No que tange às condições de saúde dos idosos brasileiros, é válido destacar a possível influência das condições de vida no estado de saúde deste grupo populacional. Desde 2004, o Comitê Temático Interdisciplinar Saúde do Idoso, da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA) propôs indicadores para verificar e avaliar a morbidade e incapacidade funcional e o uso de serviços de saúde pelos idosos. Eis aqui alguns indicadores selecionados que serão apresentados e analisados a seguir: demanda por atendimento, acesso aos serviços de saúde, prevalência de enfermidades crônicas, utilização de medicamentos, capacidade funcional e auto-avaliação da saúde.

Há uma tendência progressiva de deterioração da capacidade funcional com o avançar da idade e de piores resultados entre as mulheres e em regiões de desenvolvimento socioeconômico menor. Em Salvador, Bahia, Brasil, 21,8% dos idosos de 60-69 anos, 31,5% do grupo de 70-79 anos e 50,6% daqueles com 80 anos e mais, afirmaram ter incapacidade funcional em mobilidade (dificuldade para caminhar e subir escadas). Uma diferença de 28,8

pontos separa a funcionalidade entre os idosos mais jovens dos longevos. Em relação ao sexo, as mulheres idosas de Salvador avaliam mais negativamente, em 11,0 pontos, a sua capacidade funcional em mobilidade (32,4%) que os homens idosos soteropolitanos (21,4%). A média de incapacidade para ambos os sexos foi de 26,9% em Salvador e 18% em São Paulo (IBGE, 2009).

De modo geral observa-se maior proporção de pessoas idosas com incapacidade funcional para andar 100 metros se comparados os resultados da PNAD 2003 e 2008, 12,2% e 13,6%, respectivamente (IBGE, 2010). Tais achados são reveladores da heterogeneidade do envelhecimento e da necessidade de planejamento e implementação de ações intersetoriais para melhoria das condições de saúde da população idosa, considerando as características peculiares deste segmento etário em cada município. Estas medidas tornam-se mais urgentes, tendo em vista que o ritmo de envelhecimento é acelerado, que a população idosa envelhece cada vez mais e que os recursos são insuficientes e inadequados para atender às demandas desta população.

Doenças crônicas, múltiplas e de longa duração contribuem para o uso de vários medicamentos de modo concomitante pelos idosos. Inquéritos realizados em capitais de estados de diferentes regiões apontam para uma uniformidade no consumo e nos determinantes em populações de diferentes localidades do Brasil. Na cidade de Fortaleza, 80,3% dos idosos investigados utilizavam medicamentos prescritos, 37,4% não prescritos e aproximadamente 20,0% faziam uso inadequado de medicamentos (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, no inquérito realizado na região metropolitana com 1.598 pessoas idosas, 72,1% destas utilizavam medicamentos diariamente, com média de 2,18 medicamentos por idoso (LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006). Na cidade de Porto Alegre, a média de medicamentos por idoso foi superior a de Belo Horizonte, 3,2 medicamentos por idoso. Quando comparados os resultados com o estudo de Fortaleza, menor proporção de idosos utilizava medicamentos sem prescrição médica (33,0%) e 27,0% usavam concomitantemente cinco ou mais medicamentos (FLORES; MENGUE, 2005)

Outro aspecto analisado na condição de saúde dos idosos é sua autoavaliação de saúde. Trata-se de um índice de fácil aplicação e de reconhecimento na comunidade científica como um indicador de qualidade de vida, da morbidade e do declínio físico, além de considerar-se como um preditor da mortalidade neste grupo (FONSECA et al., 2010). Em um estudo realizado junto a 909 idosos das regiões Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil, com média de idade de 71,47 anos, a proporção dos que referiram percepção negativa de saúde foi de 49,6%.

Nesta pesquisa, a condição de dependência pareceu ser o elemento essencial mediador da autoavaliação pessimista da saúde, sugerindo que o declínio na capacidade funcional possa ser o maior indicador para o próprio indivíduo de sua condição na velhice (SILVA et al., 2012).

A autopercepção do estado de saúde influencia no comportamento pela busca de serviços de saúde e encontra relação com sexo, idade e renda. Quanto pior for a avaliação, mais frequente será a busca. Resultados da PNAD, 2003, revelaram que as mulheres de 60-79 referiram pior estado de saúde, invertendo-se a situação a partir dos 80 anos, quando os homens se percebem em pior estado. Quanto à renda, idosos com rendimento *per capita* menor, avaliaram pior o seu estado de saúde (IBGE, 2009).

Dada a natureza das doenças crônicas e a multiplicidade com que estas se apresentam em pessoas idosas, é mais prevalente neste grupo etário o número de consultas médicas, maior tempo de internamento e maior custo das internações. Dados da PNAD, 2003, mostraram que 71,2% dos idosos e 83,4% das idosas consultaram o médico no último ano, tendo por base a data do inquérito, tornando evidente o comportamento diferenciado destas na adesão a programas promocionais e de acompanhamento de problemas crônicos de saúde (IBGE, 2009).

Quanto às razões para a hospitalização de idosos, a insuficiência cardíaca lidera o *ranking* em ambos os sexos, seguida de pneumonia, bronquite e acidente vascular encefálico. Diabetes integra as seis primeiras causas de hospitalização, somente para mulheres idosas de 60-79 anos. A partir dos 80 anos, a fratura de fêmur está incluída entre as causas mais frequentes de internamento entre as mulheres e a desnutrição entre os homens com 80 anos e mais (IBGE, 2009). Comparando-se a morbidade hospitalar de 1994 e 2005, é possível observar o predomínio das doenças do aparelho circulatório, a manutenção dos padrões das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das neoplasias (GÓIS; VERAS, 2010).

O custo médio da hospitalização do idoso é diretamente proporcional à idade, de R\$ 93,05 por idoso no grupo etário de 60 a 69 anos, para R\$ 178,95 por idoso de 80 anos e mais (IBGE, 2009). Projeções sobre a demanda de serviços de saúde para 2050 apontam para um crescimento de 59,0% nas consultas médicas, 96,0% para exames, 122,0% para tratamento e 39% para internações. Esta realidade acarretará num maior gasto percentual do PIB com a saúde, que deverá atingir 10,7%, contra os atuais 9% (KILSZTAJN et al., 2003; PNUD, 2011). Ao avaliar os custos de internações hospitalares entre idosos brasileiros em 2001, Peixoto et al. (2004) observaram que os idosos contribuíram com 33,5% das internações hospitalares dessa população e 37,7% dos recursos pagos pelas mesmas, principalmente com

as doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

O perfil demográfico e epidemiológico do idoso brasileiro revela um grupo vulnerável a problemas de saúde induzidos por diversos fatores como, por exemplo, baixa escolaridade e renda e condições de moradia.

Também os hábitos de vida, a trajetória laboral, os fatores ambientais, o acesso aos serviços e ao tratamento adequado dos problemas crônicos de saúde, além da longevidade, contribuem para que esta população esteja propensa a internamentos em hospitais. Muito embora os gestores tenham se empenhado para melhorar a qualidade da assistência, o investimento exclusivo e/ou desproporcional neste tipo de atendimento será sempre oneroso, insuficiente e pouco efetivo.

Urge a necessidade de melhorar as condições de vida da população geral no presente para que os idosos do futuro tenham melhores condições de vida e saúde mais satisfatória. Quanto aos atuais idosos, poderão ser beneficiados com a capacitação de profissionais para atendê-los nos serviços de saúde e que estes serviços estejam integrados numa Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em que se tenha disponíveis recursos como o internamento domiciliar, o hospital dia, dentre outros.

Eis dois grandes desafios para o Brasil: tornar conhecidos os direitos das pessoas idosas para o efetivo exercício da cidadania e ampliar a cobertura e efetividade do SUS, uma vez que grande proporção dos idosos não possui cobertura de planos de saúde ou estava cadastrada no Programa de Saúde da Família (30,5%).

Apenas 29,7% dos idosos brasileiros têm plano de saúde (IBGE, 2010). Questiona-se: que cuidados têm sido oferecidos aos mais de 70% de idosos que dependem exclusivamente do serviço público para atender as suas necessidades de saúde?

Esta exposição permitiu conhecer características dos idosos brasileiros comparadas a idosos no contexto mundial e da América Latina. Para o planejamento dos cuidados de enfermagem, o levantamento de informações se constitui em atividade primeira. A compreensão desta realidade permite às enfermeiras participarem de modo mais racional nas discussões sobre serviços de atendimento aos idosos, estabelecer prioridades e defender os direitos destes usuários diante de uma política de contenção de despesas. Preconiza-se que o idoso hospitalizado tenha uma assistência individualizada e congruente com suas condições sociais, econômicas e de saúde.

Os dados oferecem um vislumbre dos enormes desafios que o maior contingente de pessoas idosas traz para os profissionais de saúde para os dias atuais e vindouros. Diante desta

realidade, é oportuno citar o relatório “Envelhecendo em um Brasil mais velho”, que descreve a necessidade de ações imediatas frente ao progressivo e rápido envelhecimento da população brasileira: “Quanto mais se adia uma reforma, maior será a sua necessidade, e mais drástica ela terá que ser” (BANCO MUNDIAL, 2011, p. 15).

A associação do envelhecimento com situação de dependência e doenças, condicionando a falência dos cofres públicos, em nada contribui para solucionar os desafios vigentes. Não são desejáveis as informações veiculadas com cunho alarmista, pois o envelhecimento populacional é um triunfo e não uma ameaça. Mas, a falta de planejamento e a inércia é que constituem condições ameaçadoras, pois retardam o investimento em soluções para o enfrentamento dos problemas.

## 2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS IDOSAS E SUA INTERFACE COM A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A história sobre o nascimento dos hospitais apresentada por Foucault (2011) mostra um local de assistência leiga e caritativa às pessoas pobres e moribundas. Os miseráveis necessitavam de assistência e quando adoecidos representavam uma ameaça à propagação de epidemias. Recolhê-los em hospitais era necessário para proteger a sociedade. Por isso, estas instituições também eram consideradas locais de segregação e exclusão de pobres. Nesse período, acreditava-se que a doença era a manifestação do castigo divino por um pecado cometido e os religiosos exerciam um papel de destaque nessas instituições como os representantes de Deus a dar os últimos cuidados e o sacramento (MORALES; BERROCAL, 2013).

Ainda não existiam cursos profissionalizantes que preparassem pessoas para prestar cuidados aos moribundos. As condições dos estabelecimentos hospitalares eram precárias e o cuidado dos doentes era desenvolvido por pessoas leigas, marginalizadas da sociedade. O maior benefício que os cuidadores obtinham desta atividade era o perdão dos pecados e a garantia do passaporte para a salvação (FOUCAULT, 2011).

Por muito tempo, a imagem depreciativa dos hospitais permaneceu e se prolongou com a instalação dos hospitais marítimos. Havia um risco iminente de disseminação de epidemias trazidas pelos tripulantes, além de que o hospital passou a ser utilizado para o contrabando de mercadorias por traficantes que fingiam estar doentes. Mudanças significativas ocorreram com a chegada do mercantilismo e expansão militar. Nesta nova era,

foi necessário regulamentar os hospitais, pois as pessoas passaram a ter um valor agregado, proporcional aos investimentos com treinamentos e capacitação para o trabalho. As alterações do doente/trabalhador precisavam de observação sistemática, cabendo este papel não mais a leigos, mas a profissionais especializados dotados de competência para utilizar a tecnologia disponível no momento.

No final do século XVIII, o hospital adotou a sua função terapêutica. A doença passou a ser compreendida como uma ameaça à expansão econômica e à proteção dos países, pois atingia os homens trabalhadores e os que pelejavam nas batalhas. Assim, os religiosos foram perdendo seu *status* e poder para os médicos, os quais possuíam as competências requeridas para deter as doenças.

Um detalhado relatório funcional foi produzido pelo médico francês Tenon e o inglês Howard, apresentando a situação dos hospitais na Europa. Este documento serviu como parâmetro para conduzir a reforma e construção de novos hospitais, cuja tônica era a instituição de disciplina e a anulação de seus efeitos negativos. Portanto, observa-se que ao longo da história a instituição hospitalar atendeu às demandas socioeconômicas e culturais de cada época (FOUCAULT, 2011).

No Brasil, o hospital mais antigo de que se tem conhecimento é a Santa Casa de Santos, fundada com fins humanitários por Braz Cubas em 1543, para atender a todos que necessitavam de abrigo e assistência, como os indigentes e as demais pessoas marginalizadas da sociedade (MS, 1965).

Com o passar dos anos, os hospitais foram modernizando suas edificações, instalações, até constituir-se no que se convencionou chamar “hospital moderno”. A partir de então, estrutura física, recursos humanos especializados e tecnologia de ponta são utilizados para o cuidado de pessoas em nível ambulatorial e em regime de internamento, além de ser úteis para a formação e a transmissão do saber de profissionais e de pesquisas no campo da saúde (MS, 1965).

A reflexão sobre a necessidade de uma assistência igualitária, especialmente sem distinção de classe social, passou a coexistir com o discurso do hospital moderno julgando ser o doente a razão de ser e o objetivo desta instituição. Eram concebíveis níveis diferenciados de conforto e não de assistência de acordo com o status social. Todavia, os cuidados eram prestados com fins caritativos e humanitários e não como um direito assegurado ao cidadão brasileiro (MS, 1965).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), capítulo II, seção II, art. 196, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, reguladas pelo disposto na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90. Esta Lei dispõe sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para atenção e cuidados da saúde, com base nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade na gestão, por meio das conferências e conselhos.

De acordo com o Art. 198 da Constituição (BRASIL, 1988), as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade, organizados de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Cada esfera governamental tem funções definidas de modo que todas elas convergem a cooperar e complementar-se nas ações de saúde. A Atenção Primária (ou básica) constitui a porta de entrada do sistema com capacidade de resolução da maioria dos atendimentos e orientação dos casos mais complexos para os níveis secundários (proteção) e terciários (recuperação). As atividades preventivas são prioritárias sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Muito tem se discutido sobre modelos assistenciais que melhor atendam às necessidades de saúde da população e contemplem os princípios do SUS. No entanto, embora se reconheçam as limitações, a ineficiência e o custo elevado do modelo hegemônico, médico-assistencial privatista, este ainda coexiste com outros modelos e, por vezes, sobressai em determinados contextos por corresponder à dinâmica da sociedade capitalista. Este modelo privilegia a assistência médico-hospitalar, com enfoque na doença e utilização de tecnologias para apoio ao diagnóstico e tratamento, portanto centrado em procedimentos que oneram significativamente os cofres públicos, não se traduzindo em efetivo controle ou melhoria das condições de saúde das pessoas (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Assim, na atualidade tem-se buscado modelos que privilegiem a promoção e a prevenção da saúde. No entanto, o atendimento hospitalar será sempre uma opção na rede assistencial, conforme explicitam Cecílio e Merhy (2003, p.4): “[...] o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita”.

A experiência de cuidados com idosos no contexto hospitalar é um fenômeno relativamente recente no Brasil e coincide com o aumento deste grupo populacional e do desenvolvimento de recursos terapêuticos capazes de prolongar a vida. Os modelos de atenção à saúde e à formação profissional foram desenvolvidos para atender as demandas de problemas agudos de adultos jovens, gestantes e crianças, pois, até o fim da vida, os idosos

eram cuidados no âmbito privado das famílias. Com a transição demográfica e epidemiológica, as demandas dos idosos por problemas de saúde foram ampliadas sem que necessariamente tenha ocorrido um planejamento e implementação de um modelo de cuidados próprios para atendê-los.

A Política Nacional do Idoso, Lei 8.842/94 (BRASIL, 1994), foi a primeira legislação brasileira a ser utilizada como referência para as ações direcionadas a esta população. Na área da saúde, disposto no capítulo IV, artigo 10, inciso II, diz-se que deve ser garantida ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, incluindo a prevenção, promoção, proteção e recuperação. Também compete a este setor a elaboração de normas para o funcionamento de serviços geriátricos hospitalares.

A despeito da Legislação comentada, constatou-se a necessidade de um documento que orientasse o desenvolvimento de ações específicas para a saúde do idoso. Foi então estabelecida, por meio da Portaria 1.395/99, a Política Nacional de Saúde do Idoso, cujas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Foram também constituídas as responsabilidades institucionais, a articulação intersetorial e os mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Posteriormente, no ano de 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741 (BRASIL, 2003) com o objetivo de assegurar os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre esses direitos, foram incluídos o de atendimento integral, prioritário, individualizado e imediato, com previsão de punição para aqueles que negligenciarem, discriminarem, violentarem, oprimirem, agirem ou permanecerem omissos nos casos em que tais direitos estejam ameaçados. Também é assegurado o direito de ter um acompanhante na ocorrência de internamento ou observação.

Passados três anos, gestores do SUS estabeleceram compromisso no desenvolvimento de áreas prioritárias cujas ações fossem capazes de apresentar impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Este documento foi denominado Pacto pela Vida, no qual se observou a Saúde do Idoso como primeira entre as seis prioridades pactuadas (BRASIL, 2006).

Neste mesmo ano, após intenso processo de revisão e atualização, foi revogada a Portaria 1.395/99. Entrou em vigor a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria 2.528/06 (BRASIL, 2006a), cujas diretrizes são: promoção do envelhecimento ativo e



saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Esta Política (BRASIL, 2006a) apresenta como paradigma de saúde da pessoa idosa a Capacidade Funcional (CF). Na velhice a ausência de doenças é mais exceção do que regra. Desse modo, o conceito de saúde nesta fase do ciclo vital é traduzido por manutenção da CF, ou seja, ser autônomo e independente, capaz de tomar suas próprias decisões e exercer atividades diárias de autocuidado (vestir-se, comer, caminhar, banhar-se e outras) e relacionadas ao viver em sociedade (atender telefone, fazer compras, movimentar dinheiro, preparar a refeição e outras). A atenção à saúde das pessoas idosas deve ser guiada pelo princípio de preservação por maior tempo possível de suas capacidades, afastando a dependência para mais próximo da morte.

As ações da Política Nacional de Saúde do Idoso estão voltadas para dois grupos distintos de idosos: os independentes e os fragilizados. Considerando o objeto de estudo desta pesquisa, serão apresentadas as propostas com ênfase nos idosos frágeis atendidos no âmbito hospitalar.

As internações de idosos têm grande prevalência chegando a representar um terço do total de hospitalizações no Brasil, com prolongados períodos de permanência em comparação às demais faixas etárias. As causas mais frequentes de internação na população com 60 anos e mais são as doenças circulatórias, do sistema respiratório, digestivo e neoplasias (GÓIS; VERAS, 2010). Entretanto, o impacto da hospitalização não se dá apenas na gestão do sistema de saúde, mas também para a pessoa idosa que tem neste um momento singular de sua vida caracterizado pela redução das atividades diárias, afastamento do seu ambiente e de pessoas do convívio social, adaptação a regras e horários rígidos, convivência com o medo da dor, a ansiedade e perda da autonomia.

O Pacto pela Vida prevê duas ações estratégicas direcionadoras da assistência aos idosos com impacto no serviço hospitalar: a atenção diferenciada na internação e a internação domiciliar. Ambas as medidas têm por objetivo manter ou recuperar a CF do idoso no menor tempo possível (TELLES, 2006).

A Atenção Diferenciada na Internação se dá mediante a instituição de Avaliação Geriátrica Global (AGG), realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar. A AGG, também chamada de Avaliação Geriátrica Ampla, ou, ainda, de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, tem por objetivo principal detectar as deficiências, incapacidades e desvantagens que os pacientes idosos apresentam, quantificá-las por meio de instrumentos (escalas e testes validados e de fácil aplicação) e identificar aqueles frágeis e de alto risco para estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.

Na AGG são avaliados os seguintes parâmetros: Equilíbrio e mobilidade; Função cognitiva; Deficiências sensoriais; Presença de sintomas depressivos; Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; Condições ambientais; Capacidade funcional para as Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD); Estado e risco nutricionais (COSTA, MONEGO, 2003).

Para a enfermagem, a AGG é um importante instrumento que, associado ao exame físico, possibilita o planejamento, a implementação do cuidado e o acompanhamento a longo prazo da condição de saúde do idoso. Portanto, esta avaliação multidimensional não constitui um fim em si mesmo, mas um meio que deve resultar sempre em uma intervenção no plano hospitalar e pós-alta.

A estratégia de Internação Domiciliar (ID) foi instituída no âmbito do SUS pela portaria N° 2.529/06 (BRASIL, 2006b) com o objetivo de prestar um conjunto de atividades no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe multiprofissional exclusiva para este fim. Os idosos são contemplados entre os grupos populacionais prioritários nesta modalidade de atendimento para a qual o projeto de desinstitucionalização com ganho progressivo de autonomia é primordial. O fato de frequentemente vivenciarem a agudização de problemas crônicos, necessitarem de cuidados paliativos e desenvolverem incapacidade funcional confere a este grupo benefícios advindos deste serviço.

Com a ID pretende-se: humanizar os atendimentos, reduzir a hospitalização desnecessária e a taxa de reinternação e diminuir os riscos de infecção hospitalar. O acesso aos serviços do Programa só é possível por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família, através dos Hospitais de Referência e das Unidades de Emergência. De acordo com a Secretária de Saúde da Bahia (SESAB, 2012) existem equipes de ID distribuídas por oito municípios do Estado: Salvador, Lauro de Freitas, Feira de Santana,

Vitória da Conquista, Ilhéus, Jequié, Barreiras e Alagoinhas. Há perspectiva de ampliação a curto prazo para os municípios de Porto Seguro, Guanambi e Camaçari.

A participação do acompanhante/familiar cuidador do idoso é de importância crucial para sua recuperação, desde a hospitalização até a continuidade do atendimento no âmbito domiciliar. A Portaria N° 280 (BRASIL, 1999) instituiu a obrigatoriedade nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, de proporcionar condições para permanência do acompanhante de pessoas com 60 anos e mais, quando internados. A cobrança pela acomodação adequada (leito, poltrona ou cadeira) e fornecimento das principais refeições será realizada mediante a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Contudo, o familiar acompanhante precisa adaptar-se a um cenário hostil, sem conforto, vivenciando outras experiências de sofrimento e, ainda, tendo que assumir o papel de cuidador (SILVA; BOCCHI, 2005).

No modelo de Atenção à Saúde vigente, o hospital tem sido utilizado pela população idosa para solucionar a agudização de problemas crônicos de saúde. A espera por uma vaga pode durar alguns dias e, no momento da alta, a desarticulação com os demais níveis de atenção contribui para a descontinuidade do cuidado e da reabilitação favorecendo o internamento recorrente.

Esta fragmentação das ações colabora para que o hospital seja uma instituição onerosa e de pouco impacto na morbimortalidade e qualidade de vida dos idosos. Para a operacionalização das diretrizes da Portaria 2.528 (BRASIL, 2006a) será necessário implementar o modelo de Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, no qual o serviço hospitalar deixa de ser um fim em si mesmo e passa a integrar um dos circuitos de uma rede instituída de atenção à saúde.

Compreende-se por Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa o conjunto de serviços de saúde, nos vários níveis de complexidade, que integram a rede do SUS, com foco na manutenção e recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa e na melhoria de sua qualidade de vida (LOUVISON, 2009). As Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso foram criadas, em 2002, pelo Ministério da Saúde que estabeleceu que estas seriam compostas pelos hospitais gerais e pelos Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso, voltados para oferecer serviços de diversas modalidades assistenciais – internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar – constituindo-se em referência para a Rede de Assistência à Saúde do Idoso (TELLES, 2006).

São muitas as modalidades de atenção à saúde do idoso visando à integralidade da assistência e uma melhor qualidade de vida do idoso. No entanto, a efetividade desta rede tem

sido observada na minoria dos estados da federação. Criou-se um grande desafio em garantir os direitos de assistência à saúde da pessoa idosa, com o agravante, a cada ano que passa, da agregação de milhares de novos idosos que necessitam de cuidados do Sistema Único de Saúde.

### 2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

A Enfermagem enquanto profissão está comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade. Por meio das ações de cuidado atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Embora a origem do cuidado coincida com a existência humana, a profissionalização deste ocorreu em meados do século XIX, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Findada a sua missão exitosa no cuidado aos soldados feridos da Guerra da Criméia, Nightingale prosseguiu rumo à construção da enfermagem moderna. Com sua experiência e mente visionária, ela logo percebeu que para cuidar da saúde das pessoas era necessário ambientes adequados e pessoal qualificado. Por isso, não mediu esforços para criar a primeira escola de enfermagem utilizando a influência política e econômica de sua família e os resultados positivos obtidos com seu árduo trabalho.

Em 1860, foi fundada a Escola Nightingale, nas dependências do St. Thomas Hospital, com 15 alunas matriculadas, as quais foram orientadas sobre sua função de ajudar o paciente a viver (COSTA et al., 2011). Passados mais de 150 anos do início desta trajetória, a enfermagem enquanto profissão busca aprimorar sua prática por meio da fundamentação científica e do resgate dos conceitos básicos do cuidado humano.

De acordo com Collière (1989), o cuidado é indispensável à manutenção da vida. Ao nascer, o bebê é totalmente dependente e necessita ser cuidado para garantir a sua sobrevivência. Ainda na infância e adolescência, a capacidade de autocuidado é aprendida, tornando-nos independentes. Na fase adulta, já apresentamos a capacidade de cuidar de outros, até que na velhice, voltamos a necessitar de cuidados.

Numa abordagem etimológica, Rossi (1991) afirma ser o cuidar originado do latim *cogitare*, que significa cogitar, imaginar, pensar, meditar, julgar, aplicar a atenção, o pensamento. Cuidar é relacionar-se e relacionar-se implica respeitar o semelhante com suas limitações, preocupar-se com ele, ocupar-se, envolver-se, responsabilizar-se, inquietar-se com

o problema do outro. Erdmann (1998) corrobora esta visão ao afirmar que o cuidado humano é polifuncional, polivalente e que tem por essência a relação pessoa-pessoa.

As expressões tomar conta, confortar, tocar, proteger, ser paciente, ficar perto, respeitar, fazer para/com o outro, são com frequência utilizadas pelo senso comum como sinônimo de cuidar (WALDOW, 2001). Hesbeen (2000) acrescenta que cuidar de uma pessoa requer atenção, afeição para ajudá-la e contribuir com o seu bem-estar.

Waldow (2001, p.55) afirma que o cuidado humano “[...] não pode ser prescrito, não segue receitas, é sentido, vivido, exercitado”. Ainda, escreve que “[...] o cuidado implica numa relação interpessoal irrepetível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista as peculiaridades do ser humano de ser único e potencialmente criativo” (ibidem, p. 111). Prosseguindo, a referida autora considera que o cuidado deve envolver respeito, compreensão, planejamento com o outro.

Segundo Leininger (1991), os comportamentos de cuidar e a forma como as pessoas os expressam está vinculado à cultura. No contexto hospitalar, os cuidados de enfermagem sofrem influência da cultura organizacional centrada no Modelo Biomédico. Predomina a realização mecânica de tarefas e procedimentos com uso acentuado da tecnologia. O corpo é visto como máquina e o foco da atenção está na doença e não na pessoa que está enferma.

Uma das principais limitações deste modelo de atenção à saúde é o fato de não oferecer respostas às questões subjetivas presentes na experiência de adoecimento. Muitos profissionais não se sentem motivados para lidar com essas questões. Os poucos que valorizam a subjetividade não foram preparados para tal e não sabem como incluí-la nos seus cuidados (BARROS, 2002).

Em geral, o corpo no hospital é visível por sua dimensão biológica. Conhecimentos da anatomia e fisiologia norteiam o exame minucioso de cada parte do corpo, em busca de sinais capazes de desvendar o que está produzindo sofrimento. Um arsenal de equipamentos (tomógrafos, endoscópios, aparelhos ultrassonográficos, dentre outros) é utilizado para rastrear o corpo enfermo a fim de oferecer informações mais detalhadas sobre a doença.

Sangue, fezes, urina, escarro, secreções de ferimentos: tudo é minuciosamente investigado. O paciente perde a sua identidade, o poder sobre o seu corpo e passa a ser codificado de acordo com a sua doença e o leito em que está internado. A higiene corporal, a alimentação, o repouso, as visitas seguem um horário rígido, orientado pelas normas institucionais e os interesses profissionais. O mundo do hospital desrespeita o direito à

privacidade, às relações sociais, à condição de sujeito. Fixa o corpo num espaço para ser cuidado e vigiado (AZEVEDO; RAMOS, 2006).

Em um estudo realizado no sul do Brasil, profissionais de saúde reconheceram na enfermeira atuante no contexto hospitalar, o papel de articuladora, cuidadora dos pacientes, gerente e líder da equipe. Embora se reconheça o papel relevante das enfermeiras, sua prática ainda permanece com pouca visibilidade e suas ações pouco inovadoras (BACKES et al., 2008).

Um dos aspectos que tem contribuído negativamente para a realização de cuidados no contexto hospitalar são as condições precárias do ambiente, a escassez de material, o número insuficiente e o despreparo dos profissionais. Para Waldow (2001), em tais circunstâncias “fica difícil, senão impossível, favorecer o cuidado” (p. 146). Por isso, não raro, observa-se omissão e negligência perpetrada nas instituições públicas hospitalares, contrapondo-se com a missão à qual esta se propõe de preservar e proteger a vida oferecendo cuidados de qualidade.

No desenvolvimento do processo de cuidar, a enfermagem fundamenta as suas ações e comportamentos em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico. Busca-se reconhecer as experiências prévias de adoecimento e hospitalização do ser cuidado, a fim de reduzir a ansiedade e obter maior interação nas ações realizadas.

Nesse sentido, Waldow, Lopes e Meyer (1995, p. 16) descrevem o cuidar/cuidado como um esforço em proteger, promover e preservar a humanidade ajudando pessoas a encontrar significado na doença, no sofrimento e na dor, bem como na existência. O cuidado não é pré-determinado, tampouco padronizado. O cuidado é personalizado, de acordo com as necessidades da pessoa num dado momento e com os recursos materiais, físicos e pessoais disponíveis.

De acordo com Collière (1989, p. 235-236):

Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Muito tem-se discutido na atualidade sobre as novas demandas de cuidados da enfermagem frente às grandes e desafiadoras preocupações mundiais: a violência, as doenças relacionadas à pobreza e à desigualdade social, o incremento das doenças crônicas e o envelhecimento populacional.

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso,

somente o uso do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008), pois assim como diz Bourdieu: “É-se sempre velho ou jovem para alguém” (BOURDIEU, 2003, p. 152).

A despeito das pessoas desejarem uma vida longa, geralmente, não se deseja ficar velho, pois se rejeita a ideia das transformações físicas e fisiológicas e as implicações destas no viver cotidiano. A imagem da velhice incomoda e promove uma supervalorização da juventude. Os velhos são incentivados a adotar a aparência e os hábitos dos adultos jovens, cujos atributos são representados pela beleza e o vigor físico (GALLO, 2007).

Na cultura oriental, desde a infância, as crianças observam e assimilam os conselhos proferidos pelos mais velhos, devendo-lhes gratidão, obediência, fidelidade e reverência pois aprendem que seus lábios proferem palavras sábias,. Esta educação pautada no amor e respeito para com os idosos predispõe a maior tolerância e solidariedade diante das limitações que surgem com o avançar da idade (SANTOS, 2001).

Já no ocidente, a velhice está associada a doenças e debilidade física. No Brasil, a população adulta faz uma avaliação desta fase da vida mais negativa que os próprios idosos. No imaginário social, os aspectos ruins da velhice são: a debilidade física e as enfermidades, a dependência física e a discriminação social, cuja percepção parece indicar que esta última tenha se agravado mais recentemente. As coisas boas da velhice estão relacionadas à experiência de vida, à sabedoria, ao tempo livre, à independência econômica, aos direitos sociais e à proteção familiar (VENTURINI; BOKANY, 2007).

Na sociedade brasileira, desde pequena, a criança associa a imagem da velhice, com as figuras e estórias retratadas nos livros infantis. A velhice normalmente é representada pelas imagens tradicionais da avó grisalha, gordinha e mansa, sentada numa cadeira de balanço, com os óculos colocados sobre o nariz, ou do avô bondoso, mas impaciente, de hábitos rígidos, afastado do mundo do trabalho, muitas vezes de pijama. A velhice atual é extremamente heterogênea, ela comporta esses e outros perfís, de velhos ativos e produtivos (TODARO, 2008).

Com o aumento da expectativa de vida, pessoas idosas e muito idosas têm sido clientes da enfermagem. O grande número de idosos nos serviços hospitalares reflete a ineficiência dos serviços de atenção primária e a inexistência, na maioria dos municípios brasileiros, de modalidades de cuidados alternativos de atenção à saúde da pessoa idosa. No

Brasil, a taxa de utilização da internação para idosos muito idosos é três vezes superior ao do grupo etário de 55-59 anos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Como membros da equipe interdisciplinar, os profissionais de enfermagem estão em contato ininterrupto com os idosos, constituindo-se como os responsáveis mais próximos pelos cuidados durante o internamento. O agir de enfermagem no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, envolve questões pessoais e profissionais. Enquanto membro de uma sociedade, a enfermeira recebe a influência dos valores culturais em relação à pessoa idosa, com reflexo em seu modo de cuidar (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005).

Muito embora seja tão frequente a presença de idosos nos serviços hospitalares, o trabalho de enfermagem tem sido realizado com pouca especificidade. Um dos motivos que justificam esta falta de capacitação é o fato de que a Enfermagem Gerontogeriátrica ainda é muito recente no Brasil. Nas décadas de 70 e 80 os trabalhos publicados na área eram muito escassos, ganhando maior representatividade a partir da década de 90. As ações de enfermagem nesta especialidade propõem manter o idoso em seu maior nível de funcionalidade possível, para que permaneça autônomo e independente no cuidado de si e na convivência comunitária, com o compromisso de preservar a dignidade, o conforto e o bem-estar até o momento da morte (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

São princípios do cuidado gerontológico: assistir o idoso e a sua família de modo integral, considerando o contexto onde está inserido, promover educação para a vida e favorecer a participação ativa do idoso e de sua família cuidadora. Como cidadão e portador de capacidade para desenvolver-se continuamente, a enfermagem deve promover o protagonismo do idoso.

Ouvir e respeitar as queixas, estar atento às pequenas alterações e agir preventivamente são ações requeridas pela enfermagem, tendo em vista que o processo saúde-doença no idoso apresenta as seguintes peculiaridades: problemas múltiplos de saúde, uso de vários medicamentos, deterioração rápida de condições agudas quando não prontamente tratadas devido à falta ou à limitação de mecanismos de adaptação, à apresentação frequentemente inespecífica e insidiosa de doenças, às reiteradas complicações secundárias a doenças e tratamentos, à maior predisposição à descompensação, aos fatores sociais e ambientais frequentemente envolvidos no desenvolvimento, à descompensação e recuperação de problemas de saúde (COELHO FILHO, 2000).

Uma das grandes preocupações em relação à atenção à saúde do idoso hospitalizado é o despreparo dos profissionais para desenvolver ações interdisciplinares, com fundamentação científica, capazes de reduzir o período de internamento, promover a melhoria ou manutenção



da Capacidade Funcional e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do idoso. Além do despreparo dos profissionais, a maioria dos hospitais brasileiros é desprovida de serviços geriátricos. Como resultado, pouca atenção é destinada aos problemas peculiares resultantes da hospitalização do idoso tanto no aspecto biológico, quanto psicossocial.

A falta de capacitação específica em gerontogeriatrics é um problema vivenciado não apenas no sistema de saúde brasileiro. Em Portugal, a formação dos enfermeiros para o cuidado de idosos é de baixa incidência curricular. A falta de tempo foi também referida como um entrave para a qualidade da assistência. O número de profissionais é insuficiente para atender, de modo efetivo, o grande número de idosos hospitalizados, dependentes, e em uso de vários medicamentos (CARVALHAIS; SOUSA, 2011).

Resultado semelhante encontrou Cardoso (2000) num estudo etnográfico sobre a prática de cuidados gerontológicos no contexto hospitalar. A autora definiu como uma contradição cultural o fato de profissionais de enfermagem reconhecer que “os idosos precisam de carinho e atenção” e ao mesmo tempo afirmarem que “não têm tempo para dedicar aos idosos”.

Sendo assim, o impacto do envelhecimento no sistema hospitalar requer atenção por parte dos gestores para a capacitação de profissionais especializados no atendimento às pessoas pertencentes a este segmento etário e a implementação de novos modelos assistenciais que integrem os diversos níveis de atenção à saúde da pessoa idosa.

Países desenvolvidos tiveram um crescimento gradual da população idosa, associado à melhoria das condições socioeconômicas, o que favoreceu o desenvolvimento de modelos assistenciais capazes de promover segurança durante o internamento, prevenir o declínio funcional e atender adequadamente as necessidades de saúde deste grupo em foco. Nota-se que, desde a década de oitenta, enfermeiros de países norte-americanos e europeus desenvolvem e divulgam conhecimento geriátrico, e cujas intervenções têm mostrado melhoria no bem-estar de pessoas idosas. Um exemplo de tentativa de melhorar a assistência geriátrica durante a hospitalização é o *Nurses Improving Care for Healthsystem Elders* (NICHE) iniciado em 1992 e que atualmente evoluiu para um programa de enfermagem geriátrica. A missão do NICHE é estimular uma mudança na cultura das instituições de saúde para alcançar um cuidado centrado no idoso, com foco nos protocolos de intervenções de enfermagem que têm um impacto substancial e positivo no atendimento ao paciente (TAVARES; SILVA, 2011).

Os modelos de cuidados de enfermagem do NICHE que demonstram melhores resultados são o *Geriatric Resource Nurse* (GRN) e o *The Acute Care for the Elderly Model*

(ACE). O primeiro destes modelos destina-se a ampliar o grau de conhecimento em enfermagem geriátrica integrando atividades de ensino e prática clínica, enquanto que o segundo destina-se ao desenvolvimento de uma unidade especializada, com adaptação ambiental, cuidado de enfermagem especializado e parceria interdisciplinar para evitar, retardar ou lidar com o declínio funcional de idosos hospitalizados (TAVARES; SILVA, 2011).

Órgãos e entidades públicas na área de educação têm se esforçado para melhorar o atendimento às pessoas idosas no Brasil. Inseriram a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores, conforme estabelecido na Política Nacional do Idoso sancionada por meio da Lei 8.842 (BRASIL, 1994). Outra iniciativa que demonstra compromisso com a saúde das pessoas idosas, por meio do aperfeiçoamento e treinamento de profissionais, foi a da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) em criar o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DEGER) cujo Regimento Interno foi aprovado em fevereiro de 2010, mas devido ao curto período de funcionamento, o reflexo de suas atividades ainda não foi capaz de impactar a realidade vigente (ABEN, 2010).

Dando continuidade às discussões sobre a formação dos enfermeiros para cuidar de idosos, Moniz (2008) ressalta que para os profissionais investigados que fazem parte desta categoria a formação não é estanque, e, sim, processual, ampliada ao longo da vida, no cotidiano de trabalho. Ainda segundo este autor, pode-se considerar a experiência como formadora quando promove reorganização, reconstrução e modificação de práticas.

De acordo com os enfermeiros portugueses que participaram do estudo de Moniz (2008), eles aprenderam a gostar de idosos ainda na infância, na convivência com os avôs e outros familiares, nas práticas de campo com experiências positivas durante a graduação e porque aprendiam muito com as experiências de vida dos idosos. Os enfermeiros aprendem com os idosos, principalmente, a encarar a vida e a morte com serenidade; a ser tratados de acordo com a idade que se tem, e não como crianças; a ter que realizar os cuidados calmamente, sem pressa, dando-lhes oportunidade de participar, conversar e contar suas recordações. Outros modos que foram descritos como importantes para a formação do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa foi o partilhar experiências entre os iguais e participar em eventos, congressos e jornadas.

As alterações fisiológicas que se processam com o envelhecimento contribuem para o desenvolvimento de complicações durante o internamento, nem sempre relacionadas com o motivo da hospitalização. Os problemas mais comumente identificados são a perda da capacidade funcional em até 35% dos idosos internados para tratamento agudo, restrição ao

leito com perda de massa óssea e muscular, incontinência urinária em 40-50% dos indivíduos hospitalizados, instabilidade postural e quedas, três vezes maior que em idosos da comunidade, *delirium*, integridade da pele prejudicada, desnutrição, polifarmácia e reações adversas a fármacos (SALES et al., 2010).

Independentemente da idade, a hospitalização provoca medo, ansiedade, estranhamento do ambiente, das pessoas, dos horários e dos rituais de cuidado. Assim, as intervenções de enfermagem devem também prevenir e minimizar o *stress* emocional do idoso. Indagar sobre as experiências prévias de hospitalização é sempre um bom início, pois muitos temores advêm do que é desconhecido, ou da recorrência de situações negativas. A permanência e o apoio do familiar e do acompanhante são fundamentais para deixá-lo mais tranquilo e seguro.

As normas que orientam o cuidado ao idoso no contexto hospitalar seguem as etapas do processo de enfermagem, respeitando os princípios anteriormente destacados. Na fase de avaliação, a interação positiva com o idoso e sua família são fundamentais para que se prossiga a aplicação dos protocolos de avaliação multidimensional, com a participação interdisciplinar, no intuito de ampliar as chances de atendimento às necessidades reais da pessoa idosa.

Uma vez identificadas tais necessidades, cumpre promover/manter hábitos de vida saudáveis, compensar os déficits e incapacidades, promover conforto e apoio e facilitar o acesso a tratamento e cuidados nos níveis de promoção, manutenção, reabilitação e cura (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

A assistência hospitalar é requerida em circunstâncias de sofrimento físico e psíquico da pessoa idosa. Portanto, o encontro entre o idoso e o profissional de enfermagem acontece em meio a um processo de fragilização em curso, requerendo medidas efetivas e rapidamente instauradas para evitar o declínio funcional.

Sobre este aspecto, Carretta, Bettinelli e Erdmann (2011) argumentam que o cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar pode contribuir significativamente para a construção da autonomia e participação das pessoas idosas na tomada de decisão sobre suas necessidades de atenção ou cuidado à sua saúde.

No entanto, ao avaliar a independência funcional de idosos hospitalizados em unidades de clínica médica, Kawasaki e Diogo (2005) concluíram que houve declínio funcional em 78,6% dos idosos, nas tarefas de autocuidado, de controle da urina, de transferência, locomoção e de resolução de problemas, cuja recuperação foi obtida com o retorno ao

domicílio. As autoras atribuíram esta ocorrência às deficiências estruturais da instituição e às atitudes de zelo extremado da equipe de saúde.

Outro agravante, é que o foco da avaliação e dos cuidados ao idoso hospitalizado está em resolver o seu problema imediato, atribuindo menor importância ao risco de declínio funcional e às complicações outras relacionadas à hospitalização, como as quedas, o delírio, as infecções, as iatrogenias, as úlceras por pressão, dentre outras. Medidas como a aplicação de avaliação multidimensional, a participação da equipe interdisciplinar e do familiar, a implementação de um plano individualizado de atendimento e o incentivo à atividade são recursos que podem prevenir o declínio funcional durante a hospitalização. A unidade centrada no paciente idoso também tem sido utilizada como modelo em condições agudas (KLEINPELL; FLETCHER; JENNINGS, sd).

O debate sobre o cuidado à pessoa idosa perpassa não apenas por uma questão funcional, mas por uma dimensão ética. Valores como respeito e responsabilidade são orientadores do cuidado a idosos segundo enfermeiros de um Hospital de Feira de Santana – Bahia. Para eles, respeitar é garantir a privacidade, informar o paciente e a família e não discriminar em virtude da idade. O cuidado ao idoso de modo seguro e responsável é também um dever da Enfermagem. Todavia, os profissionais reconhecem que no cotidiano surgem problemas éticos relacionados à negligência de alguns membros da equipe, à estrutura física inadequada que favorece a violação dos direitos dos idosos e sua dignidade e a conflitos com a família do idoso nas relações de cuidados (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

A existência de uma relação ambígua de prazer e sofrimento no cuidado a idosos hospitalizados foi retratada pelas trabalhadoras de enfermagem de um hospital público do Rio Grande do Sul, Brasil. Considerando que o cuidado é relacional, a equipe de enfermagem referiu encontrar prazer nas histórias de vida dos idosos, quando estes interagem positivamente e têm seu estado de saúde melhorado. A gratidão e o afeto manifestados diante dos cuidados oferecidos também foram destacados como fontes de satisfação. Contudo, a convivência com o abandono de idosos por familiares, seu sofrimento, o descaso de alguns trabalhadores de saúde e a proximidade da morte aflige a equipe de enfermagem (TAVARES et al., 2010).

Lidar com o envelhecimento e a proximidade da morte produz estresse físico e psicológico. Ter consciência da finitude do outro e de si próprio não é algo confortável. Em nossa cultura não fomos socializados para falar abertamente sobre a morte e encará-la como um processo natural. Profissionais de saúde, quase sempre, têm uma sensação de fracasso quando alguém que está sob seus cuidados falece.

Assim, entre os profissionais de enfermagem cuidar de idosos tem sido uma prática geradora de estresse, cuja natureza é multifatorial. Envolve questões referentes à própria condição de saúde física e emocional do idoso (pluripatologias, dependência funcional e carência afetiva), da dinâmica do serviço (cuidados exigem mais tempo), da ocorrência frequente de morte e escassez de melhora, do baixo status social atribuído ao serviço e da formação insuficiente para compreender suas necessidades (HIGGINS et al., 2007).

Sobre as reações e sentimentos despertados em técnicos de enfermagem diante da morte do idoso hospitalizado, Benincá, Fernandez e Grumann (2005) comentam que, a despeito de ser uma realidade bastante presente no cotidiano hospitalar, esta constitui uma das situações mais difíceis de enfrentar, principalmente nos casos em que se estabelece um vínculo afetivo ou se o prognóstico era bom e ocorre alguma mudança no curso da doença. Como estratégia de enfrentamento para a rotina da convivência com a morte, os técnicos referiram o apoio da religião, a dedicação a outros pacientes que ainda estão vivos ou chorar em local reservado para extravasar a tristeza.

Nas práticas de cuidados cotidianas, a interação com os idosos hospitalizados requer mais tempo. Foi o que concluíram as profissionais de enfermagem do Rio Grande do Sul, Brasil: os idosos requerem mais tempo para o cuidado porque gostam de conversar e necessitam de atenção. Por isso, defendem a ideia de que além de conhecimento específico, é necessário ter vocação, vontade e gostar de cuidar de pessoas idosas (LEITE; GONÇALVES, 2009).

Resultados de pesquisa na qual se investigou as experiências de enfermeiros portugueses no cuidado a idosos mostraram que os profissionais se sentem indignados e impotentes frente ao abuso, à solidão ou proximidade da morte de idosos e que o estado de dependência do idoso promove reflexão na prática profissional e sentimento de compaixão. Para os pesquisadores, o enfrentamento destas situações específicas e complexas requer melhorias na formação dos enfermeiros (SOUSA; RIBEIRO, 2013).

Em 1969, Butler, criou o termo *ageism* para descrever o processo de discriminação baseado na idade cronológica, cuja consequência é a construção social de uma imagem negativa das pessoas idosas. São observados preconceitos que rotulam a homogeneidade da velhice como sinônimo de lentidão, incapacidade, doença e chatice.

De acordo com Palmore (2001), o ageismo pode ser visto como a terceira forma mais frequente de discriminação, perdendo apenas para o racismo e o sexismo. Para o referido autor, qualquer pessoa pode sofrer o ageismo, para tal necessita apenas envelhecer.

Acrescenta que o problema desse tipo de preconceito é que se manifesta de modo inconsciente e não intenciona causar prejuízo à pessoa idosa.

Neri e Jorge (2006), ao descreverem e compararem atitudes e conhecimentos sobre velhice em 277 alunos de graduação em Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, observaram atitudes positivas, principalmente nos mais jovens, nas mulheres e nos que convivem com idosos. As autoras advertem que falsos ou escassos conhecimentos gerontológicos dão origem a falsas avaliações sobre a velhice, tornando-se necessário maior investimento no conhecimento científico sobre a velhice.

Há evidências de ocorrência de discriminação de idosos também nos serviços de saúde. Nestas instituições, sob o ponto de vista econômico, os idosos são vistos como uma carga que ameaça a sustentabilidade financeira do sistema pelo elevado custo de seus cuidados, e cujo “retorno social é questionável”. No aspecto assistencial, são considerados dependentes e lentos, atrasando o andamento do serviço. Estereótipos de inutilidade e incompetência contribuem para uma crença equivocada de que já cumpriram sua missão, portanto não é preciso viver mais.

Observa-se também o preconceito em relação à dor referida pelo idoso, pois se acredita que esta é uma queixa própria da velhice. A desqualificação gerontogeriátrica e o preconceito comprometem a qualidade da assistência ao idoso hospitalizado que sofre uma experiência dolorosa.

De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), enfermeiras especializadas no cuidado de idosos, a dor é frequente neste grupo populacional em virtude de distúrbios crônicos, artrites, osteoporose, por isso, para muitos, está associada à chegada da velhice. A crença de que idosos perdem a percepção dolorosa impede que os profissionais atuem prontamente quando se queixam. As consequências da dor para o idoso são múltiplas: limita a mobilidade, causa medo, ansiedade, impede a conservação da integridade, provoca estresse, favorece o isolamento social, dentre outras (CELICH; GÁLON, 2009).

Marques (2005) ao estudar as atitudes dos enfermeiros face aos idosos, escreveu que estes profissionais são confrontados com o declínio físico e psicológico, com a dependência, a doença e a morte que, inevitavelmente, eles próprios terão um dia de experimentar.

Os idosos internados de 75 anos e mais valorizam comportamentos dos enfermeiros que garantem a execução de técnicas sem causar desconforto, num contexto de amabilidade, carinho, disponibilidade e preocupação. Paralelamente, os idosos consideram negativos os comportamentos dos enfermeiros associados à execução de técnicas causando dor e/ou desconforto, principalmente se desenvolvidos num contexto de agressividade e

indisponibilidade. Nestas condições, os idosos hospitalizados tendem a sentir-se tristes e a desacreditar da melhoria do seu estado de saúde (CARVALHAIS; SOUSA, 2007).

Desse modo, os profissionais de enfermagem necessitam compreender suas próprias concepções sobre o envelhecimento e as possíveis ressonâncias na prática de cuidados. Tais concepções devem ser confrontadas com os fundamentos científicos, pois não se admite negligência ou omissão de cuidados embasadas no *ageism*.

Simkins (2007) destacou em revisão de literatura sobre a influência do ageismo nos cuidados de saúde e práticas de enfermagem que este modo sutil de discriminação afeta desigualmente os idosos com câncer. Ponderou que 60% de todos os cânceres ocorrem em idosos e que se faz necessário proporcionar acesso a cuidados de alta qualidade para todos os pacientes, pois os mais velhos se encontram em desvantagem.

Uma Pesquisa brasileira investigou em idosos participantes de grupos de convivência de Porto Alegre e Rio Grande a frequência com que eles sofriam discriminação nos âmbitos pessoal ou institucional. Os autores concluíram ser este um fenômeno transcultural, de diversos tipos, os quais ocorrem com maior frequência nos contextos sociais e de saúde (COUTO et al., 2009). De modo semelhante Goldani (2010) afirma que as áreas em que mais se explorou o ageismo no Brasil, foram as de cuidados em saúde e no local de trabalho.

No cenário português, Soares (2014) estudou o comportamento de diferentes profissionais de saúde que trabalhavam na atenção primária, concernente ao seu relacionamento com pessoas idosas. Identificou que entre eles é mais comum a discriminação positiva do idoso, do tipo elogiar afirmando que a sua boa aparência não condiz com a sua idade cronológica. No entanto, ressaltou que tal comportamento não é menos importante porque tem potencial de veicular atitudes paternalistas.

Diante de todas as questões aqui expostas, observa-se que o cuidado de enfermagem gerontogeriatrico é complexo e sofre influência do contexto social, político, histórico, econômico e cultural em que se desenvolve. Ainda estamos situados em uma instância muito incipiente na efetivação do cuidado integral e holístico à pessoa idosa hospitalizada. É preciso avançar na melhoria da qualidade da assistência desde a formação profissional e garantir oportunidades de acesso ao aprimoramento por meio de cursos de pós-graduação.





### **3 SUBSÍDIOS DA ANTROPOLOGIA PARA COMPREENDER OS MODOS DE CUIDAR EM ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS**

A observação, desde a Antiguidade, de que os povos se comportam de modo diferenciado, tem sido objeto de inquietação e investigação pelos estudiosos. Heródoto, o historiador grego (484-424 a.C.), pesquisou o sistema social dos lícios e identificou que eles tomam o nome da mãe, ao contrário das outras nações do mundo. Numa atitude etnocêntrica, o historiador utilizou como referência os costumes de sua sociedade para julgar os lícios como “diferentes de todas as outras nações do mundo” (LARAIA, 2001).

Os vários anos de observação do homem pelo homem e sua sociedade resultaram no final do século XVIII na fundação da ciência do homem – a antropologia. Na segunda metade do século XIX, a antropologia se ocupou em estudar o comportamento das sociedades “primitivas”, assim designadas por ser inexploradas e estar situada fora da abrangência do continente Europeu e da América do Norte.

Influenciada pelo paradigma positivista, esta disciplina defendia a separação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Porém, com o passar dos anos, as áreas longínquas foram se tornando mais próximas devido à evolução dos meios de transportes. As diferenças culturais foram se estreitando e os pesquisadores começaram a questionar a possibilidade de findar o ofício de antropólogo com a extinção das sociedades ditas primitivas e inexploradas. No início do século XX, já era possível observar a elaboração de métodos próprios de pesquisa na antropologia que definiu ser o seu enfoque: “o estudo do homem inteiro (em suas múltiplas dimensões); o estudo do homem em todas as sociedades, sob todas as latitudes em todos os seus estados e em todas as épocas” (LAPLANTINE, 2003, p. 9).

A antropologia possui vários campos de estudo que estão relacionadas entre si: a antropologia física ou biológica que estuda a evolução da espécie humana, a antropologia pré-histórica ou arqueológica que estuda o homem através dos vestígios encontrados nos ambientes onde viveram; a antropologia linguística que investiga o modo como as pessoas se expressam e suas técnicas de comunicação; e a antropologia social e cultural (etnologia) que pesquisa as sociedades contemporâneas e seus sistemas culturais, descrevendo e explicando semelhanças e diferenças.

A cultura constitui o eixo da Antropologia. Muito tem-se discutido sobre um conceito apropriado de cultura, mas o que se observa é uma transformação deste à medida que esta disciplina foi se constituindo. O antropólogo americano Clifford Geertz (1926-2006), fundador da Antropologia Interpretativa. AI (uma das áreas da Antropologia Cultural),

demonstrou insatisfação diante do conceito de cultura vigente na época de seus estudos. Nesse tempo, predominava o conceito defendido pelo antropólogo britânico Edward Burnett Tylor que identificava a cultura como: "este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade" (LARAIA, 2001, p.25).

Para Geertz, este era um conceito que mais confundia que esclarecia. De igual modo, não lhe agradou a atitude do antropólogo americano Clyde Kluckhohn em harmonizar as diferentes correntes de pensamento expondo num único ensaio onze conceitos de cultura (GEERTZ, 2008, p.3-4). Por isso, enveredou pelo caminho de reduzir o conceito de cultura a uma dimensão justa, que assegurasse a sua importância, e elaborou um método novo de análise das informações obtidas das sociedades que estudava.

Desse modo, Geertz optou por desenvolver sua própria linha de pensamento sobre cultura, essencialmente com base semiótica. À semelhança de Max Weber, acreditava ser o homem "um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu" (GEERTZ, 2008, p.4), assumindo a cultura como sendo essas teias e sua análise. Estava ansioso por encontrar uma interpretação provisória sobre a realidade social, e não em busca de leis de funcionamento das sociedades. Para ele, quando nascemos, somos aptos a receber um programa o qual se denomina cultura. Assim, poderíamos viver mil vidas, mas terminamos no fim tendo vivido uma só!

Após seu PhD em Antropologia Social, Geertz dedicou-se a estudos no Marrocos e na Indonésia, nos quais, por meio de pesquisa empírica, buscou aproximar-se das pessoas residentes para compreender a sua vida social. Os resultados destes trabalhos foram condensados no livro "A interpretação das Culturas", publicado pela primeira vez em 1973, considerado por ele como um tratado de teoria cultural, desenvolvido através de uma série de análises concretas (GEERTZ, 2008).

As ideias de Geertz foram divulgadas na Universidade de Chicago, na segunda metade do século XX, quando passou a ser reconhecido como o fundador da Antropologia Interpretativa, Simbólica ou Hermenêutica. Ele partia do pressuposto de que a teoria científica se move principalmente por analogias. O seu rompimento com as ideias positivistas para a análise de objetos das Ciências Sociais colaborou para a associação da vida social com metáforas como textos, jogos e dramas, contrapondo-se à ideia de sociedade como máquina ou organismo (JAIME JÚNIOR, 2002).

Neste mesmo raciocínio, o antropólogo americano Leslie White (2009) declara que homem e cultura são inseparáveis e o homem é o único animal que demonstra capacidade de

originar, definir, atribuir e compreender significados, os quais não podem ser percebidos com os sentidos. Exemplificou a sua opinião descrevendo que é impossível perceber a diferença entre uma água benta e uma água comum, apenas com o olfato, visão ou paladar. Mas, ao mesmo tempo, é inegável que as duas são diferentes. Explicou que o que as tornam diferentes é o significado atribuído e sua importância. Desse modo, definiu que a base da cultura é o símbolo. Segundo White (2009) um símbolo é constituído de um significado e uma estrutura física (um objeto, um ato, uma cor ou um som).

Retomando as concepções de Geertz, para compreender a ciência é necessário ver o que os cientistas fazem. No caso da antropologia social, os cientistas fazem etnografia, para qual é necessário um esforço intelectual, corpo a corpo, a fim de elaborar uma “descrição densa”. Essa expressão foi cunhada inicialmente por Gilbert Ryle, ao exemplificar as múltiplas interpretações que uma piscadela de olho pode apresentar.

No campo da enfermagem, a etnografia oportuniza a valorização dos cuidados e da subjetividade dos seres humanos, a análise das condições em que se produzem os cuidados e o ponto de vista das pessoas envolvidas no processo de cuidar (CHIBANTE; ESPÍRITO SANTO, 2014).

Destaca-se na etnografia o papel da observação e do registro do comportamento, pois, de acordo com Geertz (2008, p.12), “é através do fluxo do comportamento – ou, mais precisamente, da ação social – que as formas culturais encontram articulação”. Na análise etnográfica não se propõe apenas a decifrar códigos, mas determinar a sua base social e sua importância, pois o significado se dá sempre em contexto.

A etnografia ocupa-se em descrever os povos ou um grupo social e sua cultura. Trata-se de uma especialidade da Antropologia, a ciência do homem em sua totalidade e da cultura. Preocupa-se no que emana das relações humanas em um determinado contexto, o que é feito, como é feito e que significado(s) é (são) atribuído(s) ao que é feito. A sua utilização é apropriada para fornecer componentes estruturais ao estudo dos significados, padrões e experiências de um grupo definido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Pressupõe-se que ao pesquisador adentrar o contexto sociocultural das pessoas é possível conhecer e interpretar os seus valores, crenças e visões de mundo a partir da interação obtida entre os discursos e os comportamentos observados.

A etnografia foi inicialmente empregada por antropólogos para o estudo de civilizações consideradas exóticas valendo-se do estudo de objetos manufaturados, desconsiderando o comportamento e as relações humanas. Do século XIX aos nossos dias, a

etnografia passou por momentos distintos que contribuíram para a sua evolução, cujas características são descritas a seguir (SOUSA; BARROSO, 2008).

O primeiro momento caracterizou-se por um trabalho etnográfico sem cunho antropológico, constituído por distanciamento entre o pesquisador e o campo de pesquisa, investigação da cultura de pessoas residentes em áreas longínquas, isoladas, utilização de questionários aplicados por missionários e viajantes para a coleta de dados. No segundo momento (1915 e 1920), Bronislaw Malinowski introduz o trabalho de campo em uma tribo indígena, convive com os informantes e coleta os dados que são necessários estabelecendo uma relação de empatia e respeito para com os sujeitos.

O terceiro momento (1930-1935): Lloyd Warner estuda microssociedades urbanas, considerando a cidade como um laboratório natural com o apoio do Departamento de Sociologia da Escola de Chicago. No quarto momento (1950) aos nossos dias, a etnografia pode ser realizada em qualquer lugar, com tendência para as classes consideradas como marginalizadas. Espera-se que os resultados da aplicação deste método não fiquem restritos às prateleiras de bibliotecas, mas sejam comprometidos com o diagnóstico e resolução de problemas reais (BAZTÁN, 1995).

Um de seus princípios fundamentais reside na convivência prolongada com os “nativos”, tomando parte em sua vida cotidiana por meio de uma relação respeitosa e empática. Embora não haja um consenso sobre o tempo de permanência do pesquisador em campo, exige-se que este seja suficiente para que possa deixar de ser visto com estranheza e familiarizar-se com os costumes e crenças do grupo estudado. Não se admite julgamento dos comportamentos, nem tampouco críticas. Mas, observação, descrição e análise de uma dada realidade, considerando o contexto em que acontecem, com o objetivo de revelar a experiência humana concreta e seus significados.

Este tipo de pesquisa requer um preparo físico, intelectual e emocional, necessários para entrada, permanência prolongada e saída do campo. Sua condução e sucesso dependem da sensibilidade, capacidade de observação, escuta e competência interpessoal do pesquisador.

É preciso estabelecer uma relação de confiança mútua entre o pesquisador e os investigados. O grupo pesquisado tem que estar convencido de que o estudo é importante e permanecer motivado a colaborar e aceitar a presença constante do pesquisador. Sendo assim, o trabalho etnográfico torna-se imprevisível uma vez que não se conhece as consequências das relações estabelecidas e são infinitas as possibilidades de resultados desta interação. Além

disso, considerando o livre arbítrio e os aspectos éticos da pesquisa, ao pesquisado assiste o direito de desistir, se assim o desejar.

A desistência também é uma possibilidade que cerca o pesquisador. A participação no cotidiano dos nativos pode requerer do pesquisador enfrentamento de situações para as quais não está preparado ou não tem afinidade. Em seu texto clássico: “A favor da etnografia”, Peirano (1992) comenta que tais ocorrências sugerem haver um impacto psíquico, a tal ponto de produzir desconforto insuportável e abandono do campo, gerando um estigma entre o pesquisador e seus pares.

Por todas as questões expostas, vê-se no trabalho etnográfico seu caráter único, singular. Embora se desconheça a existência de um treinamento prévio que garanta o sucesso total durante o seu desenvolvimento, a observação de seus princípios confere uma maior credibilidade ao produto final.

No capítulo introdutório de *Argonautas do Pacífico Oriental*, Malinowski a partir de sua primeira experiência com a observação participante nas ilhas Trobriand, faz as seguintes recomendações para a realização da pesquisa etnográfica: descrever detalhadamente os métodos utilizados na coleta do material etnográfico e as condições em que as observações foram feitas; distinguir as observações dos sujeitos das inferências do pesquisador; demonstrar familiaridade com os fatos que descreve; estabelecer diálogo inicial por meio de assuntos que não tragam constrangimento; esvaziar-se de opiniões distorcidas e preconceituosas; conviver estreitamente com os nativos e recolher dados de múltiplas fontes sobre os comportamentos reais, a visão de mundo e o sentido da vida para as pessoas pertencentes à comunidade em estudo (MALINOWSKI, 1976).

Prosseguiu afirmando que é necessário participar, acompanhar, ouvir e conversar com os sujeitos em suas atividades cotidianas até estar familiarizado com seus costumes e crenças; consultar e analisar documentos sobre a comunidade em estudo; e, por fim, observar a maneira em que as suas ações são praticadas, bem como as ideias, os impulsos e sentimentos moldados e condicionados pela cultura (MALINOWSKI, 1976). Todo este esforço é necessário para atingir o ponto crucial do trabalho etnográfico: que o pesquisador seja capaz de compreender o ponto de vista do nativo. Desse modo, o pesquisador se torna um fiel intérprete das pessoas de uma sociedade estudada (NAKAMURA, 2009).

Em estudos de cunho antropológico o pesquisador deve ter clareza de que o significado pode manifestar-se sob diferentes perspectivas, pois o fenômeno é observado sob lentes distintas: a sua e a do nativo. Por mais prolongado que seja o tempo de permanência no campo e o grau de interação com os sujeitos, o pesquisador não atingirá a façanha de ser “um

deles”, “como eles”, mais terá vivido uma intensa experiência “com eles”, permitindo-o com muita sensibilidade compreender a sua visão de mundo e sua lógica para direcionar as suas ações enquanto membro de uma comunidade.

Referindo-se a estas possibilidades de duas abordagens na análise de um mesmo objeto, o linguista Kenneth Pike introduziu os termos: *etic* e *emic*, para identificar a perspectiva do pesquisador/observador e do ator/sujeito, respectivamente. Sobre este aspecto Angrosino (2009, p. 91) declara: “[...] devemos estar conscientes de que as coisas que podem parecer significativas para nós como pessoas de fora, *outsiders*, podem ser ou não igualmente significativas para as pessoas que vivem na comunidade estudada e vice-versa”.

Assim, concordamos com Baztán (1995, p.85) ao afirmar que “Si el observador exterior no está em la ‘mentalidad’ del nativo, no podrá entender el significado de la cultura”.

Este movimento pendular (vai e vem) do exercício em coletar, interpretar e analisar o objeto com base nos registros “de dentro e de fora” não é tarefa simples. O gigantesco volume de informações oriundas de uma etnografia provém de múltiplas fontes: observação participante, notas ou diário de campo, entrevistas, história oral, documentos, dentre outras. O pesquisador toma nota do que é possível captar pelos órgãos dos sentidos, mas se traduz num verdadeiro desafio registrar, selecionar o que é mais representativo e organizar todo este volume de informações em forma de texto. Deve-se estar vigilante em relação à linguagem, pois é preciso “fazer ver com palavras e [...] relatar de maneira mais minuciosa a especificidade das situações” (LAPLANTINE, 2004, p. 10).

Em se tratando da importância da observação para a captação de informações, nota-se que desde a construção da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale utilizou, notadamente, esta capacidade para organizar, medir, contar, comparar, concluir e recomendar ações. A partir de suas notas pessoais, elaborou um relatório sobre a reforma dos hospitais (ICN, 2010). Como um dos instrumentos básicos para o cuidar, a observação tem a função de obter informações para julgar uma situação e tomar decisões.

Nesse sentido, Peirano (2014) destaca que não existe antropologia sem pesquisa empírica. A autora adverte que o método etnográfico não se restringe a observar, fazer uma série de registros e descrevê-los como uma curiosidade ou fato jornalístico. Uma boa etnografia deve ser capaz de gerar uma contribuição teórica.

A descrição etnográfica caracteriza-se por ser interpretativa e microscópica. Considerando a cultura como um texto que os atores sociais leem para interpretar o curso dos acontecimentos sociais, compete ao antropólogo aprender a viver com o nativo e interpretar de segunda ou terceira mão a vida social numa dada localidade, pois, somente o “nativo” é

capaz de interpretar a sua cultura de primeira mão (GEERTZ, 2008, p.11). Por meio da observação direta e impregnação lenta e contínua, o etnógrafo deve ser capaz de vivenciar a cultura que estuda (LAPLANTINE, 2003).

Na atualidade, objetos de pesquisa no campo da saúde têm sido estudados sob a abordagem antropológica. A antropologia médica, um ramo da antropologia social e cultural, tem proposto estudar como as pessoas explicam seus problemas de saúde, como elas tratam estes problemas e a quem recorrem para solucioná-los. Emerge também a gerontologia transcultural que estuda o envelhecer e as atitudes sociais diante deste fenômeno, nas diversas culturas (HELMAN, 2003).

A construção da relação entre a Antropologia e a Enfermagem foi descrita por Melo (2013). Após a II Guerra Mundial, enfermeiras americanas que serviram nos campos de batalha deram ênfase às diferenças culturais nos grupos étnicos e ensinaram sobre esta questão nos cursos de Enfermagem. Somente em 1965, a primeira enfermeira no mundo concluiu o seu doutorado em Antropologia. A doutora Madeleine Leininger desenvolveu a Teoria Transcultural considerando as bases teóricas do conhecimento sobre cuidado e saúde.

Este mesmo autor prossegue sua análise descrevendo que herdamos da enfermagem britânica o interesse em desenvolver pesquisas fundamentadas na antropologia social para compreender o papel do enfermeiro na comunidade e no hospital (MELO, 2013). Na Espanha, a Antropologia dos Cuidados estuda as práticas desenvolvidas tanto pelos setores formal, quanto informal, subdividida em três especialidades: Enfermagem Transcultural, que investiga de modo sistemático e intercultural as diferenças culturais e sua influência na forma de praticar e sentir o cuidado; Antropologia Clínica, que estuda o contexto de práticas profissionais; e Antropologia Educativa dos Cuidados, relacionada a educação em saúde (MELO, 2013).

Na atualidade, enfermeiras têm utilizado este método para explicar fenômenos presentes em seu contexto de vida social e profissional. Alguns desses exemplos são os trabalhos pioneiros de Gualda (1993), Zago (1994), Rossi (1997), Menezes (1999), Boehs (2001), Lenardt (2001), Vieira (2001) e Monticelli (2003), que resultaram em inúmeros artigos publicados em periódicos, favorecendo uma maior aproximação das enfermeiras com o método, estimulando-as a utilizá-lo em seus estudos e aplicar seus resultados na prática cotidiana.

É válido destacar que a implantação de Programas de Pós-Graduação no Brasil impulsionou a realização de estudos nesta área, haja vista que não ao acaso sete das oito pesquisas citadas acima foram resultantes de teses defendidas na região Sul e Sudeste e

apenas uma na região Nordeste. Outro aspecto observado foi que a maioria das pesquisadoras adotou o ambiente hospitalar como campo de coleta, em virtude dos fenômenos investigados e da possibilidade de que os resultados promovessem reflexão e mudança de atitude visualizando cuidados mais congruentes com a cultura do cliente e sua família.

Neste estudo, a lente de observação voltou-se para as profissionais de enfermagem, atuantes na instituição hospitalar, cuja prática profissional está legal, social, política e historicamente modelada. O desenvolvimento dos cuidados perpassa ainda por interação profissional-usuário e pelas relações estabelecidas considerando aspectos como gênero, idade, raça e outras, determinando modos específicos de agir em cada uma destas situações.

Mais recentemente, nota-se que enfermeiras têm buscado na antropologia a compreensão dos problemas que emergem em seu cotidiano, nos diferentes contextos de trabalho. Amparadas na AI de Geertz, estudam desde a cultura das organizações hospitalares (VAGHETTI; PADILHA; MAIA, 2006; VAGHETTI; PADILHA, 2009), ao exercício da gerência de enfermagem (PROCHNOW; LEITE; TREVIZAN, 2006; PROCHNOW et al., 2007).

Vaghetti, Padilha e Maia (2006) perceberam ao longo de sua vida profissional que trabalhadores do serviço hospitalar justificavam problemas do cotidiano como o atraso na chegada, o uso irregular do uniforme, a limpeza deficiente do ambiente, com a cultura compartilhada nas instituições. Estava sendo creditada à cultura um poder que ela não tinha, pois assim a descreveu Lynd citado por White (2009, p.66): “A cultura não trabalha, move, muda ou transforma, mas é trabalhada, movida, mudada ou transformada. São as pessoas que fazem coisas”. As autoras tomaram o pensamento de Geertz para avançar na compreensão da complexidade da organização hospitalar. Por meio do estudo etnográfico tornou-se possível desvelar para outros uma realidade familiar aos seus nativos.

A enfermagem enquanto profissão ocupa-se do cuidado humano nas diversas etapas do ciclo vital e em diferentes ambientes de cuidado, desde o domicílio à comunidade, passando pelos serviços de atenção primária, até os de maior complexidade, como os hospitais. O processo de envelhecimento humano requer dos profissionais de enfermagem uma maior reflexão sobre o envelhecer e as práticas de cuidados que estão sendo desenvolvidas e as que se desejam para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Para Collière (1989), o processo de cuidados requer um encontro entre seres vivos em que cada um detém elementos aos quais recorre para construir os cuidados. A autora identificou três elementos que participam na construção dos cuidados: os conhecimentos, a



tecnologia, as crenças e os valores. Na visão desta enfermeira, os cuidados de enfermagem devem ter uma abordagem antropobiológica. Mesmo no contexto hospitalar onde se observa nos pacientes uma postura de submissão em relação ao conhecimento dos profissionais, é preciso resgatar uma abordagem global, situando a pessoa em seu contexto de vida.

Dando continuidade à abordagem desejável da enfermagem diante do paciente, Collière (1989) explica a relevância de compreender os fios que tecem o novelo da vida, e alerta as enfermeiras que: “ocupar-se apenas da doença pode fazer calar as forças de vida” (p. 297). Recomenda que o cuidado prestado não deixe morrer o que dinamiza a pessoa atingida pela doença, para tanto, a enfermeira necessita aproximar-se da pessoa cuidada e conhecer o seu contexto.

Na Antropologia, mais especificamente no método etnográfico, o contato próximo e obrigatório constitui uma vantagem para “encontrar” as pessoas, em seu ambiente natural. É um método privilegiado para compreender o que o outro considera importante e como estrutura tudo o mais que está a sua volta (COLLIÈRE, 2003).

As trabalhadoras de enfermagem de instituições hospitalares entram em contato diariamente com um número significativo de pessoas idosas ansiosas por aliviar seu sofrimento (físico e/ou psicoemocional) e retornar para o convívio familiar e comunitário. Muitos idosos tentam transmitir o que para eles é significativo, mas as trabalhadoras de enfermagem alegam que não têm tempo para ouvi-los e interrompem sua conversa para realizar uma avaliação sistemática sobre a doença e seus sintomas.

Dada a complexidade dos serviços hospitalares, as atividades desenvolvidas são, em sua maioria, normativas e pautadas no modelo biomédico. Muitas ações desempenhadas seguem uma rotina rígida de horários com base em normas e rotinas da unidade. Todavia, não se pode desconsiderar que os profissionais de enfermagem que assumem os cuidados aos idosos vivem em uma sociedade e por isso compartilham crenças, valores e comportamentos em relação aos velhos, que muito provavelmente influenciam a sua prática profissional.

Collière (2003) adverte que de modo recorrente a pessoa cuidada é feita objeto quando não consideramos os laços de significação simbólica que marcam a sua existência, como a pertença sexual e a idade. De acordo com a autora: “estes dois aspectos permanecem implícitos nas situações de cuidados [...] e são banalizados (p.150).

Em geral, a informação sobre o sexo do paciente é apenas utilizada para admiti-lo em uma clínica masculina ou feminina, e a idade, para verificar o seu direito a acompanhante. No entanto, trata-se de “marcas culturais” as quais permitem compreender em que pessoa e em que tempo a doença se inscreve e suas repercussões em pessoas de diferentes grupos etários e

sexo (COLLIÈRE, 2003). Assim, equivale dizer que a vivência do câncer para uma mulher idosa é diferente para um homem adulto com o mesmo problema.

Ao tratar da relevância do sexo e da idade como marcas culturais, Langdon e Wilk (2010) esclarecem que estas variáveis regem a mobilidade social da pessoa, sua posição hierárquica na estrutura social, técnicas corporais e padrões estéticos adotados, papéis sociais desempenhados, dentre outras inserções construídas na interação social cotidiana.

De igual modo, na abordagem antropológica, o ambiente que cerca a pessoa é de grande relevância tanto do ponto de vista físico, quanto social. Para tomar posse de todas essas informações, do que é necessário compreender para cuidar de alguém, é preciso “investir tempo”. Mas, ao contrário do que se observa no modelo biomédico vigente, a interação e coleta de dados socioculturais são consideradas “gastar tempo”. Muitos profissionais nem ao menos conseguem se aproximar efetivamente do usuário, pois a sua linguagem constitui uma barreira.

No ambiente hospitalar, o cuidado de enfermagem a idosos se constitui em executar uma série de atividades rotineiras, nas quais muitas vezes o profissional de enfermagem passa despercebido das questões culturais que influenciam e orientam sua prática de cuidados. Há uma carência de estudos, principalmente no contexto brasileiro, que apresentem a realidade concreta destes cuidados, na visão da equipe de enfermagem. O referencial da Antropologia Interpretativa de Geertz e o método etnográfico oferecem condições propícias para a análise deste objeto, pois pretende-se a partir da interpretação da prática cotidiana da enfermagem no cuidado a idosos compreender a cultura destes profissionais neste âmbito.

No conceito de cultura proposto por Geertz, defende-se a ideia desta como um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas, por meio dos quais os homens se comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida. A cultura, portanto, ordena o comportamento humano.

Ao propor um estudo etnográfico dos cuidados de enfermagem prestados a idosos hospitalizados, pretende-se interpretar esta realidade dinâmica e analisá-la. Seus resultados poderão auxiliar na compreensão dos modos de cuidar, como estes se estruturam, as relações estabelecidas no cuidado e nas condições deste ambiente. No entanto, o resultado desta leitura deve considerar que “a análise cultural é intrinsecamente incompleta e, o que é o pior, quanto mais profunda, menos completa” Geertz (2008, p. 20). Além disso, este saber produzido será sempre e inevitavelmente local, inseparável de seus instrumentos e seus invólucros (GEERTZ, 1997).

Para ter acesso à cultura de cuidados de enfermagem prestados a idosos hospitalizados, o conhecimento biomédico é totalmente insuficiente, sendo necessário para tanto, acrescentar a estes outros conhecimentos para descobrir o que dá sentido às práticas de enfermagem nesse contexto.

A Antropologia ajuda a esclarecer, por exemplo, a valorização da higiene nos cuidados de enfermagem, a partir da reconstituição da história da higiene dos corpos, retratada pelo historiador Georges Vigarello (1996) e pela influência das concepções higienistas, da teoria microbiana e dos miasmas.

Auxilia na explicação dos conflitos existentes entre os acompanhantes de idosos hospitalizados e os profissionais de saúde, a partir do conhecimento dos setores de assistência à saúde (formal, popular e informal), proposto por Kleinman. Este autor observou que nos encontros terapêuticos, “cada setor tem suas próprias formas de explicar e de tratar a falta de saúde, definindo quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especificando o modo como devem interagir” (HELMAN, 2003, p.72). Ao compartilhar o cuidado de um mesmo paciente em um mesmo espaço, pode haver diferenças relacionadas à visão de mundo e às concepções sobre os cuidados propostos.

Toma-se, como outro exemplo, o auxílio da Antropologia para compreender as situações de cuidados de enfermagem relacionados à nutrição do idoso. Comer se constitui em um ato social, carregado de símbolos, os quais ajudam a esclarecer a recusa da dieta pelo idoso hospitalizado e as alterações de hábitos quando se come no hospital, ou ainda, o que simboliza o jejum prescrito (COLLIÈRE, 2003; HELMAN, 2003; CORBEAU, 2005).

Na análise dos cuidados de enfermagem na eliminação da pessoa idosa, os referenciais da Antropologia do Corpo ajudam a esclarecer o porquê das profissionais e dos pacientes se sentirem incomodados diante da exposição de partes íntimas e compreender as estratégias utilizadas para enfrentar o constrangimento mútuo. O corpo é visto como uma construção simbólica e não uma realidade em si (LE BRETON, 2002a, 2002b).

Compreende-se o papel fundamental dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar, inseridos em uma equipe multidisciplinar com o objetivo comum de promover a vida da pessoa idosa por meio de práticas promocionais, preventivas e reabilitadoras. Assim, como categoria profissional e como pessoas influenciadas e produtoras de cultura, é importante que reflitam o significado atribuído ao cuidado de idosos e os modos como manifestam este cuidado.

Ao se deter nestas questões certamente serão evocadas práticas simbólicas que remetem à maneira como os profissionais foram socializados ainda na infância e à forma

como interação com o idoso, às condições de trabalho, aos valores e às crenças compartilhadas, às normas e rotinas da instituição, entre outras questões que se entrelaçam para constituir um padrão adotado de cuidado ao idoso hospitalizado.

Diante do exposto, é possível observar a adequação do referencial da Antropologia e da Etnografia para estudar a cultura de cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados. Ambas contribuem para a produção do conhecimento para além das fronteiras do campo biológico, interligando saberes e desenvolvendo a capacidade de escutar e entender a complexidade da prática de enfermagem a partir do ponto de vista desses profissionais enquanto atores sociais.

## 4 O CAMINHO PARA O ENCONTRO COM AS PARTICIPANTES E A COMPREENSÃO DOS MODOS DE CUIDAR DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

### 4.1 A PESQUISA QUALITATIVA

Dada a natureza do estudo e os objetivos os quais se pretende alcançar, foi adotada a abordagem qualitativa para analisar os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas por profissionais de enfermagem de uma unidade de cuidados clínicos. Minayo (2004, p.22) descreve a pesquisa qualitativa como a que “[...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

O enfoque do estudo foi a cultura dos cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados no contexto do Sistema Único de Saúde, bem como, valores, significados e atitudes destas profissionais, sem, contudo, desprezar as condições estruturais e políticas condicionantes. Em virtude das características do objeto investigado, este estudo pode ser classificado no grupo de pesquisas da Antropologia da Enfermagem (HOLDEN; LITTLEWOOD, 1991), pois articula características socioculturais da profissão com suas práticas e seus rituais de cuidados.

Pesquisas com esta abordagem levam em conta a realidade concreta, o seu dinamismo e, neste caso, em específico, auxilia na compreensão da inter-relação entre os elementos determinantes do cuidado. O estar próximo à equipe de enfermagem em seu *lócus* de cuidados favorece a compreensão do que para este grupo é importante em seu cotidiano. considerando o ambiente institucional, suas experiências, bem como os valores e crenças construídos sobre o envelhecimento e a maneira de relacionar-se com pessoas idosas.

Portanto, foi partilhada a contestação das ideias positivistas de afastamento do objeto, neutralidade e imparcialidade em relação ao objeto de estudo. Perseverou a ideia de que para conhecer uma sociedade, um grupo, ou parte e dimensões dela, é necessário um contato prolongado, uma observação mais aprofundada.

Apoiada nestas considerações, convivi durante doze meses com os membros da equipe de enfermagem da Clínica Médica de um Hospital Público Geral no nordeste do Brasil, mais especificamente em Jequié, sudoeste da Bahia, pois como bem assinalam Silva, Mendes e Nakamura (2012, p.34), “[...] é preciso saber dos homens, por eles mesmos, no momento e nas condições em que se encontram”.

Nesta Unidade hospitalar é marcante o número de pessoas idosas enfermas que necessitam de cuidados especiais, como monitoramento contínuo do seu estado de saúde, exames diagnósticos, medicamentos e avaliação com profissionais especializados.

Neste período, desenvolvi um intenso relacionamento não só com as profissionais, mas também com as pessoas idosas hospitalizadas e seus acompanhantes. Pude ouvir os relatos de angústia dos idosos e de suas famílias sobre a peregrinação desde seus lares até os serviços de saúde em busca de atendimento e, ainda, compartilhar do sofrimento dos profissionais diante das condições dos idosos admitidos na unidade e das inúmeras demandas de cuidados em face de um cotidiano cruel de escassez de recursos humanos e materiais.

Imersa nesta complexa realidade, dediquei-me a observar a dinâmica de cuidados às pessoas idosas hospitalizadas, conversar e entrevistar profissionais de enfermagem com o intuito de compreender, em seu aspecto simbólico, o cuidado instituído. A partir do desenvolvimento desta relação intersubjetiva, foi possível aproximar-me do mundo das participantes e elaborar uma “interpretação de segunda mão” (GEERTZ, 2008, p.11) sobre como prestam cuidados aos idosos em situação de adoecimento e internamento.

## 4.2 O CAMPO DA PESQUISA

De morros circundada, um sol ardente,  
 Rio das contas, um lençol de prata,  
 Cantando endechas pelo sol poente  
 E às noites de luar em serenata  
 Datas idas, um moço inconfidente  
 Fincou na terra brava, em plena mata  
 Um marco que redoura o teu presente  
 Sob um facho de luz que se desata

### **Refrão:**

Jequié cidade sol, cidade sol é Jequié (Bis)  
 A heráldica do teu fidalgo porte  
 Força em teu povo a sagração viril  
 Que em empolga as caminhadas do teu norte  
 Que o teu futuro envolva em glórias mil  
 Para que invejando a tua sorte me abisme  
 Nas grandezas do Brasil

(Hino de Jequié, Bahia. Letra: Wilson Novais. Música: Maestro Alcyvando Luz)

O campo de pesquisa se refere ao local onde o estudo foi desenvolvido, ou seja, onde o fenômeno foi observado e investigado. Neste caso, uma Enfermaria de cuidados Clínicos de

um Hospital Geral público de referência, localizado em Jequié, município do estado da Bahia, distante 365 km da capital, Salvador, onde o sol é predominante e a temperatura pode alcançar os 48°C.

O nome da cidade tem origem no “jequi”, objeto afunilado utilizado pelos índios mongóis para pescar. Registros históricos sobre a origem da cidade de Jequié relatam que o município se desenvolveu a partir da Fazenda Borda da Mata de propriedade do mineiro José de Sá Bittencourt. Ainda jovem, foi estudar em Coimbra e retornou para o Brasil como bacharel em ciências naturais. Pela sua capacidade empreendedora foi instituído Inspetor de Minas de salitre em Montes Altos e recebeu a incumbência de realizar estudos em mineralogia (IBGE, 2012).

Durante a sua administração, fundou uma fábrica de salitre e abriu uma estrada para escoar a produção, ligando Monte Alto ao litoral baiano, em Camamu. Nesta ocasião conheceu e se interessou pelo território rico em algodão, matas inexploradas e maniçoba. Em parceria com o irmão, comprou parte dessas terras e recebeu outra parte como sesmaria<sup>1</sup>. Quando José de Sá Bittencourt faleceu, as terras da fazenda foram divididas entre os herdeiros e aquelas localizadas à margem do Rio das Contas foram denominadas Fazenda Jequié. Algum tempo depois, as terras foram vendidas e loteadas e estradas foram abertas impulsionando o desenvolvimento do povoado (FERREIRA, 1958; IBGE, 2012).

Em 1880 foi criado o distrito de Jequié e em 1897, fundado o município. Desde então sofreu sucessivas reformulações administrativas e atualmente é composto dos seguintes distritos: Jequié (sede), Baixão, Boaçu, Itaibó, Itajuru e Oriente Novo.

O crescimento da cidade se deu a partir do comércio que utilizava o volumoso Rio de Contas como via de transporte. Uma movimentada feira atraía comerciantes (principalmente imigrantes italianos), mascates, tropeiros, canoieiros que transportavam hortifrutigranjeiros. As mercadorias eram revendidas na feira localizada na atual Praça Luís Viana. Uma terrível enchente ocorrida em 1914 destruiu grande parte do comércio da cidade que a partir de então começou a se desenvolver nas áreas mais altas. Esta catástrofe natural rendeu a Jequié o título de “Chicago Baiana”, pois essa cidade norte-americana foi destruída por fogo em 1871 e teve também de ser reconstruída (IBGE, 2012).

---

<sup>1</sup>A Sesmaria era um sistema de distribuição de terras inicialmente adotado por Portugal e, posteriormente, adaptado para o território brasileiro até julho de 1822, às vésperas da Independência. Caracterizava-se pela transferência do estado para particulares da responsabilidade pela produção agrícola. No entanto, o estatuto jurídico vinculava o direito de posse ao início da produção, conforme prazos pré-estabelecidos, caso contrário este poderia ser perdido.

Jequié possui clima semi-árido, área territorial de 3.227,343km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 47,07 hab/km<sup>2</sup>, população total de 151.895 habitantes, sendo que 91,8% reside na área urbana e apenas 8,2% na rural. Dos jequieenses, 73.612 (48,5%) são homens e 78.283 (51,5%) mulheres (IBGE, 2011). Em 2014, a população estimada foi de 161.150 habitantes (IBGE, 2014). A Tabela a seguir apresenta dados da população residente de acordo com o último Censo realizado em 2010.

**Tabela 1** - População residente por grupo etário e sexo, Jequié, Bahia, 2010.

<b>Grupo Etário</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
Menor de 1 ano	1.071	1.010	2.081
1 a 9 anos	10.878	10.424	21.302
10 a 19 anos	13.832	13.476	27.308
20 a 29 anos	13.758	14.637	28.395
30 a 39 anos	11.323	12.082	23.405
40 a 49 anos	8.803	9.447	18.250
50 a 59 anos	6.500	7.324	13.824
60 a 69 anos	3.721	4.810	8.531
70 a 79 anos	2.402	3.067	5.469
80 anos e mais	1.324	2.006	3.330
<b>Total</b>	<b>73.612</b>	<b>78.283</b>	<b>151.895</b>

Fonte: IBGE (2011), dados do Censo 2010.

Ao observar a tabela 1, pode constatar-se que a população masculina é predominante até os 19 anos de idade. Somente a partir dos 20 anos, a população do sexo feminino supera a masculina, muito provavelmente pela maior exposição e morte dos homens por fatores externos e de sua migração para outros estados e cidades em busca de emprego.

A população idosa total do município é de 17.330 pessoas (11,4%). As mulheres predominam em todo o grupo etário idoso, confirmando a feminização da velhice e exigindo um olhar específico para as suas necessidades biopsicossociais (IBGE, 2011).

**Tabela 2** - População idosa residente por grupo etário e sexo, Jequié, Bahia, 2010.

<b>Grupo etário idoso</b>	<b>Homens idosos</b>	<b>Mulheres idosas</b>	<b>Total</b>
60 a 69 anos	3.721	4.810	8.531 (49,2%)
70 a 79 anos	2.402	3.067	5.469 (31,5%)
80 a 89 anos	1.035	1.523	2.558 (14,8%)
90 a 99 anos	262	427	689 (4%)
100 anos e mais	27	56	83 (0,5%)
<b>Total</b>	<b>7.447</b>	<b>9.883</b>	<b>17.330 (100%)</b>

Fonte: IBGE (2011), dados do Censo 2010.



Diante desta realidade demográfica, a UESB tem desenvolvido ações destinadas às pessoas idosas. A primeira dessas iniciativas foi a criação do projeto Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) em 1996 em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), gerando um leque abrangente de atividades intra e extramuros.

A partir da organização e mobilização da comunidade, as atividades extrapolaram os muros da Universidade, até , em novembro de 2001, foi criada a Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade – AAGRUTI, contando com 26 Grupos de Convivência, aproximadamente 1.300 participantes. Em 2003, a Associação foi reconhecida como Organização de Utilidade Pública Municipal, Lei 969 de 06/06/2003 e de Utilidade Pública Estadual, pela Lei 8.733 de 07/09/2003(SANTANA, 2010).

Embora os idosos estejam mobilizados, não ocorreu ainda implantação do Conselho Municipal do Idoso em Jequié, mas houve avanços como a realização de Conferências de Saúde voltadas para este estrato social.

A participação da UESB na área do envelhecimento ocorre por meio de ações relacionadas ao ensino, à pós-graduação, pesquisa e extensão. No ensino, além do conteúdo teórico específicos dos cursos de enfermagem, educação física, fisioterapia, odontologia e medicina, os discentes realizam práticas de campo nos diversos contextos de cuidado em domicílio, ILPI, hospital e clínica-escola. A Universidade contribuiu também com a formação de 03 turmas de profissionais de saúde especialistas em Gerontologia, qualificando pessoas para o cuidado de idosos da comunidade jequiense e de municípios circunvizinhos. Outra grande conquista foi a implantação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde no ano de 2009 com produção de conhecimento científico na área.

Registra-se também a existência, nesta instituição, de grupos de pesquisa com participação em estudos locais, interinstitucionais e multicêntricos que contribuem para a produção de conhecimento científico na área gerontogerátrica e divulgação dos mesmos em artigos e eventos nacionais e internacionais, além de constituir-se em subsídios para o planejamento de Políticas Públicas para a pessoa idosa no município.

As atividades de extensão voltadas para o envelhecimento são tradicionais na cidade. A comunidade, os profissionais de saúde e educação e os idosos encontram apoio para atualização, motivação e mobilização das questões concernentes à cidadania, segurança e saúde.

Aos 117 anos de emancipação, o desenvolvimento econômico da cidade está consolidado na pecuária e agricultura, na exploração de minerais, na distribuição de

derivados do petróleo e nas empresas do setor industrial e de comércio. De acordo com dados do IBGE, em 2010, o Produto Interno Bruto de Jequié era de 1.843.137 mil reais ocupando o 16º lugar dentre as cidades mais ricas do Estado. A renda *per capita* do município, era de R\$ 473,92, ficando inferior à média do Estado de R\$ 481,18.

Quanto à educação, Jequié conta com 86 estabelecimentos destinados ao ensino de Pré-escolares, 144 estabelecimentos de ensino Fundamental e 18 de Ensino Médio. Seu índice de Desenvolvimento Humano é de 0,665, inferior à média do Estado da Bahia que é de 0,666 e da média nacional, 0,727. Em relação aos 5.565 municípios do Brasil, o IDH do município de Jequié está na 2.776ª posição e dos 417 municípios baianos ocupa a 33ª posição.

Nos últimos anos, a cidade também tem-se destacado como pólo de formação e aperfeiçoamento profissional por meio de cursos de graduação e pós-graduação oferecidos pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e demais faculdades particulares (FIEF, FAPEC, FIJ, FAJ, FTC, UNOPAR, entre outras). Na área de saúde são oferecidos os cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Psicologia e Medicina.

No que tange a oferta de serviços de saúde, o município possui no total 117 estabelecimentos de saúde, 52 públicos e 65 privados. Em 2009 existiam 27 equipes de Saúde da Família com cobertura de 57,4% da população. Jequié dispõe também de um Hospital público Geral, um hospital privado e quatro clínicas conveniadas ao SUS. No total estão disponíveis 576 leitos para internação, dos quais 175 em estabelecimento público e 354 em estabelecimentos de saúde privado/SUS (IBGE, 2010).

No tocante a exames diagnósticos, possui RX de 100 a 500mA, RX para densitometria óssea, eletroencefalógrafo, eletrocardiógrafo, mamógrafo, ultrassom com doppler colorido, tomógrafo e ressonância magnética. Muitos desses equipamentos foram adquiridos em decorrência do aumento de casos de alta complexidade para tratamento na região, e a aquisição contribuiu também para a redução do custo e desgaste com o deslocamento de pacientes para a capital. Além disso, a implantação da UTI no maior Hospital Geral Público da cidade de Jequié acelerou este processo de aquisição de equipamentos devido a necessidade de melhorar a precisão e rapidez dos diagnósticos.

A tabela 03 resume a morbidade hospitalar por sexo, no ano 2012, semelhante ao encontrado no cenário brasileiro amplo: o predomínio de adoecimento e morte por problemas circulatórios, digestórios, respiratórios e endócrinos.

**Tabela 3** - Morbidade hospitalar por sexo no município de Jequié, Bahia, 2012

<b>Causas</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total de Óbitos</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	11	11	22
Neoplasias	18	19	37
Distúrbios hematológicos e imunológicos	08	08	16
Distúrbios endócrinos, nutritivos e metabólicos	22	23	45
Transtornos mentais e comportamentais	02	Não informado	02
Doenças do sistema nervoso	04	08	12
Doenças dos olhos e anexos	Não informado	Não informado	Não informado
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	Não informado	Não informado	Não informado
Doenças do aparelho circulatório	82	90	172
Doenças do aparelho respiratório	79	42	81
Doenças do aparelho digestório	45	40	85
Doenças da pele e tecido subcutâneo	03	01	04
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo	Não informado	Não informado	Não informado
Doenças do aparelho geniturinário	08	10	18
Doenças do período perinatal	10	05	15
Lesões, envenenamento, causas externas	25	09	34
Gravidez, parto, puerpério	00	04	04
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	01	Não informado	01
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	04	03	07
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>273</b>	<b>555</b>

Fonte: IBGE, 2012.

#### 4.3 HOSPITAL GERAL PÚBLICO: O CENÁRIO DA PESQUISA

A escolha do Hospital Geral como cenário etnográfico se deve ao fato de constituir-se no município como o único de exclusivo atendimento público e de servir como referência para os 26 municípios da microrregião de Jequié. São eles: Aiquara, Amargosa, Apuarema, Brejões, Cravolândia, Irajuba, Iramaia, Itagi, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Jiquiriçá, Lafaiete Coutinho, Laje, Lajedo do Tabocal, Maracás, Marcionílio Souza, Milagres,

Mutuípe, Nova Itarana, Planaltino, Santa Inês, São Miguel das Matas e Ubaíra. As precárias condições de saúde dos idosos demandam internamento e os cuidados destes, por vezes, tornam-se complexos em razão do grau de dependência que apresentam e do desenvolvimento de complicações advindas da cronicidade e do internamento prolongado.

O *site* oficial do hospital informa que o nome recebido pela instituição é uma homenagem a um ilustre médico baiano, nascido em Salvador e graduado em Medicina na UFBA em 1941. Fez curso de pós-graduação em Patologia na *Harvard University* e de Biologia no *Massachusetts Institute of Technology*, ambos em Boston, Massachusetts, EUA.

Retornou ao Brasil em 1956, tornou-se docente, por concurso, de Anatomia Patológica na UFBA. Em 1962 foi indicado para o ensino de História da Arte, manifestava vocação para estudos de natureza social e para análise das manifestações artísticas. Faleceu no Rio de Janeiro, em 1983. O nobre médico é considerado um grande crítico de arte no Brasil. Dentre as suas inúmeras obras, destacam-se: *Arte e Sociedade nos Cemitérios Brasileiros*; *Nordeste Histórico e Monumental*; *Aspectos da Arte Religiosa no Brasil - Bahia, Pernambuco e Paraíba*; *Rio Barroco*; *Rio Neoclássico*; *Artesanato Brasileiro*; *Riscadores de Milagres* e *The Impact of African Culture on Brazil*.

Em terreno doado por ricos imigrantes italianos residentes na cidade, no ano de 1947, o Hospital Público, cenário desse estudo, foi inaugurado. Na atualidade se constitui em um dos principais serviços de referência regional do interior do Estado da Bahia, internando nas especialidades de Neurologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria e Terapia Intensiva, além do Programa de Internação Domiciliar e Ambulatório de Urologia (Tabela 4). Desenvolve ações na área de assistência, pesquisa e ensino servindo de campo de estágio e pesquisa científica para estudantes de cursos de saúde de instituições de nível superior, pública e privada e de Escola Técnica de Enfermagem. Constantemente oferece atualizações de temas relevantes para a prática dos profissionais de saúde por cursos e eventos.

**Tabela 4** – Leitos disponíveis por especialidade, no Hospital Público investigado, município de Jequié, Bahia, 2013.

<b>Especialidades</b>	<b>Número de leitos/SUS</b>
<b>Cirúrgica</b>	
Cirurgia Geral	24
Ortopedia traumatologia	16
Neurocirurgia	03
<i>Total de leitos cirúrgicos</i>	<i>43</i>
<b>Clínica</b>	
Clínica Geral	69
Neurologia	13
Neonatologia	03
<i>Total de leitos clínicos</i>	<i>85</i>
<b>Complementar</b>	
UTI Adulto – Tipo II	10
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	03
<i>Total de leitos complementares</i>	<i>13</i>
<b>Pediátrico</b>	
Pediatria Clínica	18
<i>Total de leitos pediátricos</i>	<i>18</i>
<b>Outras especialidades</b>	
Psiquiatria	17
<i>Total de leitos de outras especialidades</i>	<i>17</i>
<b>Total Geral de leitos incluindo complementares</b>	<b>176</b>

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet)/Secretaria de Atenção à Saúde, DATASUS, 2013.

A instituição hospitalar pesquisada foi construída no centro e no alto da cidade, de onde é possível ter uma vista privilegiada. As ruas que dão acesso ao hospital são asfaltadas e em suas proximidades existem vários consultórios médicos e clínicas de exame diagnóstico. A corrente de ar e o sol são intensos sobre o prédio verde e branco que se estende pelo térreo e primeiro andar. A entrada de veículos é controlada na guarita, restringindo o estacionamento para funcionários e demais pessoas credenciadas, como, por exemplo, professores que acompanham práticas de campo e estágio. Da guarita até o hospital propriamente dito, um jardim com flores e árvores da região alegre e traz frescor ao ambiente. No módulo anexo, à direita do jardim, funciona a Unidade de Coleta e Transfusão e estão em obras já avançadas a construção de uma moderna unidade de emergência com mais de 3.000m<sup>2</sup> e capacidade para 63 leitos. No módulo anexo, à esquerda, encontra-se o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Práticas na Saúde (NEPP-Saúde), construído em parceria com a UESB cujas ações incluem a formação de alunos e a educação permanente de profissionais do hospital.

Ambulâncias chegam pela rampa e as pessoas também têm a opção de subir pela escadaria. Algumas, já ofegantes pelo esforço da subida se acomodam nos bancos

disponibilizados ou sentam na mureta de uma extensa varanda onde se abrem as portas do ambulatório, do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e de Internação Domiciliar (ID). O acesso interno é organizado pela recepcionista. No *hall* de entrada encontram-se dois caixas eletrônicos que servem à comunidade e aos funcionários e um balcão para informações e controle do fluxo de entrada de pessoas. Funcionários e estudantes têm acesso livre com o uso de crachá e vestuário apropriado. No entanto, as visitas são restritas, duas por paciente, e acontecem diariamente das 14:30h às 16:30h.

No espaço térreo anterior funcionam a UTI, a unidade de cuidados intermediários, a Clínica Neurológica, a cozinha, o refeitório, o setor administrativo, e a unidade de emergência em espaço improvisado onde atuava a antiga maternidade que foi desativada e transferida para a Santa Casa Hospital São Judas Tadeu. Na parte térrea posterior, em módulos anexos, funcionam a farmácia, a lavanderia, o auditório, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o setor de faturamento, a pediatria, a psiquiatria, uma capela e o necrotério. O primeiro andar abriga as unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica e o Centro Cirúrgico. Atuam no hospital um pouco mais de quinhentos profissionais da área de saúde: médicos das diversas especialidades, enfermeiros, técnicos (de enfermagem, de laboratório, patologia e radiologia), fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos e pessoal de apoio (lavanderia, auxiliar de escritório, telefonista, motorista, assistente administrativo, higienização, auxiliar de nutrição, recepcionista, entre outros). Desde 2007, a direção geral da instituição encontra-se sob a responsabilidade de enfermeiros.

Ao longo dos anos, o Hospital Público, cenário da pesquisa, foi expandindo a sua área e os serviços ofertados, em virtude do crescimento e desenvolvimento da cidade e região. Alguns serviços são reconhecidos por sua excelência, como, por exemplo, a pediatria que em 2012 recebeu o Prêmio Boas Práticas do Governo da Bahia pelo Programa Humanizar da Admissão à Alta Hospitalar. No entanto, a demanda, que ainda é maior que a oferta de serviços, e a precariedade da atenção primária superlotam a emergência com problemas que poderiam ser resolvidos em outra instância. Supõe-se, diante desta constatação, que o atendimento resolutivo e de qualidade só será viável quando houver estruturação da Rede de Saúde em seus vários níveis de Atenção.

A equipe de Enfermagem preza por um atendimento de qualidade ao paciente, respeitando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade e tem por missão desenvolver líderes capazes de servir de elo entre as pessoas e a instituição, objetivando prepará-los para conduzir o serviço com maestria, mesmo em situações adversas.

A Enfermaria de cuidados clínicos ou Clínica Médica (CM), local escolhido para a realização do trabalho etnográfico, está localizada no segundo piso e subdivide-se em Clínica Médica Masculina (CMM) com 16 leitos e Clínica Médica Feminina (CMF) com 14 leitos. Destina-se ao tratamento de pessoas com idade superior a 12 anos que se encontram em estado crítico e semicrítico, nas diversas circunstâncias de adoecimento, exceto cirúrgicos, obstétricos, ginecológicos ou hemodinamicamente instáveis.

No período de coleta de dados, 32 pessoas da equipe de enfermagem, distribuídas nos três turnos, eram responsáveis pelas atividades de cuidados na clínica.

#### 4.4 AS PARTICIPANTES

Foram participantes do estudo as profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem) do Hospital Público Geral, que atuavam na Clínica Médica por um período mínimo de seis meses, no cuidado direto a pessoas idosas.

Como relatado anteriormente, a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Clínicos é formada por 32 mulheres: uma enfermeira coordenadora, nove enfermeiras assistenciais, vinte e duas técnicas de enfermagem, destas últimas, quatorze alocadas para o serviço diurno e oito para o noturno. Após convite pessoal e carta-convite (Apêndice A), deste grupo, aceitaram participar do estudo 21 profissionais: seis enfermeiras e quinze técnicas de enfermagem. Estas foram acompanhadas durante 12 meses em suas práticas de cuidado e concederam entrevistas formais e informais.

O Quadro I apresenta as principais características das profissionais de enfermagem participantes do estudo identificadas a partir de informações sociodemográficas e relativas à sua formação e prática profissional (Apêndice E).

O grupo de participantes foi predominantemente formado por profissionais em Idade Adulta Jovem (86%). A participante mais jovem tinha 25 anos e a mais velha, 42 anos. De acordo com Mosquera (1987) a fase adulta do desenvolvimento humano está subdividida em três etapas: a idade adulta jovem inicial, com idade aproximada entre 20 e 25 anos, a idade adulta jovem plena, que abarcando dos 25 a 35 anos, e, a idade adulta jovem final, compreendendo dos 35 aos 40 anos de idade. De acordo com o referido autor, as pessoas em Idade Adulta Jovem, em geral, possuem características como: vitalidade, impulsividade, desejo de demonstrar competência e disponibilidade. Nesta fase, espera-se alcançar os

objetivos pessoais referentes à definição profissional, inserção no mercado de trabalho, independência financeira e constituição da família.

**Quadro 1** - Características das profissionais de enfermagem, participantes da pesquisa, atuantes na clínica médica de um hospital público do município de Jequié, Bahia, 2013.

CARACTERÍSTICAS	ENFERMEIRAS (n=6)	TÉCNICAS DE ENFERMAGEM (n=15)	TOTAL (n=21)
<b>GRUPO ETÁRIO</b>			
25-29 anos	3	4	7
30-34 anos	1	4	5
35-39 anos	1	5	6
40-44 anos	1	2	3
<b>RAÇA/COR</b>			
Branca	1	1	2
Preta	0	4	4
Parda	5	10	15
<b>FILHOS</b>			
Sim	2	6	8
Não	4	9	13
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	5	8	13
Evangélica	1	6	7
Sem religião	0	1	1
<b>RENDA</b>			
De 1 a 3 salários mínimos	1	15	16
De 4 a 7 salários mínimos	5	0	5
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>			
1 a 3 anos	1	4	5
4 a 6 anos	1	4	5
7 a 9 anos	2	3	5
10 anos e mais	2	4	6
<b>TEMPO QUE TRABALHA NA CLÍNICA MÉDICA</b>			
6 meses a 1 ano	1	6	7
1 a 3 anos	4	5	9
4 a 6 anos	1	4	5
<b>CONTEÚDO GERONTOGERIATRIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>			
Sim	5	11	16
Não	1	4	5
<b>AUTOAVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO GERONTOGERIÁTRICO</b>			
Insatisfatório	1	3	4
Regular	2	5	7
Satisfatório	3	4	7
Não soube avaliar	0	3	3
<b>CONTATO FREQUENTE COM IDOSOS FORA DO AMBIENTE DE TRABALHO</b>			
Sim	5	9	14
Não	1	6	7

Fonte: Dados da Pesquisa.



Cerca de 48% das profissionais que participaram deste estudo, estavam vivenciando os primeiros seis anos de exercício profissional da enfermagem. De acordo com Patrícia Benner (1982), na aquisição e no desenvolvimento de habilidades para a prática clínica, a enfermeira passa por cinco estágios: iniciante, iniciante avançada, competente, proficiente e especialista. Nesta trajetória, a enfermeira modifica o seu comportamento prático, inicialmente direcionado por regras para um estágio mais avançado caracterizado por uma prática intuitiva, holística, menos imparcial e mais ativa diante de situações cotidianas. A experiência acumulada da enfermeira contribui para transformar conhecimentos abstratos em vivências concretas nas quais estão agregadas a complexidade humana e o funcionamento das instituições de saúde.

Quanto à raça, as participantes se autodeclararam de cor parda, caracterizando não apenas a miscigenação brasileira, mas também a invisibilidade da mulher negra na profissão de enfermagem em virtude de questões históricas e sociais (GONÇALVES, 2012).

A maioria das profissionais (62,0%) referiu não ter filhos. É provável que estejam adiando a maternidade para dedicar-se à profissionalização e independência financeira. Quase a totalidade das participantes (95,0%) referiu ter uma religião, ou seja, compartilham valores herdados do cristianismo como a solidariedade e amor ao próximo.

No que tange à renda pessoal, o salário mensal recebido pelas técnicas de enfermagem era de no máximo R\$ 2.000,00 e o das enfermeiras de R\$ 4.700,00. Das vinte e uma profissionais, treze trabalhavam exclusivamente no hospital investigado. As demais exerciam atividades em Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia de Saúde da Família, coordenação da Atenção Básica, Laboratório de Análises Clínicas ou em outros vínculos não relacionados ao setor saúde.

Quando relacionado o tempo de formação profissional com o tempo de trabalho na CM, observei que 52,0% das participantes concluíram o curso há mais de sete anos. No entanto, 76,0% informaram trabalhar na Clínica Médica por no máximo três anos, o que demonstra atraso destas em se inserir no mercado de trabalho.

Em se tratando da abordagem de conteúdos gerontogerítricos durante a formação profissional, a maioria das profissionais (76,0%) afirmou ter em sua formação disciplina(s) com conteúdo(s) referente(s) aos cuidados com pessoas idosas. No entanto, somente cinco delas realizaram após a formação algum curso de qualificação ou atualização em gerontogeriatrics, como participação em Simpósio de Alzheimer, atualização em cuidados com a pessoa idosa portadora de Hipertensão e Diabetes e especialização em gerontologia.

As profissionais de enfermagem avaliaram o seu conhecimento em gerontogeriatría como regular ou satisfatório em 66,0%. Quando questionadas sobre os temas que gostariam de estudar com maior profundidade, destacaram: aspectos psicológicos da pessoa idosa, dor, morte, Esclerose Lateral Amiotrófica, a pessoa idosa com doença oncológica, comunicação com o idoso, doenças cardíacas e mentais no idoso, direitos da pessoa idosa, úlceras por pressão, imobilidade em idosos, ventilação mecânica, cuidados com a pele, curativos e administração de medicamentos em idosos.

Aproximadamente 67,0% das profissionais afirmaram ter contato frequente com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, relacionando-se com seus pais, avós, sogros, vizinhos, amigos e membros da igreja. A interação cotidiana das profissionais de enfermagem com idosos ativos favorece uma visão mais positiva da velhice, uma comunicação mais efetiva e uma melhor compreensão dos problemas e comportamentos comuns nesta etapa da vida.

A fim de resguardar a identidade das profissionais entrevistadas, foram utilizados nomes de teóricas da enfermagem. Originárias de diversos países de culturas diferentes, estavam em constante indagação sobre suas práticas, de modo que pudessem aperfeiçoá-las e trazer melhor qualidade de vida às pessoas sob seus cuidados. Assim, se debruçaram em produzir conhecimento útil para ajudar a manter a vida.

Após a convivência prolongada com as profissionais de enfermagem, percebi que o acúmulo de tarefas, muitas vezes, não permitia a reflexão sobre suas práticas, mas eram ávidas por conhecimento e compartilhavam um mesmo desejo: lutar para manter a vida. Por isso, resolvi atribuir-lhes o nome das teóricas listadas a seguir, como forma de valorizá-las e reconhecer os seus esforços em desenvolver a melhor prática de cuidado ao seu alcance.

- **Katharine** Kolcaba: Teoria do Conforto
- **Merle** Meshel: Teoria da Incerteza na Doença
- **Wanda** de Aguiar Horta: Teoria das Necessidades Humanas Básicas
- **Hildegard** Peplau: Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem
- **Florence** Nightingale: Teoria Ambiental
- **Virgínia** Henderson: Teoria dos Componentes do Cuidado
- **Dorothea** Orem: Teoria do Autocuidado
- Sister **Calista** Roy: Teoria da Adaptação
- **Myra** E. Levine: Teoria Holística
- **Martha** Rogers: Teoria do Modelo Conceitual de Homem

- **Imogenes M. King**: Teoria dos Sistemas e Métodos de Cuidado
- **Faye Abdellah**: Teoria Centrada nos Problemas
- **Ernestine Weidenbach**: *The art of help in clinical nursing* (Teoria da Arte de Ajuda na Enfermagem Clínica)
- **Ida Jean Orlando**: Teoria do Processo de Enfermagem
- **Dorothy Johnson**: Teoria do Sistema Comportamental
- **Betty Neuman**: Teoria dos Sistemas de Neuman
- **Madeleine Leininger**: Teoria do Cuidado Transcultural
- **Josephine Patterson**: Teoria Humanista
- **Loretta Zderad**: Teoria Humanista
- **Jean Watson**: Teoria da Ciência Filosófica do Cuidado
- **Lydia E. Hall**: Teoria Filosófica dos Círculos de Cuidado

#### 4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de estudo envolvendo seres humanos, com o manejo de informações coletadas por múltiplos instrumentos, assumi o compromisso, quando a pesquisa foi realizada, de obedecer em sua totalidade às diretrizes e normas regulamentadoras instituídas por meio da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a fim de resguardar os direitos das participantes.

O cumprimento das exigências éticas se deu por meio da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia, protocolo N° 176.300, homologado em 18/12/12 (Anexo A). A operacionalização do estudo esteve vinculada à aprovação do projeto pelo CEP e autorização do responsável pela instituição hospitalar onde foi desenvolvido (Anexo B).

A participação das profissionais de enfermagem foi voluntária, após receberem informações detalhadas sobre o estudo, os motivos que justificavam sua realização, seus objetivos, procedimentos para o desenvolvimento, modo(s) de participação, riscos e incômodos potenciais e benefícios previstos. Depois de concedidas estas informações, todas as profissionais que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE (Apêndice B), elaborado em duas vias, sendo uma retida pelas participantes da pesquisa e uma arquivada pela pesquisadora.

Em respeito aos princípios da bioética de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, foi esclarecido às profissionais que poderiam retirar seu consentimento, em qualquer momento, se assim o desejassem, sem qualquer prejuízo. Foi pactuado o sigilo e a confidencialidade das informações e seu uso estrito para fins científicos, assegurando ter cuidadosa e responsável atenção com todo o material coletado, os registros do relatório, bem como em apresentações em eventos e publicações resultantes, a fim de que não fosse identificado o nome da instituição, nem tampouco as pessoas, evitando qualquer prejuízo individual ou de redução do prestígio pessoal e institucional.

Também foi esclarecido que o estudo previa riscos envolvidos com a participação, como eventual desconforto ou constrangimento trazido pela observação e tempo gasto para conceder a entrevista. Porém, as observações só foram realizadas com conhecimento da profissional e foi explicado que em qualquer momento esta poderia solicitar a sua interrupção.

Todavia, para além do cumprimento formal dos aspectos éticos da pesquisa qualitativa, cabe aqui o seguinte comentário sobre o debate atual da ética na pesquisa etnográfica:

Mais do que uma técnica de pesquisa, ela [a etnografia] é um encontro entre sujeitos, pautado pelo diálogo, pela confiança e pelo respeito mútuos. E é nesse encontro entre sujeitos que os antropólogos têm mostrado que não há a possibilidade de realizar pesquisas sem o prévio consentimento do grupo estudado, o qual independe da formalização exigida pela CONEP (REDON; JEOLÁS, s/d, p. 1904).

Assim, o consentimento nesta pesquisa não se deu de modo estanque, com a assinatura do TCLE, mas contínuo, a cada momento de encontro e solidificação da relação entre a pesquisadora e as profissionais participantes. Foi preciso haver acordo, diálogo, desejo de colaborar, parcerias, confiança para permitir a presença e permanência da pesquisadora no campo.

Assumi então o desafio de ter como primeira experiência com o método etnográfico a realização de minha tese de doutoramento, o que me trouxe profunda ansiedade. Inicialmente, realizei leitura de clássicos que tratavam dos fundamentos da etnografia e sobre orientações para realização de trabalhos etnográficos. Li também relatos de experiência de autoras que utilizaram o método em diferentes contextos. Mas, não foi suficiente. Percebi de imediato que não se tratava de uma receita com a qual chegaria a um resultado satisfatório, mesmo que seguida corretamente.

Talvez com base em experiências prévias de participação como sujeito em outras pesquisas, ou, pelo contrário, por nunca ter participado de uma pesquisa antes, os interesses pareciam deslocar-se para algo que lhes oferecessem resultado imediato para amenizar os problemas do seu cotidiano. Queriam saber como eu poderia ajudar, fazer algo para compartilhar de suas inúmeras e rotineiras tarefas, diminuindo-lhes a sobrecarga. Ou ainda, se iria trazer algum material para suprir as necessidades da unidade. Só a título de ilustração, uma delas chegou a perguntar-me se eu poderia realizar admissão e alta de pacientes, fazer sondagens, registrar no prontuário a evolução do estado de saúde do paciente, dentre outras atividades. Outras questionavam se eu iria realizar algum treinamento sobre cuidado ao idoso. Desse modo, observa-se que ao iniciar um estudo, o pesquisador tem expectativas e objetivos que podem diferir dos participantes e até mesmo não suscitar o interesse dos mesmos.

Por isso, fazendo alusão à dimensão ética na pesquisa qualitativa, é preciso garantir a liberdade de escolha de participar, esclarecer os objetivos da investigação, e, sobretudo, não prometer o que não será viável cumprir. Precisa-se ter em vista que a relação de confiança não se estabelece de modo instantâneo, mas se constrói durante o processo de encontros sucessivos. Sendo assim, compreender a origem e os fundamentos do método é imprescindível, mas insuficiente, pois não garantem o sucesso na condução do trabalho de campo, permeado de situações inusitadas.

Nesta pesquisa, para encontrar-se com o outro a fim de observar as suas práticas, no momento e nas condições em que se encontravam, foi necessário. Também, ter o consentimento verbal da pessoa idosa e/ou de seu acompanhante durante a observação do processo de cuidado. Elas não faziam objeção, mas também tinham a expectativa de que fosse mais uma funcionária para auxiliar nas tarefas, principalmente as relacionadas à higiene e mobilização.

Levando em conta as características de compromisso, respeito e capacidade empática que regem a pesquisa etnográfica, busquei dialogar e promover uma reflexão sobre o fato que o problema de escassez de profissionais qualificados eu não poderia resolver, mas me coloquei à disposição para auxiliar no que fosse necessário.

Vale destacar que na pesquisa etnográfica, especialmente as realizadas em instituições públicas, o pesquisador pode se deparar com situações de grande complexidade na apresentação de dados dos quais não se sabe precisar as implicações após sua divulgação. Durante esta investigação, me defrontei com práticas que não eram mais recomendadas, mas que ainda eram prescritas por médicos e cumpridas pela equipe de enfermagem, como, por exemplo, o uso de uma solução de soro fisiológico com hipoclorito em feridas necróticas com

odor. Percebi que durante a observação do cuidado algumas das participantes ficavam constrangidas por utilizar esta solução na minha presença. Registrei tudo em meu diário de campo, procurando descrever sem cunho avaliativo, inclusive as justificativas que deram para o uso da tal solução. Mas, fiquei em dúvida se estaria infringindo os princípios éticos, ou ainda se estaria de algum modo prejudicando a imagem da instituição ou da competência das profissionais de enfermagem que prestavam os cuidados.

Para além das questões formais relacionadas ao cumprimento dos princípios éticos, enquanto enfermeira, realizar uma pesquisa etnográfica em ambiente hospitalar contribuiu para tornar-me uma profissional mais sensível às questões de relação interpessoal, do sofrimento humano, das peculiaridades na prestação de cuidados à pessoa idosa, da sobrecarga cotidiana de trabalho dos profissionais de enfermagem e da necessidade de agregar a experiência prática ao conhecimento, sem os quais não haverá conquista de qualidade e eficiência nos cuidados prestados.

Portanto, na etnografia afetamos e somos afetados pelas relações que desenvolvemos com os participantes do estudo, por tudo que ouvimos e vimos no campo, por descobrirmos o quanto podemos aprender com o outro. Nesse sentido, a imersão do pesquisador no campo durante o desenvolvimento de um trabalho etnográfico é como: “[...] colocar-se o mais perto possível do que é vivido por homens de carne e osso, arriscando-se a perder em algum momento sua identidade e a não voltar totalmente ileso dessa experiência (LAPLANTINE, 2003, p.122).

#### 4.6 OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Diante das várias técnicas para a produção de informações na pesquisa qualitativa que utiliza o método etnográfico, foram utilizadas a observação participante, a entrevista e a análise documental. A escolha destas técnicas levou em consideração a adequação aos objetivos propostos pelo estudo e por permitir a interpretação e análise de práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas no contexto público hospitalar.

O uso deste conjunto de técnicas é recomendado em estudos etnográficos com o intuito de ter uma visão abrangente do fenômeno, dar maior segurança e evitar vieses que poderiam surgir com o uso de uma única ferramenta. Retrata a preocupação do pesquisador com a validade e credibilidade do estudo. Desse modo, a combinação de métodos de produção

de informações permite checar e comparar padrões de comportamento de um grupo, minimizando a possibilidade de conclusões precipitadas.

Todavia, esta integração de produção e análise de informações não constitui uma tarefa fácil, pois é necessário articular os dados coletados, potencializando a capacidade de compreender e interpretar o fenômeno observado e não apenas descrevê-lo.

As informações captadas por meio da observação participante foram utilizadas com a finalidade de analisar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada em seu cenário natural, em tempo real, enquanto que as entrevistas foram empregadas a fim de aprofundar as questões observadas; já, os documentos serviram para contextualizar e completar as informações provenientes das demais técnicas.

Observar é o ato de examinar minuciosamente, atentamente. Nesta técnica de recolha de informações, o pesquisador é o principal instrumento e sua capacidade de observar e registrar influenciará na qualidade e quantidade das informações coletadas. Utilizando-se dos sentidos de forma sistematizada, o pesquisador capta aspectos da realidade tal como se dá, espontaneamente. No entanto, Queiroz e colaboradores (2007) advertem que não se pode observar tudo ao mesmo tempo, por isso, o pesquisador deve ter bem delimitado o seu objeto e ter clareza dos objetivos para não perder o foco do que será observado.

Lapassade (2001) apresenta três níveis de participação ou de interação entre o pesquisador e o interlocutor. O primeiro nível denominou-se *observação participante periférica*, nele, o observador interage com o grupo, o suficiente para ser aceito, porém assumindo uma posição periférica nas atividades desenvolvidas. No segundo, nomeado *observação com participação ativa*, o pesquisador participa em todas as atividades, mantendo certo distanciamento e o terceiro nível é a *observação participante total ou completa*, utilizada em estudos de investigação-ação.

Quanto aos tipos de observação, Spradley (1980) descreve três categorias descontínuas: *observações descritivas, focalizadas e seletivas*. As *descritivas* são adotadas no início do trabalho de campo, quando o pesquisador se preocupa em ter uma “visão global” do que acontece; na sequência, após uma análise prévia, avança em direção às *observações focalizadas*, e, por fim, passa a novas observações e análise das notas de campo, definindo a necessidade de *observações seletivas*.

“A observação é chamada participante porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo por ela afetado” (ANDRÉ, 1995, p.28). Assim, o observador tem “em maior ou menor grau, um envolvimento com aquilo que se está observando” (ANGROSINO, 2009). Para Cabral (1983)

a observação participante é paradoxal, pois o observador participante nunca deverá tornar-se totalmente um participante, por correr o risco de cair na participação inobservante. A partir de suas próprias experiências aconselha ao pesquisador uma participação parcial uma vez que esta é conciliável com a observação atenta.

A segunda técnica de coleta de informações adotada foi a entrevista. Seu uso se deu de modo complementar à observação, para constatar contradições entre o comportamento e o discurso dos profissionais de enfermagem, bem como elucidar questões que foram centrais durante os períodos de observação.

Não obstante seja uma técnica utilizada comumente, deve-se atentar que se trata de um processo de interação social cuja aplicação obedecerá a um rigor. O pesquisador deve respeitar os aspectos éticos, escolher adequadamente os entrevistados, interferir o mínimo possível, ser neutro, demonstrar interesse no que está sendo dito e ser capaz de perceber a posição do pesquisado.

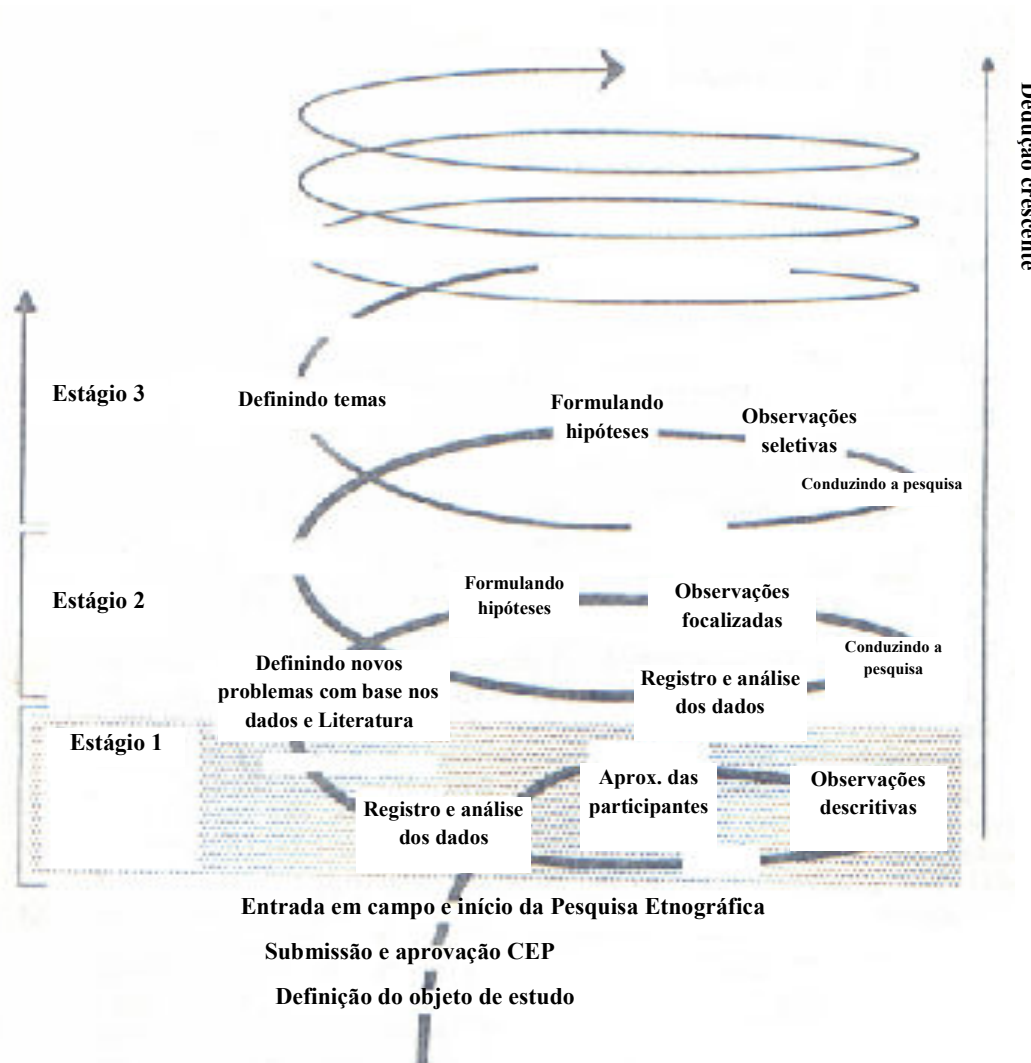
De acordo com Goldenberg (1997), é importante que o pesquisador esteja atento a veracidade dos depoimentos, pois o pesquisado pode assumir uma postura de “um personagem” que traz à tona alguns fatos e oculta outros, além de proferir somente um discurso politicamente correto, ou mesmo projetar uma imagem de si que não condiz com a realidade.

Dentre os diversos tipos de entrevistas (projetiva, com grupos focais, história de vida, entrevista aberta, estruturada e semi-estruturada), foi aplicada a entrevista semi-estruturada por permitir ao interlocutor discorrer sobre o tema, considerando os objetivos propostos. Questões norteadoras foram elaboradas com linguagem compreensível às colaboradoras e para o registro das informações utilizou-se o gravador digital.

Análise de documentos como prontuários, relatórios de enfermagem, livros de ocorrência, relatórios de gestão, portarias e boletins informativos, também foram utilizados como fonte de informações. Buscou-se apreciar nos registros características dos cuidados oferecidos, condutas dos profissionais de enfermagem frente aos problemas apresentados pelos idosos, relatos de ocorrência envolvendo idosos e/ou seus familiares e mudanças na organização do serviço de enfermagem para adaptar-se à demanda de cuidados à pessoa idosa.

A figura 1 explicita de modo sintético as etapas do processo etnográfico representada por uma espiral. O modelo apresentado foi adaptado de Menezes (1999) e denota os sucessivos momentos de idas e vindas para a coleta de informações e análise, projetando-se sempre para o alcance dos objetivos propostos.





**Figura 1-** Desenvolvimento do processo etnográfico.

Fonte: Modelo adaptado de Menezes (1999, p.68)

## 4.7 O PROCESSO ETNOGRÁFICO

### 4.7.1 A trajetória para a entrada no campo

Após o exame de qualificação, em setembro de 2012, o projeto foi ajustado conforme solicitação da banca. Por duas vezes fui ao hospital, nos meses de setembro e outubro, para conversar com os diretores geral e administrativo (ambos enfermeiros). No primeiro momento expliquei a proposta do projeto e solicitei a assinatura de documentos, a fim de serem enviados ao CEP. Eles foram bastante receptivos e se mostraram dispostos a colaborar. Num

segundo momento recolhi os documentos solicitados e todo o material foi submetido ao CEP via a Plataforma Brasil.

Já no mês de dezembro, após aprovação do Projeto pelo CEP/UFBA, voltei ao hospital novamente e fiz contato com a Coordenação de Enfermagem, a fim de iniciar o processo de entrada em campo com aproximação das participantes e adaptação ao ambiente de coleta dos dados. Entrei pela portaria, com crachá de identificação, jeans e blusa branca. Naquele mesmo dia soube que os alunos da disciplina *Enfermagem em Atenção à Saúde do Idoso* estavam desenvolvendo uma prática inédita com os cuidadores de idosos hospitalizados, no auditório do hospital. Resolvi observar o que ocorria e ouvir um pouco dos relatos dos cuidadores. Os alunos estavam terminando de organizar o ambiente. O som tocava uma dança sênior, e o grupo ensaiava os passos para orientar os cuidadores. Balões coloridos animavam a sala. Posteriormente, um CD com músicas natalinas começou a tocar e o ambiente foi contagiado pelo espírito natalino. As cuidadoras receberam um classificador com materiais educativos, mensagens de encorajamento e auto-estima. Fui apresentada às alunas pela professora coordenadora.

O início das atividades estava agendado para as 9h30min. Como ainda faltava algum tempo para o início, fui conversar com o diretor administrativo e comuniquei a aprovação do projeto no CEP. Ele me questionou novamente sob a forma de coleta. Quando mencionei a observação participante, arregalou os olhos e franziu a testa, o que me deixou apreensiva. Franzir a testa é uma expressão facial considerada um código corporal que revela surpresa, inquietação, “uma partícula de comportamento, um sinal de cultura, um gesto” (GEERTZ, 2008, p. 5). Provavelmente o diretor estava preocupado com o que seria visto e registrado e a interpretação que seria dada às situações observadas.

Perguntei ao diretor administrativo sobre os coordenadores de enfermagem e da Clínica Médica. Ele me informou o nome deles e onde poderia encontrá-los. Fui até a Clínica Médica, porém a coordenadora da unidade não estava no momento. Encontrei ex-alunas, auxiliares e técnicas de enfermagem, estudantes do curso técnico, que me receberam calorosamente, perguntando quando eu levaria alunos para a prática. Informei que estaria ali nos próximos meses como estudante do doutorado. Apresentei-me às duas enfermeiras responsáveis pela Ala Masculina e Feminina. Uma técnica de enfermagem estava com os prontuários e explicava a uma aluna de gerenciamento que checasse cuidadosamente a necessidade de solicitar avaliação do médico socorrista, pois os “semi-deuses” não gostavam de serem importunados desnecessariamente.

Ao serem denominados como “semi-deuses”, a técnica estava manifestando a posição de superioridade que os médicos assumem entre os profissionais da área de saúde. Helman, ao falar sobre a interação do médico com a classe profissional da enfermagem, declara que no hospital são reproduzidas as divisões básicas de gênero existente na cultura geral e na família, as quais foram adotadas no modelo desenvolvido por Florence Nightingale. O médico representa a figura do pai, a enfermeira de mãe e o paciente de filho (HELMAN, 2003).

Perguntei a uma das enfermeiras se poderia visitar as Clínicas. Com a sua anuência adentrei as enfermarias. Chamou-me a atenção o fato de ver, naquele horário, todos os pacientes higienizados e o ambiente sem odor desagradável, pois com a elevada demanda de cuidados, a condição de gravidade dos pacientes e número insuficiente de profissionais, entre outros fatores, isto se torna uma tarefa muito difícil. De 14 leitos femininos, 10 estavam ocupadas por idosas, e de 16 masculinos, 10 estavam ocupadas por idosos com graus variados de dependência. O acompanhante de um paciente idoso (rapaz muito jovem, aparentando 16 ou 18 anos) informou que seu parente estava rubro e agitado. Pedi para que alguém verificasse a pressão. Observei que a enfermeira atendeu prontamente a solicitação do familiar acompanhante, mediu a pressão e constatando que a mesma estava elevada tomou as devidas providências assistenciais.

Para que as cuidadoras participassem da reunião agendada, parte das alunas da disciplina ficou acompanhando os idosos internados na Clínica Médica. Fui novamente até o auditório onde encontrei cerca de seis cuidadoras e seis alunas, todas compartilhando da dança sênior. Na sequência, as alunas leram uma mensagem que falava do respeito à pessoa idosa e depois discutiram sobre a temática do dia: a higiene da pessoa idosa, iniciando pela higiene oral até a demonstração do banho no leito. As cuidadoras participavam ativamente e falavam das dificuldades da realização da técnica no domicílio e como a adaptavam à sua realidade. Contribuí com minha experiência durante uma parte da discussão e logo em seguida deixei-as no auditório e retornei à CM em busca da coordenadora da unidade, pois já havia sido informada que o coordenador da enfermagem só estaria à tarde.

Na Clínica Médica, encontrei a coordenadora sentada, elaborando a escala de serviço. Apresentei-me e solicitei que agendasse um horário para conversarmos sobre o projeto e a estratégia para mobilização das funcionárias. Ela sugeriu sete dias após aquele encontro, às 10 horas. Anotei na agenda e me comprometi a comparecer na data e horário agendados. Trinta minutos antes do dia e horário marcados, compareci no hospital.

O hospital parecia tranquilo, poucos funcionários circulando, o corredor interno de acesso ao Pronto Socorro vazio. Aproveitei os minutos antes do encontro marcado e fui

procurar o Diretor Administrativo, para que me informasse onde poderia encontrar dados sobre a história da instituição. Ele me disse que desconhecia algum tipo de documento escrito sobre a história do hospital. Algumas poucas informações estavam disponíveis no *site* oficial e me disse também que a história, era oral. Havia pessoas ainda vivas, ex-trabalhadoras, já aposentadas, que poderiam ajudar. Indicou que procurasse por informações com uma funcionária do setor financeiro, para que falasse com sua mãe, e uma pessoa que trabalhava na sala de costura do hospital. Falou também do museu e da biblioteca da cidade. Quando saí de lá, fui buscar informações nos locais sugeridos, mas não obtive muito sucesso.

Subi até o primeiro andar onde fica situada a Clínica Médica, cumprimentei a enfermeira coordenadora e disse que retornava às 10 horas. Encontrei ex-alunos, funcionários que me saudaram. Desci até a Coordenação de Enfermagem situada em uma sala modesta com dois compartimentos, separados por uma divisória. A primeira parte tem um assento e uma mesa para secretária, a parte interna tem a mesa do coordenador, estantes e armários. Disse à secretária que precisava de um momento com o coordenador. Ela, sorridente, me anunciou, e ele, prontamente, me recebeu. Ainda na recepção, uma enfermeira, ex-aluna, anotava em livro ata os atestados recebidos na sua unidade (berçário) somente no mês de dezembro (preenchia um terço das linhas). Comentou que na escala o setor estava coberto, mas na prática isso não ocorria. Indaguei sobre o setor com maior prevalência de absenteísmo e ela disse que não sabia informar.

O coordenador de enfermagem é um homem magro de cabelos grisalhos, atencioso, sereno. Seu olhar transmite tranquilidade, voz em tom suave, pausada. Em sua mesa se viam muitos papéis. Olhando em volta, visualizei sobre uma estante alguns manuais de normas e rotinas de alguns setores do hospital, me dirigi ao coordenador e falei resumidamente sobre o projeto, pelo qual se mostrou interessado. Comentou que alguns pacientes da CM têm a unidade como sua “nova morada”, pois permanecem lá por tempo prolongado, chegando a superar um ano. Comentou que, falando como ser humano e não como enfermeiro, preferia a morte a ficar tanto tempo hospitalizado e que achava que a equipe de enfermagem talvez não gostasse de cuidar desses pacientes, pois percebiam as limitações do ambiente hospitalar. Falou sobre a ampliação do Pronto Socorro e sobre a expectativa de oferecer um ambiente mais adequado à assistência. Disse que percebia os idosos nos corredores em macas sendo tratados como os adultos mais jovens, o que para ele era lamentável. Em sua opinião, quando o paciente é uma criança, é visto logo e, tudo é rapidamente agilizado e mobilizado. Já com os idosos, isto não acontece. Chegam a ficar vários dias em macas nos corredores. Para o coordenador, os idosos merecem atenção especial, pois, são “semelhantes às crianças”, têm

adequação da dose de medicamentos e a resposta orgânica à doença está alterada. Ele fez menção do trabalho inédito realizado com as cuidadoras e logo após ligou solicitando a presença da coordenadora da CM em sua sala. Ela rapidamente compareceu.

Quando a coordenadora chegou, expliquei o projeto novamente para ela. Perguntei se neste mês já havia ocorrido reunião com as funcionárias do setor. Ela respondeu que sim, então solicitei a lista com o nome delas para entregar uma carta-convite. Despedi-me do coordenador e saí em direção ao elevador. Deparei-me com um mural que tinha convite de formatura, portarias, entre outros documentos. Uma das Portarias me chamou atenção, a de número 007/12 de 04/04/12 que orienta processo de regulação de pacientes para o Hospital e dá outras providências. Destinava-se aos médicos e chamava atenção para o fato que os pacientes só deveriam ser admitidos se houvesse uma vaga, pois se estava gerando acúmulo de pacientes nos corredores, sem nenhuma infraestrutura, nem profissionais insuficientes, gerando desassistência.

Na CM, a enfermeira coordenadora me entregou a escala com o nome dos funcionários e horário de trabalho. A escala era separada da seguinte maneira: escala das enfermeiras (nove assistenciais e uma coordenadora, totalizando dez); escala das técnicas de enfermagem (serviço diurno, total de catorze, com carga horária de 180 horas) e serviço noturno (total de oito profissionais, com 180 horas). Só então, percebi que na unidade a equipe de enfermagem era formada somente por mulheres, totalizando trinta e duas profissionais. Anotei o nome de todas no meu diário de campo, para posteriormente entregar a carta-convite. Agradei a enfermeira e saí de lá em direção à Vigilância Epidemiológica. Queria obter informações sobre taxa de ocupação dos idosos, principais diagnósticos, tempo de permanência, idade, entre outras informações.

Conversei com o enfermeiro responsável pela Vigilância Epidemiológica, mostrou-se receptivo, falou que ficava estarecido diante dos casos de violência contra idosos atendidos no hospital. Relatou a brutalidade com que uma idosa foi covardemente espancada em Itiruçu, município vizinho a Jequié (episódio veiculado na mídia). Após essa rápida conversa, fui encaminhada por ele ao SAME. Chegando lá, aguardei um pouco na recepção, que fica próximo ao ambulatório. Pude observar que dois policiais armados e com coletes à prova de bala faziam a guarda de um jovem que parecia ser presidiário. Fiquei muito incomodada com a situação, desejando sair logo dali, pois temia qualquer tipo de conflito, tentativa de fuga ou algo parecido.

Mas antes que saísse do ambiente, apareceu a funcionária do SAME e me disse que as informações do livro de registro eram limitadas e fui encaminhada ao setor de faturamento. A

coordenadora do setor de faturamento estava em reunião e resolvi não esperar. Optei em conversar com ela em outro dia. Saí do hospital e fui até a Biblioteca e Museu da cidade para buscar informações históricas, e neste caminhar constatei que não havia nenhuma literatura que contasse a história do hospital desde a sua fundação. Tudo que encontrei foi uma foto da inauguração do Hospital no museu, a qual já estava postada no *site* oficial da instituição. Mas, as funcionárias me informaram nomes de antigas profissionais de enfermagem que poderiam colaborar, falaram do historiador Emerson Pinto de Araújo e seus livros que retratavam a história do município e da possibilidade de encontrar em jornais antigos alguma informação. Registrei os contatos no meu diário de campo e deixei meu nome e telefones, caso as funcionárias lembrassem de alguma informação importante. Desse modo, os dados referidos neste trabalho sobre a história do hospital foram extraídos de textos acessíveis pela internet, na página oficial da instituição.

#### **4.7.2 A aproximação com as participantes**

Três meses se passaram após o exame de qualificação para que houvesse aprovação do CEP e mantivesse contato e liberação da coordenação do hospital para o início da coleta de dados propriamente dita. Somente após a primeira semana de janeiro de 2013 tive o primeiro contato com as participantes.

No projeto inicial tinha planejado apresentar a pesquisa numa reunião ordinária da equipe de enfermagem, mas logo percebi que ia demorar algum tempo até que ocorresse e resolvi então utilizar outra estratégia de aproximação o contato pessoal, individual. Escolhi um dia de domingo para encontrá-las, pois a rotina do domingo é diferente, um pouco mais tranquila, restringindo-se aos cuidados básicos de higiene, curativos e medicamentos. Neste dia somente são realizados exames e avaliações de urgência. Já havia consultado anteriormente a escala e a enfermeira de plantão era conhecida, egressa da UESB.

Entre no hospital novamente pela portaria, com crachá de identificação, calça jeans e blusa branca. Dirigi-me a CM pela escadaria principal. Em nosso encontro a enfermeira demonstrou alegria e surpresa por estar ali em pleno domingo. Ela orientava os acompanhantes de pacientes e tentava apaziguar conflitos entre pessoas da mesma família. Sua roupa era diferente das demais. Calça lilás, blusa estampada de pequenas flores coloridas, um gorro descartável. As auxiliares estavam nas enfermarias, esporadicamente apareciam no posto para comunicar alguma alteração no estado clínico do paciente ou para fazer registro no prontuário de algum procedimento realizado.

O meu diálogo com a enfermeira foi rápido, pois era solicitada a todo tempo por todos: chamadas de telefone, laboratório, médicos, acompanhantes, demais funcionários. Desde a senha do computador, ao papel para prescrição, a de realização de curativos complexos, a solicitação de soro na farmácia... Enfim, sobre o seu papel, a enfermeira de plantão descreveu assim: *A gente só não é Bombril, mas tem mil e uma utilidades, é um pouco de nutricionista, psicóloga, é tudo.*

Conversei ali mesmo, no posto de enfermagem sobre a pesquisa, seus objetivos, técnica de coleta de dados, riscos e prováveis benefícios e entreguei a carta-convite. Evitei falar em observação participante. Substituí pelo termo “conviver com a equipe”. Percebi que a receptividade foi maior e não soou como se fosse uma “fiscalização”. Afirmei que tinha a intenção de retratar o cotidiano, o que muito agradou a enfermeira. Ela leu o documento e na sequência assinou o TCLE, entregou a minha cópia e guardou a dela.

Como as técnicas de enfermagem estavam quase todo o tempo nas enfermarias, optei por abordá-las no final do período, quando o setor estivesse mais tranquilo. Enquanto isso, pedi autorização à enfermeira e passei a consultar documentos como relatório de enfermagem e prontuários dos idosos.

Por volta das nove horas, a filha de um idoso indagou: - *Quem é a enfermeira do curativo?* A enfermeira respondeu: - *Sou eu, mas aguarde um pouco, que estou fazendo anotações no prontuário.* A acompanhante continuou: - *Onde posso encontrar um lençol para ao menos cobrir ele, enquanto não faz o curativo?* A enfermeira respondeu: - *Olha, às vezes não tem lençol para trocar o de baixo e o de cima, mas pergunte às meninas (técnicas de enfermagem) lá dentro, para ver se ainda sobrou. Senão, só mais tarde!*

Somente às 11 horas e 10 minutos, a enfermeira conseguiu dirigir-se ao leito e realizar o curativo do idoso. Outro acompanhante de uma paciente idosa veio reclamar para a enfermeira que após o banho foi deixada uma seringa e todas as extensões do soro por baixo do corpo da idosa. Pediu que alertasse as funcionárias para que tivessem mais atenção. A enfermeira ouviu, disse que ia conversar com as funcionárias e comentou comigo: - *Onde estava a acompanhante que também poderia ter visto? Teria corrigido o problema precocemente!*

Das quatro técnicas de enfermagem que estavam trabalhando no plantão de doze horas, três foram encontradas, no final do período matutino, sentadas no posto de enfermagem da CMF onde é preparada a medicação. Chamou-me a atenção de que as técnicas tiveram seu momento de uma rápida pausa para um lanche e breve descanso, mas não vi a enfermeira

parar um só minuto. Apresentei-me, falei do meu trabalho, dos resultados esperados, fiz o convite, entreguei a carta-convite acompanhada de TCLE para assinatura.

Uma delas indagou se era obrigatório, respondi que não, mas que contava com a participação delas, pois era de muita importância. Percebi que a solicitação de assinatura do termo as deixou preocupadas. Expliquei que é um procedimento obrigatório em pesquisas com seres humanos, porém me relataram que nunca participaram de pesquisa antes. Deixei a carta-convite e os termos para assinatura, para que pudessem ler com calma no período vespertino. Dispus-me a esclarecer dúvidas na próxima reunião com a equipe e informei que no dia seguinte recolheria os TCLEs que deveriam ser assinados e deixados em local combinado no posto de enfermagem. Tentei ser o mais cordial possível, mas fiquei um pouco apreensiva. Caso não assinassem teria que fazer uma nova abordagem. Naquele momento optei por não insistir na assinatura para não se sentirem constrangidas e para terem a oportunidade de ler com calma o termo e compreender que não havia nada que pudesse prejudicá-las futuramente.

Na segunda-feira pela manhã, voltei ao hospital e, como previsto, estava mais agitado que no domingo. Havia várias pessoas na portaria, próximas ao ambulatório. Entrei pela portaria, com crachá de identificação da UESB, calça jeans e blusa colorida. Fui interpelada pela primeira vez pelo recepcionista que só me deixou entrar quando conferiu a foto no meu crachá. Dirigi-me pela escadaria principal até a CM. Naquele dia trabalhavam três enfermeiras e cinco técnicas de enfermagem.

Coloquei um jaleco branco e me dirigi para uma visita rápida nas enfermarias, sem aproximar-me muito dos idosos porque estava resfriada. Chamou atenção o alto grau de dependência em que os idosos se encontravam. Muitos estavam dispnéicos, em uso de oxigenoterapia, limitados ao leito. Um deles solicitou que ligasse o oxigênio da Máscara de Venturi, pois estava muito desconfortável com a dificuldade para respirar (intensamente dispnéico). Atendi a solicitação e comuniquei o fato a uma das técnicas de enfermagem. Retornei em seguida para o posto onde encontrei assinado, no local combinado, dois TCLEs entregues no dia anterior.

Em momento oportuno, geralmente no local onde lanchavam ou descansavam um pouco, fazia abordagem às profissionais de plantão. Uma delas perguntou se eu iria levar um lanche, um agrado. Respondi que não era intenção, mas que podia pensar em algo para ocasiões especiais. Outras fizeram indagações do tipo: - *Você vem aqui todos os dias de manhã?* - *Teremos acesso aos resultados da pesquisa?* - *Em que essa pesquisa vai contribuir para o serviço?* Quando respondi os questionamentos e esclareci as dúvidas, elas assinaram o



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, após visitar as enfermarias em vários turnos, consegui abordar toda a equipe diurna e de cada uma das profissionais consegui a anuência para participar da pesquisa. Por questões de ordem pessoal só pude comparecer a quatro plantões noturnos e permanecer até a meia-noite.

Estabelecer uma relação de confiança com as participantes foi um dos maiores desafios, pois embora o ambiente fosse conhecido, a maioria das profissionais não era conhecida e não estava acostumada com a presença de pesquisadora na unidade acompanhando o seu trabalho diário. Por isso, essa foi uma conquista cotidiana. Decidi não opinar, não criticar quando era solicitada, mas trazer alguns pontos de reflexão que ajudassem a formar uma opinião sobre o tema em discussão.

As elevadas temperaturas também foram uma barreira difícil de transpor. Em alguns dias tive síncope, pois o ambiente não era climatizado e o vento soprava aquecido. Cada dia era mais ou menos agitado de acordo com as demandas dos clientes e também do perfil dos profissionais de plantão.

A minha presença que inicialmente parecia intimidar as participantes foi com o tempo tornando-se rotineira, comum. Eu passei a fazer parte do cenário e outros profissionais como nutricionistas e fisioterapeutas também se interessaram pelo meu trabalho.

#### **4.7.3 A condução da pesquisa**

A pesquisa em que se utiliza o método etnográfico tem o caráter peculiar do longo período de presença no campo e necessidade de múltiplos modos de captar informações. Além disso, descobri que somente leituras sobre como proceder numa etnografia não bastavam para o sucesso com o uso do método, pois o local, as participantes e as situações eram diferentes. Sistematizei os dados coletados para facilitar o acesso *a posteriori* e permitir a interpretação utilizando para cada instrumento um roteiro e um modo específico de registro. Assim, o modelo de processo de desenvolvimento etnográfico proposto por Menezes (1999) serviu como guia, mas a forma de condução foi ajustada à medida que a pesquisa foi transcorrendo.

Percebi que no período matutino o cuidado de enfermagem é intensamente vivenciado, como um verdadeiro ritual. Então, decidi nos primeiros meses conviver com a equipe pela manhã até obter uma clara visão do ambiente de cuidados e de como o cuidado se processava. As entrevistas formais foram iniciadas após três meses de convivência com as colaboradoras, a maioria realizada no período vespertino, por ser um pouco mais sossegado e ter menos

exames e procedimentos. Já, a análise documental era realizada nos períodos em que estava em observação, antes ou após desta, sem uma ordem fixa.

A observação do ambiente e de sua adequação para o cuidado de idosos foi realizada com base em um roteiro construído previamente (Apêndice C) com parâmetros dispostos na RDC nº 283 (ANVISA, 2005), na NBR 9050 (ABNT, 2004) e no conceito de Ambiência apresentado no HumanizaSUS (BRASIL, 2010).

Além desses dados, precisava obter informações registradas, pistas sobre o modo como a enfermagem cuidava dos idosos. Assim, perguntei à enfermeira qual o meio mais fácil de saber quais e quantos dos trinta pacientes internados eram idosos. Ela respondeu que poderia começar pelo relatório de enfermagem, pois quase sempre iniciavam o registro: “paciente idoso”..., “paciente adulto”..., “paciente jovem”....

O relatório de enfermagem é um documento preenchido obrigatoriamente a cada plantão pela enfermeira responsável pelo setor. As informações nele contidas resumem os principais sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o que está usando, pendências ou realização de exames, avaliações, queixas e intercorrências. Menciona o evento de quedas e se o paciente está com acompanhante, ou não. Notei pelos registros que os idosos ocupam grande parte dos leitos, geralmente têm comprometimento do estado de consciência e estão desorientados e acamados. A desnutrição, emagrecimento, obstipação, dificuldade de comunicação verbal, são relatados comumente. Mas, os problemas relacionados à integridade da pele, dificuldade de acesso venoso, úlcera por pressão, dermatite, edema e uso de acesso venoso central e jugular, são os mais frequentes. Encontrei relatos de medicamentos que não foram administrados por dificuldade de acesso venoso e por estar aguardando o cirurgião para realizar o procedimento.

As informações do relatório que julguei relevantes foram registradas no diário de campo, entre aspas, tal qual foram escritas, seguidas da data e horário.

Para as informações dos prontuários, elaborei uma planilha com dados que poderiam oferecer-me um rápido perfil das pessoas idosas hospitalizadas, a qual pretendia alimentar até o final do período de coleta. Mas, o preenchimento da ficha de admissão nos prontuários era incompleta e faltavam informações sobre o grau de escolaridade, situação conjugal, cor/raça, entre outras. Como a minha presença no campo não era diária, alguns idosos eram admitidos, faleciam ou eram transferidos sem que eu tivesse acesso ao seu prontuário. Resgatar essas informações era extremamente trabalhoso e fugia dos objetivos do estudo. Logo, decidi analisar os prontuários dos idosos e proceder ao registro somente nos dias em que realizei as observações com os dados contidos no prontuário.

Durante os doze meses de coleta foram manuseados centenas de prontuários e páginas dos relatórios de enfermagem. Foram 121 períodos de observação, assim distribuídos: 70 períodos matutinos, 47 vespertinos e 04 noturnos, totalizando aproximadamente 484 horas de observação.

Na maioria dos dias em que realizei a observação, utilizei calça jeans, sapato e meias brancas, blusa branca, jaleco, crachá e uma touca descartável. Sempre carregava uma máscara no bolso que utilizava quando necessário. Me preocupava com minha integridade e risco de contaminação visto que precisava acompanhar as profissionais durante o cuidado e vários pacientes estavam usando antibióticos potentes por estarem portando bactérias resistentes que colonizavam, principalmente, o sistema respiratório, as feridas e o sistema urinário.

Mesmo portando o crachá, este vestuário me confundia com os profissionais do setor e com as alunas do curso de graduação e técnico em enfermagem, por isso quase sempre era solicitada para auxiliar os pacientes. Os acompanhantes e pacientes demoravam a entender o que eu fazia ali porque estava frequentemente no setor, conhecia a situação dos pacientes, convivia com os profissionais, mas não era funcionária, nem estagiária. Eu sempre buscava esclarecer que eu estava lá fazendo uma pesquisa, contudo poderiam manifestar a sua necessidade, pois caso pudesse, os ajudaria.

Era quase impossível estar naquele ambiente e não colaborar. Eram muitos pacientes dependentes e poucas funcionárias. Na minha visão, estava sendo desumana se não colaborasse. Além disso, ficar próximo delas sem ajudá-las não gerava confiança, compartilhamento, soava como “uma fiscalização”. Foi então que decidi realizar a observação participante periférica, auxiliando nos cuidados, não como protagonista, mas exercendo um papel secundário. Colocava-me à disposição para ajudar, mas sem interferir nas decisões. Calçava luvas, auxiliava na mobilização dos pacientes, no trocar de lençóis, fraldas, abria pacotes de gazes, preparava uma bandeja para algum procedimento, etc. Foi assim, tomando parte junto com as profissionais no cuidado diário com os idosos, que consegui entrar e manter-me no campo. No segundo mês, elas já narravam com detalhes as condições dos idosos e até mesmo os acompanhantes confidenciavam sobre os problemas vivenciados na instituição hospitalar.

Certa feita estava auxiliando uma técnica de enfermagem (uma das mais antigas do setor) no banho de uma idosa vítima de um AVE grave. Ela vivia num município circunvizinho com o esposo também idoso. Seus filhos residiam em São Paulo e enviavam dinheiro para pagar uma cuidadora. A idosa foi internada inconsciente, com profundas úlceras nas regiões trocanteriana, sacra e uma ferida necrótica com odor fétido em um dos calcâneos.

Havia indicação de amputação do membro. O médico prescreveu para limpeza e controle do odor uma solução conhecida como “água benta”, uma mistura de soro fisiológico com hipoclorito. Quando perceberam a minha presença ficaram um pouco receosas em utilizá-la, mas eu queria ter conhecimento de como o cuidado se processava mesmo na minha ausência. Comentei que estava ali como pesquisadora e que seguissem a orientação da enfermeira do setor, assim procederam.

Outra estratégia utilizada para aproximar-me das colaboradoras, foi integrar as rápidas rodas de conversa sobre assuntos do cotidiano feminino como a educação dos filhos, o gerenciamento do lar, a dupla jornada de trabalho, entre outros. Compartilhava também do momento de lanche, pois era oportuno para confraternizar-nos.

A prática das enfermeiras envolvia muitas atividades administrativas e um pouco menos de assistência. Acompanhei as administrativas no posto de enfermagem e as assistenciais nas enfermarias quando realizavam procedimentos mais complexos, nas intercorrências ou nos momentos de admissão e alta. Enfim, procurei ficar o mais próximo possível das participantes, tanto na unidade masculina, quanto na feminina.

Durante os primeiros quatro meses realizei observações descritivas, o que me forneceu uma visão global do cuidado. Estava no campo de quatro a cinco dias por semana observando o que era realizado, quem e como participava, em que momentos, e a forma de abordagem. O registro era feito em local reservado (geralmente na varanda) sem a presença das profissionais. Iniciei com um caderno, mas ele intimidava as pessoas, ficavam receosas quando o viam, se dando conta da razão pela qual eu estava lá, e assim, devia registrar o que acontecia. Decidi utilizar pequenas cadernetas que cabiam no bolso do jaleco e passavam despercebidas.

Nesse processo foram utilizadas muitas cadernetas, nelas registrava a data, o horário de início e término das observações, o que foi observado, os profissionais de plantão e as pessoas envolvidas, tudo de forma sucinta. Quase sempre quando saía do ambiente onde realizava a observação, tratava de detalhar mais as situações observadas a partir do roteiro sistematizado que havia elaborado previamente (Apêndice D).

À medida que foram se multiplicando os dias de observação e as informações registradas, algumas temáticas foram emergindo, hipóteses foram formuladas e novos problemas surgiam. Anotava em meu diário o que necessitava ser mais explorado, melhor esclarecido e no dia seguinte procurava elucidar as questões ainda sem respostas. Prossegui como em um movimento espiral, que segue rumo a um ponto, um objetivo, mas que vai-e-vem sucessivas vezes.

Cada período de observação demorava no mínimo três e, no máximo, seis horas de duração. Variava de acordo com a circunstância em que se encontravam os pacientes e profissionais, com o alcance dos objetivos propostos para o dia e com a minha capacidade de concentração.

Após quatro meses no campo, já conhecia as características das colaboradoras, a rotina da unidade e o perfil dos idosos. Passei para a segunda etapa de desenvolvimento da pesquisa realizando as observações focalizadas dos meses de maio a agosto. Neste período, permanecia três dias por semana na Clínica Médica para observação.

Alguns momentos foram cruciais para mim. Tinha vontade de sair do campo para não mais voltar. Conviver com a dor, o sofrimento prolongado, a dependência, a escassez de recursos, a morte, o desprezo da família. Tudo isso, associado à pobreza dos idosos e à sensação de impotência da equipe de enfermagem, causaram em mim momentos de profunda reflexão sobre a importância da profissão e do significado do cuidar humano, especialmente o de pessoas excluídas socialmente.

Mas, precisava prosseguir com a pesquisa e, no mês de março, iniciei as entrevistas. Embora as participantes já houvessem sido esclarecidas sobre como as informações seriam captadas e já houvessem assinado o TCLE, a entrevista gravada parecia causar-lhes apreensão. Comuniquei que iria iniciar o processo, e muitas delas referiram estar com medo de não saber responder e ficavam nervosas diante do gravador. Esclareci que a pergunta fazia parte do seu cotidiano e que não se tratava de um teste de conhecimento sobre cuidados com idosos.

Havia conversado anteriormente com a coordenadora do NEPP-Saúde, sobre a possibilidade de utilizar uma das salas do recinto para realizar as entrevistas e ela concordou. Quando comentei com as participantes sobre a possibilidade de dirigir-se até o local sugerido, elas retrucaram e não aceitaram. E, mais uma vez, tive que dispor de outra estratégia. Elas sugeriram fazer a entrevista na sala de conforto de enfermagem. Conversei com a coordenadora do setor e ela consentiu.

Iniciei as entrevistas formais com as técnicas de enfermagem, no final do terceiro mês em que estava no campo. Escolhi o período vespertino, geralmente no momento de visita, para realizar as entrevistas. Era um dia de quarta-feira e as técnicas de enfermagem estavam reunidas no posto de enfermagem da Clínica Médica Feminina, como de costume.

Cumprimentei-as e comentei que iniciaria as entrevistas e perguntei se alguém se disponibilizava. Ninguém se manifestou. Pensei que estratégia poderia usar. Então entreguei o questionário sociodemográfico para elas responderem (Apêndice D). Tiveram dificuldade em

descrever o item que perguntava sobre o conteúdo de gerontogeriatria que gostariam de aprender. A maioria escreveu “Cuidados Gerais”, e justificaram que tinham pouco conhecimento na área. Quando terminaram, recolhi o material.

Por volta das 16 horas, fiz o convite novamente para a entrevista gravada e ficaram com receio, uma sugerindo que a outra iniciasse. Até que uma delas resolveu colaborar e nos dirigimos até a sala de conforto de enfermagem. Para maior comodidade liguei o ventilador, pois o ar-condicionado antigo fazia muito barulho. Este aposento era pequeno e acomodava duas mesas de cabeceira, um beliche e uma bicama, ao lado de um banheiro simples, sem armários para guarda de pertences. Sentamos na bicama, uma de frente para outra. Tentei deixá-la à vontade para que a entrevista pudesse fluir naturalmente. Liguei um pequeno gravador digital, testei o funcionamento e procedi inicialmente com uma questão sobre o setor da Clínica Médica em relação às demais unidades do hospital.

Esta questão não estava inserida inicialmente entre as perguntas semiestruturadas, mas foi acrescentada à medida que as observações foram realizadas. Percebia que a visão de trabalhadores de outros setores sobre a CM era diferente da visão daquelas que trabalhavam neste setor. Assim, introduzi esta pergunta para compreender se a imagem negativa da CM tinha alguma relação com a presença de idosos e seus cuidados (Apêndice E).

Das perguntas apresentadas, a participante teve muita dificuldade em responder sobre o significado do cuidado ao idoso, assim que tentei decodificar esse item. Prossegui, proferindo cada uma das perguntas pré-estabelecidas até finalizar. Quando terminou, perguntei se gostaria de adicionar algo mais e acrescentei que se desejasse poderia dar mais informações em outro momento. Agradei e pedi que convocasse a outra colega. Desse modo, naquele período, realizei quatro entrevistas.

O turno vespertino e a sala do conforto de enfermagem foram o período e local adotado para realização das entrevistas. Somente duas entrevistas foram realizadas à noite, uma no horário de almoço e duas na varanda, por solicitação das participantes.

Agendar e realizar entrevistas com as técnicas de enfermagem foi uma tarefa relativamente simples. Contudo, tive muita dificuldade com as enfermeiras, pois algumas não demonstraram interesse, algumas residiam fora do município, outras tinham mais de um vínculo empregatício que impedia de conceder a entrevista antes ou depois do plantão e o fator principal: plantões com sobrecarga de trabalho não ofereciam oportunidade de parar para conceder as entrevistas.

Com bastante dificuldade, mas com muita boa vontade, seis enfermeiras colaboraram e no momento da entrevista solicitavam que uma colega observasse o seu setor na sua

ausência. Ainda assim, algumas vezes fomos interrompidas. As entrevistas foram transcritas integralmente após a realização das mesmas, com um auxílio de um fone de ouvido.

Ao término da transcrição, conferia todo o texto novamente. Assim, ocorreram sucessivas entrevistas, até que decidi encerrá-las, pois as profissionais restantes que preenchiam os critérios de participação, não demonstravam interesse em colaborar. Outro aspecto que influenciou o momento de findar as entrevistas foi a qualidade e profundidade das informações coletadas. No total foram transcritos 443 minutos de entrevista.

Desse momento em diante, na metade do mês de novembro, quando já estava há onze meses no campo, comecei a reduzir os períodos de observação para dois dias por semana até a saída do campo em dezembro de 2013.

#### **4.7.4 A saída do campo**

Com os períodos de observação em intervalos maiores, as participantes passaram a comentar que já sentiam a minha falta e queriam saber por que eu estava permanecendo menos tempo com elas no setor. Expliquei que este procedimento fazia parte do desenvolvimento da pesquisa. Mas, os períodos menos frequentes no campo não soavam estranho somente para elas. Eu também ficava ansiosa para saber o desfecho para cada um dos idosos cuidados pelas profissionais de enfermagem, se foram transferidos, melhoraram, tiveram alta ou faleceram, enfim, como se encontravam.

Nesta etapa, revisei as anotações contidas em meu diário de campo e li pausadamente, mais uma vez, cada entrevista, fazendo algumas anotações breves sobre as temáticas que emergiam. Retornava a cada semana para o campo e procurava nas observações seletivas esclarecer algum ponto ainda obscuro. Também buscava nas conversas informais extrair informações que somavam às que já tinham disponíveis em meu diário de campo e nas entrevistas.

Quando chegou o mês de dezembro o espírito natalino contagiou todos e também o ambiente. A coordenadora providenciou a decoração de natal do ambiente e também organizou a brincadeira tradicional do amigo solidário, solicitando produtos de higiene a amigos, funcionários, estudantes e professores para que fossem doados a pacientes internados, no Natal.

Na semana que antecedia o Natal, aproveitei o ensejo e programei uma confraternização servindo um lanche especial para finalizar o meu trabalho de campo. Não foi possível reunir todas as profissionais, mas as que estavam de plantão e demais profissionais

da equipe interdisciplinar que estavam presentes puderam participar. Como elas não tinham condições de sair da unidade, tudo aconteceu na sala do conforto de enfermagem e as profissionais faziam rodízio entre si para participar. Deixei um cartão natalino fixado, agradecendo a participação e o acolhimento de todas e comuniquei à coordenadora da Clínica Médica que estava saindo do campo de investigação.

#### 4.8 PROCEDIMENTOS PARA A COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES CAPTADAS

O produto deste estudo etnográfico reuniu informações oriundas de documentos, da observação participante e de seu registro em notas de campo, bem como das entrevistas gravadas, narrativas e transcrições. O processo que utilizei para compreender as informações captadas esteve interligado durante todos os estágios de recolhimento das informações, podendo assim considerar que o mesmo ocorreu de modo processual e concomitante à coleta, conforme apresentado no modelo adotado por Menezes (1999).

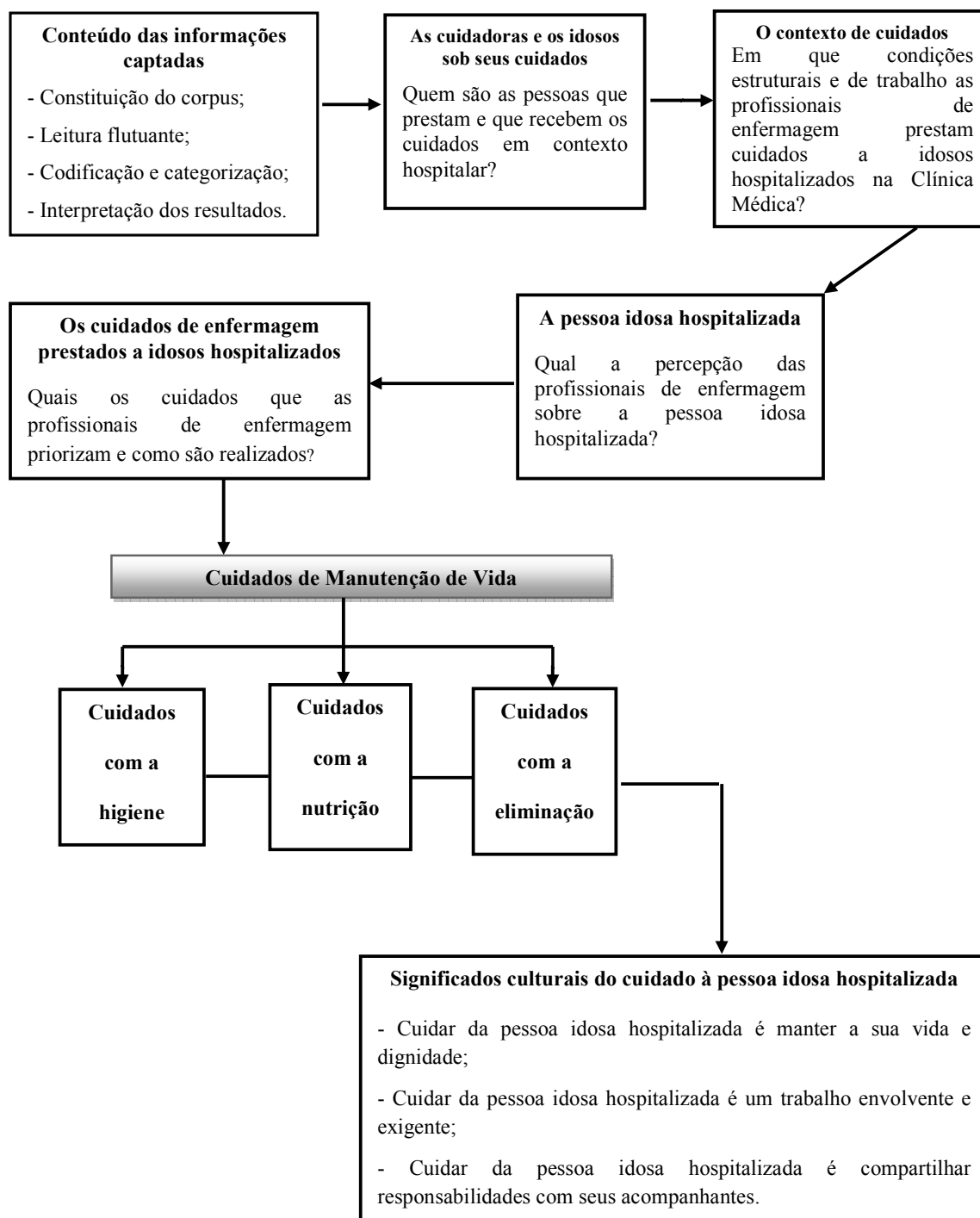
No primeiro estágio, registrei na íntegra as informações referentes ao contexto de cuidados, obtidas a partir das observações descritivas e do roteiro sistematizado de avaliação do ambiente de cuidados. Foram também captadas informações sobre as cuidadoras profissionais e as características das pessoas idosas que recebiam cuidados. A leitura cuidadosa dessas informações, permitiu que realizasse uma análise preliminar relacionando-as com os achados presentes na literatura sobre o tema explorado.

Num segundo estágio, realizei e transcrevi as entrevistas e passei às observações focalizadas nos aspectos considerados relevantes no primeiro estágio e também nas entrevistas efetivadas. Nesta fase, identifiquei os cuidados sobre os quais as profissionais relatavam mais ou dos quais mais se ocupavam e procurei prosseguir em busca de similaridades e diferenças nos discursos e nas práticas de cuidados.

No terceiro e último estágio, em busca de um maior refinamento da densidade das informações e de sua interpretação, passei às observações seletivas, esclarecendo pontos ainda obscuros e esbocei um primeiro sumário para a organização, apresentação e discussão das informações captadas.

O modo de interpretar a cultura de cuidados à pessoa idosa hospitalizada apresentado nesta tese (Figura 2) somente foi definido após validar os temas já abstraídos em estágios anteriores durante o desenvolvimento do processo etnográfico (Figura 1), com os temas identificados a partir das etapas da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2009), e verificar a coerência destes com os objetivos propostos.





**Figura 2** – Plano de Análise adotado para interpretação da visão êmica das profissionais de enfermagem da Clínica Médica sobre cuidados a idosos hospitalizados, Jequié, Bahia, 2013.

Para esta autora, a Análise Temática consiste em: “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar

alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p.131). Seguem as etapas de pré análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2009).

Na primeira fase da Análise Temática, chamada de pré-análise, a principal atividade é a organização dos dados em meio a um universo de documentos. O conjunto de documentos para serem submetidos a procedimento analítico é chamado de *corpus*. Neste estudo o *corpus* foi constituído de vinte e uma entrevistas, do registro das observações de campo e de dados obtidos de documentos (relatórios de enfermagem e prontuários).

As informações foram submetidas a sucessivas leituras flutuantes, seguidas de registro de observações dos elementos estruturantes, convergentes, temáticas afins e contradições, os quais receberam uma codificação: palavras que facilitaram a localização da informação, *a posteriori*. Esta codificação foi orientada também pelos objetivos propostos, pressupostos teóricos e pelo contexto onde se deu a observação.

O movimento seguiu para agrupar em arquivos diferentes as temáticas afins, facilitando a identificação em subconjuntos de dados, dos elementos que retrataram as práticas de cuidados de idosos pelas profissionais de enfermagem. Segundo Oliveira (2008), as categorias devem ter como características a homogeneidade, a exaustividade (não se misturam conteúdos); a exaustividade (esgotam a totalidade do texto); a exclusividade (um mesmo elemento não pode ser classificado em duas categorias diferentes); a objetividade (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais); a adequação ou pertinência (adaptadas ao conteúdo e ao objetivo do estudo).

Assim, foram surgindo temas gerais, centrais ou categorias relacionadas com as perguntas mencionadas e seus respectivos subtemas ou subcategorias, resultantes do agrupamento de palavras-chave ou expressões significantes de cada período. Foram observadas: oposição entre palavras, classes representativas, palavras ou frases significativas, segmentos repetidos, o contexto em que as palavras foram usadas. Ao término desta fase, foi construído o plano de análise que integrou as temáticas que emergiram do conjunto de informações coletadas, explicitado na figura 2.

Concluídas estas etapas de ordenação e classificação das informações, teve início a interpretação da lógica interna das profissionais de enfermagem da Clínica Médica sobre cuidados a idosos no contexto público hospitalar. Buscou-se contextualizar as informações e apresentá-las dialogando com o cenário nacional e internacional. Todas as informações encontradas foram analisadas à luz da literatura sobre enfermagem gerontogeriatrica e da Antropologia Interpretativa de Clifford Geertz.

## **5 A ENFERMAGEM TECENDO O CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS**

O título deste capítulo faz alusão ao conceito de cultura defendido por Geertz compreendido como uma teia de significados tecida pelo próprio homem e à qual está amarrado (GEERTZ, 2008). Seguindo o raciocínio proposto por este antropólogo, observei as práticas e os registros de profissionais de enfermagem referentes ao cuidado à pessoa idosa hospitalizada e conversei com elas sobre o tema no intuito de desvelar o que e como fazem, bem como os significados atribuídos a essa experiência considerando o período e o contexto em que vivem. Procurei identificar os “fios” que tecem esta prática e como eles se entrelaçam conferindo uma visão de mundo própria destas profissionais.

A presença de pessoas idosas em instituições hospitalares tem sido observada com maior frequência nas últimas décadas. Este fato pode ser atribuído ao envelhecimento populacional, ao aumento da expectativa de vida, à redução da reserva funcional e ao avanço da ciência relacionado a exames diagnósticos e tratamento de doenças. Em geral, o internamento de idosos caracteriza-se por maior custo, permanência prolongada e presença de pluripatologias (AMARAL et al., 2004; GÓIS; VERAS, 2010). Tais condições exigem ajuda direta de profissionais de enfermagem para auxiliar os idosos na realização de suas atividades básicas para a manutenção da vida, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, movimentar-se, entre outras.

Muito embora a prática profissional da enfermagem seja definida por teorias, princípios científicos, éticos e legais do exercício profissional, admite-se que esta prática também sofra influência do contexto sociocultural e dos valores e crenças dos protagonistas envolvidos.

Em alguns setores do hospital, como a Clínica Médica, é comum que a maioria dos pacientes internados tenha sessenta anos e mais, o que significa dizer que nesta unidade a convivência entre profissionais de enfermagem e os idosos é intensa. Por isso, tem sido uma preocupação das instituições hospitalares ampliarem o grau de conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados gerontogerítricos e melhorar as condições do ambiente de cuidados para que estes sejam mais efetivos e possam acrescentar aos idosos mais tempo de vida com qualidade. No entanto, estes esforços não avançam com a mesma velocidade que as demandas dos idosos gerando descontentamento para ambas as partes.

Nas circunstâncias de fragilidade da pessoa idosa e necessidade de hospitalização, é comum enfrentar dificuldades relacionadas à estrutura inadequada dos hospitais públicos, ao

conhecimento específico insuficiente dos profissionais de saúde e à escassez de recursos materiais. Associa-se a esses problemas a discriminação social e os estereótipos de feiura, dependência, incapacidade, inutilidade, de muito investimento e pouco retorno.

Desde a década de 70 há um movimento mundial preocupado em alertar a sociedade, e em especial os setores sociais, previdenciário e de saúde, para as mudanças necessárias em virtude da presença de um maior número de pessoas idosas no planeta nos próximos anos. No Brasil, a criação e a divulgação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) foram úteis para informar os idosos sobre seus direitos legais, no entanto, isto não significa que a maioria destes esteja participando ativamente do processo de conquista desses direitos.

Seguindo este raciocínio, é necessário conhecer e compreender como instituições tão antigas como os hospitais e profissionais de saúde que cuidam diretamente dos idosos (como os de enfermagem) estão desenvolvendo suas práticas ou preparando-se no sentido de aprimorá-las para atender às demandas de um grupo que aumentará consideravelmente nos próximos anos. O conhecimento do cuidado local ao idoso hospitalizado pode lançar luzes para a compreensão do que tem sido observado num contexto mais global.

Neste intuito de melhor compreender a prática de enfermagem para um grupo em específico, é que me propus conviver em um hospital por um período de doze meses. Os temas abstraídos das informações coletadas nos vários “encontros” que tive com as profissionais de enfermagem são apresentados em quatro sessões articuladas com as reflexões teóricas da Antropologia e da Enfermagem Gerontológica. Ao final, tentei esboçar um esquema geral de análise do cuidado à pessoa idosa hospitalizada mostrando uma realidade particular na qual essa foi desenvolvida.

A primeira sessão faz alusão ao ambiente hospitalar numa perspectiva estrutural e sociocultural e sua influência no processo de cuidar de pessoas idosas; a complexidade do contexto onde o idoso é cuidado; as condições oferecidas para a realização deste cuidado e as visões que se tem deste lugar sob o olhar da equipe de enfermagem que trabalha no setor observado.

A segunda sessão trata dos modos como as profissionais de enfermagem percebem a pessoa idosa hospitalizada. Revela as várias perspectivas sobre as quais a equipe de enfermagem constrói significados sobre o idoso adoecido e internado e as possíveis ressonâncias destas sobre as maneiras de pensar e formas de agir das profissionais participantes.

Na terceira parte, apresento e discuto os cuidados mais referidos pelas profissionais, os cuidados de manutenção de vida, relacionados à higiene, alimentação e eliminação. Analiso o

modo como as profissionais de enfermagem se organizam, as estratégias para enfrentar as dificuldades, o que é feito, o que não é feito, como é feito e as bases que sustentam esse modo de cuidar, ou seja, de quem ou de onde recebem influências. Em um cenário onde os recursos humanos são escassos, os acompanhantes das pessoas idosas não assumem apenas o papel de “figuras dos bastidores”, mas, são cada vez mais requisitados a compartilhar com a enfermagem o cuidado da pessoa idosa.

Nos discursos das profissionais de enfermagem é possível destacar a negligência sofrida pela pessoa idosa no contexto familiar que culmina no agravamento da condição de saúde do idoso, na hospitalização e, quase sempre, segue o único e trágico destino do óbito. Essas experiências geram uma sensação de impotência da enfermagem, mostram os limites dos cuidados com o corpo físico e a carência de cuidados articulados para a prevenção de novos abusos. Oferecem um vislumbre para entender as transformações e continuidades sociais, movimentos de solidariedade, abandono e as políticas públicas destinadas à pessoa idosa cuja operacionalização ainda é incipiente.

A quarta sessão trata dos significados atribuídos pelas profissionais de enfermagem ao cuidado do idoso hospitalizado, representados pelo cuidado ao idoso como manutenção da vida e dignidade, o cuidado ao idoso como um trabalho exigente e envolvente e o cuidado ao idoso como uma prática compartilhada com os familiares. Por fim, apresento a cultura de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, onde defendo a tese de que mesmo sendo o hospital um ambiente de rotinas rígidas pautada no modelo biomédico, a experiência de cuidar do idoso hospitalizado é também intersubjetiva, relacional e mediada pelo fenômeno sociocultural.

## 5.1 O CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Em estudos etnográficos é de fundamental importância o conhecimento do ambiente e do contexto onde ocorre o fenômeno investigado, pois se acredita em apresentações distintas do mesmo fenômeno, a depender do local onde ele se manifesta. Esta constatação foi identificada por Geertz ao observar particularidades no desenvolvimento e manifestações do Islã no Marrocos e na Indonésia, embora supostamente fosse uma religião única (GEERTZ, 2004).

Neste estudo, a observação do ambiente de cuidados à pessoa idosa em um hospital público do interior da região nordeste desenvolveu-se com base em um roteiro construído a

partir dos aspectos que constam nas normas que tratam da estrutura necessária ao funcionamento de instituições de assistência à saúde em geral e das destinadas especificamente ao cuidado de idosos (Apêndice C). No entanto, à medida que se acrescentavam os dias de observação, constatei com base em diálogos informais que também havia um componente cultural relacionado àquele ambiente que eu convivia. Foi então que decidi elucidar se havia alguma relação com a imagem da Clínica Médica e o número elevado de idosos internados. Fiquei mais atenta aos diálogos informais que aconteciam no posto de enfermagem e resolvi acrescentar às questões previamente estabelecidas para a entrevista mais uma pergunta relacionada ao tema.

De posse deste conjunto de informações, organizei os dados e sistematizei a sua apresentação em dois eixos: a Clínica Médica e sua dimensão estrutural e a Clínica Médica e sua dimensão cultural que denota uma visãoêmica e uma visão ética sobre este lugar.

### **5.1.1 A Clínica Médica e sua dimensão estrutural**

A estrutura de uma unidade de saúde influencia na qualidade da assistência prestada, por isso a sua análise deve ser compreendida como um dos requisitos essenciais do cuidado em saúde. Pode servir como fator que potencialize a recuperação ou piora o estado de saúde das pessoas. Aspectos como iluminação, ventilação, higiene, disposição dos mobiliários e oferta de materiais, não só previnem infecção, como favorecem o bem-estar, reduzem ou ampliam a dependência dos pacientes, tornando as demandas pelo auxílio da enfermagem mais ou menos intensas, sobretudo, na estrutura hospitalar, que como espaço de cuidados deve ser o mais saudável e seguro possível. Outro aspecto relevante diz respeito aos benefícios que um ambiente bem estruturado traz para a equipe de enfermagem visto que facilita o seu trabalho e o torna mais eficaz.

Diante de tais concepções, procurei investigar: como está estruturada a Clínica Médica enquanto um ambiente de produção de cuidados à pessoa idosa? Esta sessão tem por objetivo caracterizar a estrutura do setor de Clínica Médica em seus aspectos gerais, de ambientes em específico e de seus recursos humanos e materiais considerando a sua adequação para o cuidado de pessoas idosas.

A instituição pública investigada fica localizada no interior da região nordeste do Brasil, desenvolve ações de assistência, ensino e pesquisa e oferece o campo para o desenvolvimento de práticas e estágios dos cursos de nível superior, como os de: enfermagem,

fisioterapia, farmácia, medicina, nutrição, psicologia; e os de nível técnico, a exemplo de técnico em enfermagem, segurança do trabalho, radiologia, laboratório, entre outras áreas.

O roteiro utilizado para nortear a observação do ambiente de cuidados à pessoa idosa hospitalizada constou das seguintes características: condições gerais e de lugares específicos como banheiros, enfermarias, corredores e de aspectos relacionados aos recursos humanos, a organização do processo de trabalho e aos recursos materiais (Apêndice C). Os dados foram coletados por meio da observação, com início no mês de janeiro e término em dezembro de 2013, de modo a acompanhar as mudanças conquistadas e as variações do ambiente ao longo do tempo.

Durante o período da coleta de dados também foram registradas em diário de campo as conversas informais com as profissionais de enfermagem sobre a influência da estrutura no cuidado à pessoa idosa hospitalizada. A análise utilizou como parâmetro as seguintes orientações, normas e legislações para a construção de ambientes destinados ao cuidado de idosos e de setores hospitalares: RDC nº 283 (ANVISA, 2005); NBR nº 9050 (ABNT, 2004); *Ambiência* (BRASIL, 2010).

Os hospitais são compreendidos como instituições complexas de assistência à saúde que funcionam de modo contínuo e ininterrupto. A Clínica Médica se constitui em uma das unidades de internamento hospitalar caracterizada pela presença de pacientes crônicos dentre os quais se encontram os idosos. Estes usuários são responsáveis por grande parte dos serviços oferecidos pela Clínica Médica devido ao aumento da expectativa de vida, à redução da capacidade funcional, à exposição por maior tempo a fatores de risco e à presença de comorbidades.

A pessoa idosa enquanto usuária dos serviços de saúde deve ser vista como cidadã que goza de todos os direitos estabelecidos no SUS (BRASIL, 1988). Portanto, o atendimento à saúde desse grupo etário deve ser integral, integrado e equânime e as unidades hospitalares, com leitos disponíveis para a assistência de pessoas idosas devem estar preparadas para acolhê-las com conforto, segurança e adaptação necessárias às mudanças próprias do envelhecimento.

A partir das observações realizadas, a primeira constatação foi a de que os leitos da Clínica Médica são compartilhados por jovens, adultos e idosos, excluindo-se apenas as crianças. Portanto, nesta enfermaria geral, não há uma avaliação específica, nem cuidados sistematizados, exclusivos à pessoa idosa. Todos são atendidos pelos profissionais da equipe de saúde, mas não existe médico geriatra, nem tampouco equipe geriátrica.

Quanto à estrutura física, a Clínica Médica está localizada e se estende por toda a área superior e anterior do hospital investigado, de onde se tem uma visão privilegiada da cidade. Na sacada, um pequeno jardim foi organizado pela coordenação de enfermagem, com plantas de pequeno porte, resistentes ao clima quente da região. O vermelho do sangue, presente em curativos, transfusões e hemorragia de pacientes, contrasta com o vermelho das flores avermelhadas que alegam e embelezam o ambiente de dor e sofrimento. Da varanda pode-se observar alguns pontos turísticos do município como a igreja matriz, hotéis, escolas, clínicas, supermercados, construções de prédios e conjuntos habitacionais que se multiplicam pelos arredores da cidade.

Embora seja este um espaço social bastante utilizado pela maioria das pessoas que circulam na Clínica, a infraestrutura da varanda é precária, não há cadeiras, nem proteção da luz solar direta. No local, alunos e professores se reúnem, fazem orientações, arguem, discutem condutas e casos clínicos, registram e coletam dados de prontuários. Enfermeiras e técnicas também procuram o ambiente quando querem privacidade para ter uma rápida conversa restrita ou falar ao celular. Pacientes idosos são conduzidos principalmente pelos seus acompanhantes ou profissionais de fisioterapia para caminhar, tomar banho de sol ou simplesmente apreciar a encantadora vista das montanhas abraçando a cidade. Além desta ampla varanda, duas outras, menores, podem ser encontradas nas extremidades das alas masculina e feminina.

Da varanda da Clínica Médica, é possível ter diferentes sensações de acordo com a estação do ano, se bem que o sol e o calor estão presentes constantemente variando apenas na intensidade: ameno ou causticante. O vento pela manhã sopra trazendo suave frescor e renovando o ar de um ambiente impregnado de micro-organismos, dos inócuos aos mais resistentes aos potentes antibióticos de última geração. Esse mesmo vento, por vezes, sopra com tanta intensidade e fúria que desorganiza e agita as folhas dos prontuários, obrigando a fechar as portas ao visitante desordeiro. À tarde, a terra já bastante aquecida dá a sensação de que a cidade cercada de montanhas está fumegando e permanecer com o fardamento e os equipamentos de proteção individual torna-se um sacrifício. Calça, blusa com manga, meias, sapatos fechados, jaleco, gorro, máscara, luvas de látex, aumentam ainda mais a temperatura corporal fazendo escorrer ou gotejar o suor, o que causa intenso desconforto aos profissionais e estudantes da área da saúde. Um espetáculo à parte acontece pela tarde quando o sol se deita por detrás das montanhas. O tom róseo-avermelhado dá indícios de que no dia seguinte haveremos de gozar da companhia do astro rei novamente.



O acesso ao interior da Clínica Médica propriamente dita pode ocorrer pelo elevador, ou por duas escadarias, uma central (larga, com corrimão e degraus de altura suave) e outra periférica (estreita e de degraus mais elevados), frequentada comumente por estudantes que transitam com bandejas cheias de materiais necessários ao cuidado dos pacientes. No ambiente, são encontradas placas sinalizadoras que orientam pacientes, acompanhantes, visitantes, estudantes e profissionais, mesmo assim, é comum a equipe de enfermagem dar informações sobre como localizar pessoas e lugares, especialmente nos horários de visita.

Ao chegar pelo elevador principal encontra-se um pequeno *hall* de circulação que dá acesso às clínicas masculina e feminina, ao expurgo e ao Posto de Enfermagem. Este *hall* recebe luz natural abundante e ventilação que vem da varanda. Uma pintura rosa nas paredes sugere que o espaço é predominantemente feminino. Um grande mural branco, com flores coloridas exibe os mais variados informes de interesse para os que circulam na Unidade. Um balcão, rodeado de cadeiras plásticas serve de apoio para os profissionais de saúde prescrever e registrar nos prontuários que ficam acondicionados individualmente, por leito e sexo. O livro de ocorrência, a preferência de escala, os relatórios de enfermagem, impressos variados e bolsas dos funcionários são guardados na prateleira inferior interna do balcão.

Logo à frente, próximo à entrada da Clínica Médica Feminina, se encontra um carrinho de emergência, improvisado em uma mesa de cabeceira com rodinhas para facilitar o deslocamento no momento de atendimento. Na maior parte do tempo, o móvel permanece trancado e sob supervisão da enfermeira. Defronte deste, um bebedouro serve como a única fonte de água potável aos pacientes e acompanhantes presentes na unidade. E, imediatamente ao lado do bebedouro, há uma mesa com dois computadores acoplados a uma impressora que ficam à disposição dos profissionais de saúde.

À direita de quem sai do elevador encontram-se duas entradas. Na primeira, devidamente identificada e quase sempre com a porta fechada, fica situado o expurgo. No interior deste ambiente, existe uma parede divisória que separa a área de limpeza e acondicionamento de materiais, da área onde são descartadas as roupas sujas nos *hampers*. Não obstante os acompanhantes serem orientados sobre o local adequado de descarte das roupas sujas, uma comissão foi instaurada para investigar o desaparecimento de 70 lençóis num período de 30 dias. Há indícios de que os mesmos estão sendo colocados no recipiente destinado ao lixo contaminado, portanto desprezados, ao invés de conduzidos à lavanderia.

Ainda à direita do *hall* de entrada, numa segunda porta, adiante do expurgo, está situada a Clínica Médica Feminina, com capacidade para 14 leitos distribuídos em oito quartos (todos com janela), dois individuais e seis com dois leitos. Nem todos os leitos

dispõem de saída de oxigênio e vácuo. Os leitos são identificados por uma folha de papel ofício com número cardinal e nome do paciente. Essas placas de identificação são atualizadas a cada plantão de doze horas.

Todos os quartos possuem janelas, portanto, têm iluminação e ventilação naturais de acordo com a posição dos quartos e das enfermarias. Os espaços com as janelas voltadas para a varanda são mais ventilados. No entanto, o calor excessivo gera intenso desconforto para os pacientes e acompanhantes que tentam amenizá-lo abanando-se com pedaços de papelão, revista, leques ou solicitam autorização da enfermeira para trazer um ventilador. Durante o período de coleta, observei que nenhum ambiente da CMF tinha sido climatizado ainda. As camas são de ferro, muitas com manivelas quebradas ou enguiçadas. Os leitos das extremidades ficam encostados à parede e não obedecem ao disposto na Resolução da Diretoria Colegiada Nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002), que determina o afastamento entre o leito e a parede de 0,5m. Os colchões estão em perfeito estado de conservação, mas os acamados se queixam de dores lombares, devido sua baixa densidade.

Idosos, quando hospitalizados, passam grande parte do tempo restritos ao leito. A presença de doença limitante, a falta de estímulo por parte de familiares e profissionais, depressão, ausência de ambiente propício para pequenas caminhadas e meditação, medo de perder o acesso venoso ou de sofrer uma queda, ausência de poltrona reclinável no quarto ou na enfermaria, são alguns dos fatores que contribuem para a restrição do idoso ao leito. Assim, é de suma importância que os colchões sejam adequados à condição física do idoso.

Em se tratando dos lençóis, a quantidade é inferior à demanda. Faltam também rolos para apoiar os pacientes nas mudanças de decúbito, por isso a coordenação de enfermagem permite aos acompanhantes trazerem estes materiais de casa. Não há armários para acondicionar os pertences dos pacientes, somente as mesinhas de cabeceira. Quando estas se tornam pequenas ou insuficientes para guardar os pertences, o parapeito das janelas também é utilizado.

Três sanitários servem às pacientes e suas acompanhantes, um no corredor em frente à sala de preparo de medicação e os outros dois nos quartos de dois leitos. Os banheiros sofrem frequentemente reformas para adaptar-se às novas demandas, mas ainda assim, não favorecem a independência funcional da pessoa idosa. Os banheiros necessitam ser ampliados para facilitar a livre circulação de cadeiras de rodas, acrescentar barras de apoio, ajustar a altura dos vasos sanitários, dentre outros aspectos recomendados pelas Normas de acessibilidade na NBR 9050 (ABNT, 2004).

Para o conforto dos acompanhantes só há disponibilidade de cadeiras plásticas. Muitos deles, em momentos de cansaço extremo improvisam um local de repouso próximo ao leito do paciente com papelões, cobertores ou trazem colchonetes de casa. O que apenas lhes está assegurado é a realização das principais refeições, conforme previsto na Portaria N° 280 (BRASIL, 1999). Assim que os acompanhantes adentram na unidade, recebem orientação da enfermeira sobre o horário das refeições e um cartão que lhes dá o direito de frequentar o refeitório.

Embora seja garantido ao idoso o direito a um acompanhante, alguns deles ficam sozinhos. Nestes casos, os acompanhantes de idosos de leitos vizinhos, solicitam alguém da equipe de enfermagem para atender aos que estão sós e necessitam de auxílio porque não existem campanhas para facilitar a comunicação com a equipe de enfermagem. Ao visitar uma das enfermarias, encontrei uma idosa com deficiência visual, sem acompanhante. A enfermeira teve o cuidado de admiti-la em um quarto com banheiro, mas o fato da idosa não ter familiaridade com a disposição do mobiliário requeria para a sua locomoção e orientação no ambiente total auxílio de acompanhantes e da equipe de enfermagem. Desse modo, a inexistência de sinalização para deficientes visuais, no hospital investigado, comprometeu a independência funcional da idosa.

Quanto à orientação temporal, tem-se a noção do dia e da noite através das janelas que permanecem abertas, e dos dias e meses pelo uso de calendários fixados próximo ao leito dos pacientes, especialmente àqueles em internação prolongada. Existe apenas um relógio fixado à parede no *hall* principal, onde está localizado o posto de enfermagem.

Idosos mais independentes capazes de comunicar-se verbalmente mantêm contato com o meio externo, utilizando o telefone celular. Em certa ocasião, presenciei uma situação inusitada, quando uma senhora idosa internada pediu pelo celular que a deixassem conversar com o seu cachorro de estimação. Ela pronunciou algumas palavras meigas, e para minha surpresa, do outro lado, o animal emitiu latidos como se estivesse reconhecendo a voz da idosa. Esta senhora ficou muito emocionada, chorou e disse que estava preocupada com seu animal e morrendo de saudades dele, seu companheiro de todas as horas.

Este episódio remete aos significados da hospitalização para a pessoa idosa como uma alteração da vida cotidiana, marcada pelo distanciamento das pessoas queridas, dos animais de estimação, dos pertences, dos hábitos, costumes e rituais diários do seu próprio lar. Para essa pessoa idosa, o afastamento e a preocupação com seu animal produzia intensa tristeza. No entanto, a enfermagem envolvida com tantas tarefas, sequer se deu conta do problema. Caso fosse identificado pela equipe de enfermagem, poderia ser socializado com familiares e

a idosa provavelmente se sentiria mais tranquila sabendo que o cão tão querido estava sendo cuidado adequadamente na sua ausência.

A sala de preparo de medicamentos está situada na área central da Clínica Médica Feminina. É ampla, dispõe de uma bancada em granito, pia de inox, armário para guarda de produtos de desinfecção e frascos de soluções, armário individualizado por leito para acondicionamento das medicações, caixas plásticas para a guarda de *kits* de oxigênio, equipamentos para aspiração e máscaras de nebulização. Em outro armário maior, com prateleiras amplas, são mantidos o material descartável, glicosímetro e tensiômetro. Ainda neste mesmo espaço, encontra-se uma porta que dá acesso ao sanitário utilizado por funcionários, voluntários e estudantes.

A sala de preparo de medicamentos também é um ambiente para socialização das profissionais de enfermagem do setor. Por ser ampla, tem capacidade de acomodar cadeiras plásticas e uma poltrona acolchoada e reclinável. Um ventilador está quase sempre ligado para refrescar o ambiente. Quando estas profissionais não estão realizando os cuidados diretos com os pacientes, descansam um pouco durante o plantão, dão uma pausa para um rápido cafezinho ou conversam sobre a evolução dos pacientes, novas tecnologias do cuidado de feridas e outros assuntos diversos com repercussão na mídia. Uma larga janela permite a comunicação entre os pacientes e seus acompanhantes e os profissionais que estão no interior da sala.

Em frente desta, sobre um carrinho localizado no corredor, são disponibilizados aos acompanhantes luvas, máscaras, algodão, cobertores, copos descartáveis, fraldas e seringas para alimentação via sonda nasogástrica e nasoenteral. Em frente à sala de medicação, ficam também acondicionados biombo, cadeira de banho e, em armários de madeira, as soluções de infusão parenteral. O uso de biombos varia de profissional para profissional, exceto no preparo do corpo pós-morte, situação em que todas as profissionais o utilizam.

Os corredores não excedem 1,5m de largura e não dispõem de corrimão, de modo que ocorre uma infração da legislação que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. De acordo com a RDC N° 50 (BRASIL, 2002), os corredores destinados a circulação de pacientes devem possuir corrimão em ao menos uma parede lateral e, os corredores de tráfego intenso de material e pessoal devem ter largura mínima de 2,00m.

À esquerda do *hall* de entrada, encontramos a Clínica Médica Masculina. Na primeira porta à direita, fica situada a sala de conforto de enfermagem. Um modesto quarto com um antigo e barulhento ar-condicionado, um ventilador, um beliche, uma bicama, uma mesinha

de cabeceira e o banheiro. Após o almoço ou nos plantões noturnos, as funcionárias se revezam para um breve descanso neste espaço, a fim de repor as energias e enfrentar a intensa jornada de 12 horas seguidas de trabalho.

A CMM tem capacidade para 16 leitos distribuídos em cinco diferentes ambientes, todos com iluminação e ventilação naturais: três quartos individuais, dois com dois leitos, uma enfermaria de três leitos e outra maior, de seis leitos. O mobiliário e a organização do espaço da CMM são semelhantes ao da CMF, exceto a presença de enfermarias maiores que dificultam a manutenção da privacidade e do conforto dos pacientes.

Um ar-condicionado ameniza a temperatura elevada ocasionada pela incidência de luz solar direta sobre a “enfermaria grande” na maior parte do dia. Mas, geralmente as pessoas idosas se queixam da baixa temperatura, mesmo estando protegidas com cobertores. Dois dos três quartos individuais também estão climatizados e têm por prioridade receber pacientes de internação prolongada, a exemplo de idosos com Esclerose Lateral Amiotrófica ou pessoas vítimas de Trauma Raquimedular. O quarto individual não climatizado serve a pacientes que necessitam de isolamento, como os de tuberculose, com baixa imunidade ou portadores de bactérias resistentes ao tratamento de antibióticos convencionais.

Três banheiros estão disponíveis para pacientes e acompanhantes. Apesar de terem passado por reforma recente, não são apropriados, pois são pequenos, têm as portas estreitas e faltam barras de apoio na área dos chuveiros. Em geral, os sanitários são higienizados após todos os pacientes tomarem banho ou se a limpeza for solicitada por algum profissional da enfermagem.

A sala de preparo de medicamentos é bem menor e mais estreita que a da CMF e fica localizada ao lado esquerdo da enfermaria grande. Um aviso de acesso restrito aos funcionários encontra-se fixado à porta. Comporta somente duas pessoas transitando, por isso a presença de estudantes, quase sempre, gera tumulto. Os materiais dispostos sobre a pequena bancada recebem respingos de água quando alguém se lava as mãos. Existe uma rotina semanal de desinfecção de materiais como almotolias, caixas plásticas, bandejas, *kits* de oxigênio, dentre outros. As soluções parenterais ficam acondicionadas em um armário de madeira defronte à sala de medicação.

As duas enfermarias estão interligadas pelo posto de enfermagem de onde se tem uma visão de todos que entram e saem da clínica. É um espaço vigiado sob o olhar das enfermeiras e das câmeras. Se comparadas a uma fábrica, as enfermarias e quartos seriam as áreas de produção e o posto de enfermagem, a área de gerência. Para as enfermarias funcionar é necessário suprimento, organização e supervisão concedida pela gerência. O que faz a

diferencia neste caso, são a natureza e o valor do que é produzido. Na produção do cuidado, o resultado final deve ser a manutenção da vida ou morte com dignidade.

Trabalham no setor 32 profissionais de enfermagem, 12 enfermeiras e 20 técnicas de enfermagem, todas são mulheres. A jornada de trabalho da maioria da equipe é de doze horas ininterruptas por plantão, perfazendo 30 horas semanais ou doze plantões mensais. No período diurno, em dias úteis, estão escaladas duas enfermeiras gerente/assistencial, uma para cada ala e uma enfermeira coordenadora. Para a unidade feminina, duas técnicas de enfermagem e três para a unidade masculina. No período noturno, uma enfermeira e duas técnicas ficam responsáveis pelos 30 leitos. Em raras circunstâncias o contingente de profissionais por plantão excede o que foi aqui descrito.

A unidade conta ainda com o apoio de estagiários curriculares e extracurriculares, mais frequentes em dias úteis, no período diurno e de acordo com o calendário das universidades, faculdades e escolas técnicas. Os acompanhantes dos pacientes também auxiliam em atividades como a higiene corporal, alimentação e administração de medicamentos por via oral.

O processo de trabalho está organizado por tarefas executadas segundo a competência de cada categoria profissional. Embora os idosos sejam pessoas singulares, muito do cuidado que é prestado pela enfermagem é inespecífico, geral, universal, e por vezes, até insuficiente. Ainda assim, acontece diariamente um verdadeiro ritual de cuidados. Dentre os fatores apresentados pelas profissionais de enfermagem como relacionados à qualidade da assistência prestada aos idosos, a insuficiência de profissionais para as demandas da CM é o principal fator, seguido da escassez de recursos materiais.

O ritual de cuidados tem início com a passagem de plantão. As enfermeiras recebem no posto de enfermagem informações sobre cada paciente internado e as registram em um papel. O mais comum é descreverem o estado geral do idoso, o que a pessoa idosa está usando (cateteres, sondas, equipamentos, outros), as intercorrências no período, as pendências de exames e avaliações, a necessidade de controles como a pressão arterial, temperatura, balanço hídrico e os problemas administrativos e de manutenção da unidade. Em seguida, fazem a leitura do relatório de enfermagem, atualizam a lista de pacientes da unidade e do respectivo médico assistente, fixam no mural e identificam pacientes em jejum, quer para exames, quer procedimento cirúrgico. Esses dados são repassados às técnicas de enfermagem e às auxiliares de nutrição. Logo, saem com uma prancheta rumo as enfermarias para uma ronda, uma espécie de visita a cada paciente para observar suas condições gerais, queixas e necessidades de cuidados. As principais informações são anotadas e, posteriormente, registradas em

prontuário. Nessa ocasião, aproveitam para observar a unidade como um todo, higiene, organização e também orientam e conversam com os acompanhantes.

As enfermeiras relatam que os idosos são carentes e querem conversar sobre a família, os filhos, sua história de vida e suas múltiplas queixas, mas que elas não têm tempo para dar muita atenção em virtude das demandas da unidade. Quando retornam do “encontro” com os pacientes, providenciam o atendimento das necessidades urgentes como encaminhamento para exames ou tratamento fora da unidade hospitalar, solicitam avaliações, administram medicamentos, dentre outras e, depois, sentam para fazer os apontamentos no prontuário. Registrar o que foi realizado e observado é uma atividade extremamente importante e necessária, mas absorve grande parte do tempo das enfermeiras, pois não param exclusivamente para executar esta ação. A todo tempo são interrompidas para atender telefone, dar informações, admitir pacientes ou liberá-los para alta ou transferência ou prestar socorro em alguma situação de emergência. A sensação é de que ao findarem esta etapa por volta das 10:30 horas, se sentem profundamente aliviadas e com a sensação de dever cumprido, embora o plantão esteja só iniciando. Quase sempre lancham ali mesmo no posto de enfermagem ao tempo que preenchem algum papel.

A partir desse momento, as enfermeiras retornam às enfermarias para a introdução de cateteres para alimentação ou drenagem urinária, preparo de soluções para serem instaladas em bomba de infusão, realização de curativos, limpeza de traqueostomia, aspiração de secreções ou outros procedimentos mais complexos. Outras optam por fazerem logo a solicitação de medicamentos à farmácia, pois embora a prescrição esteja informatizada, alguns médicos insistem em manter a prescrição manuscrita, aumentando ainda mais o trabalho da enfermagem. Já exaustas, fazem o registro em prontuário dos procedimentos realizados e almoçam em horário revezado com a colega.

Quando retornam da refeição, resolvem algumas pendências do período matutino, iniciam o preenchimento do relatório de enfermagem e ficam à disposição dos acompanhantes e visitas que a todo tempo solicitam a “enfermeira chefe”. O plantão segue, finaliza o horário de visitas e, com o ambiente um pouco mais calmo, retornam novamente ao leito dos pacientes mais graves e encerram o preenchimento do relatório. Quando a enfermeira do período noturno chega, elas passam o plantão, se despedem e seguem para as suas residências, em alguns casos, situadas em municípios vizinhos.

O ritual das técnicas de enfermagem também se inicia com a passagem de plantão leito a leito. Em seguida dividem as tarefas. Uma segue separando a medicação e preparando a que será administrada às oito horas e identifica os que têm prescrição de glicemia capilar e

nebulização de horário. Outra técnica confere a quantidade de lençóis, o material disponível para os banhos e curativos e em seguida verifica a pressão arterial de todos os pacientes. Registra tudo em uma folha de ofício que posteriormente será entregue a enfermeira para que possa anotar a evolução registrada em prontuário. Nem todos os pacientes têm sua temperatura verificada.

Quando a técnica retorna desse primeiro contato com os pacientes, ela acrescenta às informações sobre nebulização e glicemia os dados sobre banhos e curativos. Essa planilha é fixada na sala de medicação na qual fica visível a toda equipe e consta o tipo de procedimento realizado e seus respectivos leitos. À medida que os procedimentos são realizados, elas os checam, marcando com um risco sobre o número do leito. Entre si definem quem irá cuidar de cada paciente, para os mais dependentes são deslocadas duas profissionais.

Essa é a parte mais árdua do serviço. São muitos os banhos de leito, às vezes chegam a quinze ou mais. Por isso, não é incomum que a qualidade da higienização do couro cabeludo, das narinas, da boca e tricotomia fique a desejar. A sobrecarga é aliviada com a ajuda dos estagiários e dos acompanhantes. Estes últimos auxiliam em graus variados de acordo com o que as técnicas delegam. Alguns acompanhantes realizam o banho sozinhos, outros sob orientação e/ou supervisão, outros iniciam sozinhos e terminam com o auxílio da equipe. Poucos pacientes são conduzidos em cadeira para o banho de aspersão em chuveiro e os totalmente independentes são em número reduzido na clínica.

Quanto aos curativos, os mais simples são realizados durante o banho à medida que a área comprometida vai sendo exposta. Alguns pacientes acamados por muito tempo chegam a ter mais de cinco úlceras por pressão, o que torna o banho muito demorado e cansativo. Ao finalizarem o cuidado higiênico dos pacientes, as técnicas de enfermagem estão visivelmente exauridas e, quase sempre, encharcadas de suor. Lavam o rosto e fazem um lanche antes de passar para etapa seguinte.

Essas profissionais retornam das enfermarias exibindo fâcias de contentamento se o idoso está se recuperando, melhorando seu estado de humor e de independência funcional. Mas, em outras circunstâncias, mesmo tendo desempenhando o cuidado com todo afincamento, quando a redução da autonomia e independência do idoso é progressiva e irreversível, prevalece uma reação de desalento e a sensação de que o esforço foi inútil.

O preparo da medicação das onze horas é mais demorado, pois são utilizados muitos antibióticos que necessitam de diluição especial. Uma técnica de enfermagem se ocupa desta tarefa enquanto outra vai realizando as glicemias e instalando as nebulizações. À medida que as medicações vão sendo administradas, são percebidas as soluções venosas com infiltrações



que indicam a necessidade de uma nova punção. Os membros superiores, braços e dorso das mãos dos idosos ficam edemaciados, com hematomas e equimoses em consequência da derme mais fina e da fragilidade capilar, das sucessivas perfurações para administração de medicações venosas, intramusculares e da retirada de sangue para exames laboratoriais, requerendo um cuidado especial da enfermagem. Ao final do período matutino, as técnicas de enfermagem fazem os seus registros em prontuário e checam a medicação administrada.

Assim como as enfermeiras, as técnicas fazem rodízio para a saída do almoço. Quando retornam, preparam o ambiente e os pacientes para receberem as visitas e durante esse período aproveitam para tomar um café e fazer um breve repouso no conforto de enfermagem ou na sala de medicação da Clínica Médica Feminina.

No hospital, não existem atividades programadas de terapia ocupacional, contudo, as profissionais de enfermagem orientam familiares a trazer livros, revistas ou som para que os idosos possam distrair-se e evitar a ociosidade completa. Assistir televisão só é permitido com a autorização da enfermeira que geralmente o faz para pacientes internados em quartos individuais ou cuja internação é prolongada.

Findado o horário de visitas, trocam as fraldas dos pacientes, preparam a medicação das 17 horas e realizam novamente glicemias e nebulizações, registrando em seguida todas as ações no prontuário. Terminadas as atividades, as profissionais de enfermagem passam o plantão para as colegas do período noturno. Mudam-se os pacientes e os acompanhantes, mas todos os dias esse ritual se repete. Não resta tempo para quase mais nada. Em síntese, o cuidado da enfermagem segue a sequência: observação-ação-registro. Sempre depois de uma observação tem-se uma informação adquirida a partir de um julgamento clínico. Essa constatação determina uma ação que é registrada.

Há uma diferença claramente observável entre o trabalho desempenhado pelos membros da equipe de enfermagem. As enfermeiras são constantemente requisitadas para resolver problemas relacionados a transporte de pacientes, realização de exames, falta de materiais, atraso nas consultas, dentre outros. Passam grande parte do tempo com papéis, a registrar, solicitar, encaminhar e também a atender e solicitar ligações. São atividades necessárias para que o cuidado direto possa ser tecido e desenvolvido, com todos os instrumentos que são imprescindíveis, mas, por outro lado, reduzem o tempo relacional com o idoso.

O resultado eficaz do cuidado da enfermeira é dependente de muitos outros setores como lavanderia, almoxarifado, manutenção, nutrição, laboratório, transporte, higienização, farmácia e da presteza da equipe médica e dos demais profissionais de saúde. Por ser a

enfermeira profissional articuladora da equipe multiprofissional e a que permanece ininterruptamente próxima ao idoso e a sua rede social, para qualquer problema que surja a sua presença é imediatamente requerida. Já, o trabalho das técnicas de enfermagem caracteriza-se pelo contato direto com os pacientes, na maior parte do tempo. O seu cuidado é eminentemente prático.

Em relação aos materiais utilizados na clínica, estes podem ser classificados como de uso permanente e de consumo. A compra de todos eles é precedida de licitação pública e este processo requer tempo de tramitação. Os materiais de uso permanente são mais caros, necessitam de um planejamento mais acurado para as compras e requerem manutenção preventiva e reparadora. Os de consumo são de alta rotatividade. A enfermeira coordenadora é responsável pela previsão, provisão, organização e controle dos materiais que são solicitados ao almoxarifado em um impresso apropriado, uma vez por semana. A reposição se faz com base num tempo pré-determinado e no estoque.

Quanto maior a dependência e gravidade do paciente, maior o uso de instrumentos, aparelhos e materiais de consumo para os cuidados. No período de coleta de dados, observei que os materiais, em geral, são insuficientes, alguns deles são utilizados em condições precárias (a exemplo da cadeira de banho), alguns outros improvisados. Quanto aos materiais de consumo percebi que havia dias em que faltava o essencial como sabão para higiene das mãos, papel toalha e álcool a 70%. Às vezes conseguia uma pequena quantidade em outros setores e a equipe anunciava o uso regrado. Em outros momentos a falta era total, inclusive de fraldas, alguns tipos de antibióticos e nutrição parenteral.

O cuidado à pessoa idosa tem se tornado cada vez mais complexo em virtude de suas condições clínicas, do avanço na medicina, e da tecnologia com a descoberta de novos exames diagnósticos, equipamentos para monitoramento, novos medicamentos e tratamentos complementares. As demandas do SUS estão sempre superiores à oferta de serviços, bem como dos materiais necessários para mantê-los em funcionamento e a aquisição de materiais depende de recursos financeiros, quase sempre escassos. Desse modo, a equipe de enfermagem convive com a escassez ou a privação de materiais, gerando uma das principais causas de insatisfação no trabalho, porque gasta uma grande parte do tempo tentando obter o material necessário em outros setores ou improvisando. Mas, a pior constatação é de que frequentemente há prejuízos para o paciente o que lhes dá uma sensação de impotência e de não ter alcançado, mesmo com tanto esforço, o resultado desejado.

Diante de todas as informações relativas ao ambiente de cuidados aos idosos até aqui especificadas, vê-se que o ambiente não se limita apenas ao espaço físico, mas também a toda

uma estrutura preparada para receber os usuários e que assume uma nova configuração à medida que cada paciente ocupa o seu lugar. Mesmo com espaços individuais restritos (não mais que um leito e uma mesa de cabeceira), os idosos imprimem neste microambiente características de sua personalidade e modos de vida. As pessoas idosas mantêm consigo a Bíblia Sagrada, revistas de cunho religioso, terço, almofadas cujas capas exibem imagem de santos, revelando que valorizam e praticam a sua religiosidade. Portanto, como nos lembra a enfermeira gerontóloga Eliopoulos “a comunicação entre nós e o que nos cerca é dinâmica e importante” (ELIOPOULOS, 2011, p.231).

Durante o período de observação ficou demonstrado que existe uma preocupação da equipe no tratamento que é dado ao espaço físico, tornando-o mais alegre, colorido e confortável, valorizando a criação de espaços promotores de encontros e relaxamento para os trabalhadores e as pessoas internadas, a exemplo do jardim organizado na varanda. Na construção desse espaço, houve a participação da equipe opinando e contribuindo com pequenas doações para a compra das plantas, aumentando o sentimento de pertença e satisfação.

Outro aspecto positivo observado foi a produção de música ambiente e ornamentação adequada à cultura local e às datas comemorativas de festa junina e natalina. A música ambiente parecia criar uma atmosfera mais animada deixando os profissionais e usuários mais descontraídos, constatação feita a partir das expressões de alegria, acompanhamento da música tocada, comentários sobre fatos ocorridos nestas festas em outras datas. Enfim, quando a música soava, partilhavam do mesmo espírito que contagiava o ambiente externo, conectando-os com o mundo fora do contexto hospitalar.

No Brasil, a construção, ampliação e reforma de estrutura física das instituições assistenciais de saúde, quer sejam públicas, quer privadas, seguem critérios e parâmetros técnicos estabelecidos na RDC nº 50 (ANVISA, 2002). Segundo essa norma, a Clínica Médica do hospital observado necessita de uma ampla reforma para facilitar a circulação dos idosos de forma autônoma e independente. Devem ser também garantidos em quantidade suficiente e em perfeito estado de conservação para uso: cadeiras de rodas, muletas, andadores ou outros equipamentos de autoajuda que facilitem a deambulação. A instalação de corrimãos nos corredores também ofereceria maior segurança contra quedas e aumentaria a independência dos idosos.

Em algumas situações, não é necessário gastar recursos para promover uma mudança positiva. Presenciei uma situação em que a acompanhante, filha de um idoso vítima de um Acidente Vascular Encefálico, mudou a cama de posição voltando a cabeceira em direção à

janela. Ela afirmou que naquela posição seu pai poderia ver o céu, o sol, as estrelas e interagir melhor com o ambiente. Este é um exemplo que demonstra que uma pequena mudança de posição de um mobiliário pode contribuir como um estímulo positivo para o idoso hospitalizado.

Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar atenta ao potencial que o ambiente hospitalar representa enquanto território que pode favorecer, ou não, a recuperação do paciente, no encontro entre as pessoas e no desenvolvimento do processo de trabalho. As profissionais de enfermagem que permanecem ininterruptamente nesse espaço têm a possibilidade de oferecer valiosas contribuições a partir de sua perspicácia e criatividade pautadas no conceito de ambiência, compreendido como: “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010, p. 5).

Apenas a ventilação natural não confere um ambiente confortável, pois a temperatura média do município é muito elevada. Todos os quartos e enfermarias deveriam ser climatizados e a temperatura dos idosos verificada a cada turno, a fim de prevenir e/ou detectar precocemente hipo- ou hipertermia.

O tamanho de algumas das enfermarias dificulta garantir ao idoso o respeito à sua individualidade. De acordo com a RDC nº 50 (ANVISA, 2002) é permitida a construção de enfermarias de, no máximo, seis leitos. No entanto, na prática, observa-se que estas enfermarias maiores não favorecem a individualidade. Observei que quando os idosos queriam chorar, ficar sozinhos, ou dormir se viravam para a parede ou se cobriam totalmente com o lençol. A enfermaria grande também não dispunha de sanitário, obrigando os idosos a deslocar-se por uma distância maior ou usar fraldas descartáveis quando estavam sem acompanhante, pois a equipe de enfermagem, em número, é insuficiente para acompanhá-los ao banheiro sempre que necessário. A perda de urina no trajeto é muito constrangedora e aumenta o risco de quedas.

Não identifiquei mesa ou bandejas exclusivas para alimentação. Os idosos recebiam o alimento e utilizam a mesa de cabeceira, quando estava desocupada, ou o alimento era oferecido diretamente pelo acompanhante. O momento das refeições é valorizado pelos idosos. Em geral, eles sofrem pela adaptação ao horário em que as refeições são fornecidas, ao tipo de alimento oferecido e pelo ambiente onde é servido. Um local apropriado e exclusivo para este fim serviria como estímulo ao autocuidado e, por conseguinte, contribuiria para a independência funcional.

Durante o período de observação, alguns idosos se queixaram de desconforto acústico gerado pelas máquinas utilizadas na construção do novo setor de emergência. No entanto, a construção operava em horário comercial e o tempo de repouso era respeitado.

A medicação é acondicionada e preparada na sala de serviços de enfermagem. Existem duas destas salas, uma na CMF e outra na CMM, localizadas próximo às enfermarias, em área não contígua ao posto de enfermagem. De acordo com a RDC nº 45 (ANVISA, 2003) que regula as boas práticas de utilização de soluções parenterais em serviços de saúde, a iluminação e a ventilação devem ser suficientes para que a temperatura não deteriore os medicamentos. A sala é protegida da incidência dos raios solares, mas ainda assim o calor é excessivo. O ideal seria climatizar estes ambientes e não utilizar ventiladores já que dispersam partículas e poderia ocorrer contaminação no preparo dos medicamentos.

A identificação das soluções parenterais é realizada, mas com informações incompletas. Segundo as normas regulamentadas na RDC nº 45, os rótulos devem ser corretamente identificados com no mínimo: nome completo do paciente, quarto/leito, nome dos medicamentos, dosagem, horário e via de administração e identificação de quem os preparou (ANVISA, 2003).

Quanto à adequação do número de profissionais para as demandas dos pacientes, seleção e concursos públicos foram realizados nos últimos anos, mas ainda é insuficiente. De igual modo os materiais disponíveis não suprem as demandas. Essa é uma realidade crítica, desgastante e frustrante para a enfermagem. Há momentos que não se pode improvisar, substituir, mas sem dúvida o paciente é o maior prejudicado.

Enfim, os hospitais brasileiros, em geral, têm sido orientados a implementar novos modos de relacionar-se com os usuários garantindo-lhes assistência de qualidade. Este novo modelo segue os princípios de um paradigma pautado no paciente como centro das ações, devendo respeitar a sua opinião e seus desejos e buscar sempre o seu melhor interesse. Todavia, os resquícios do antigo paradigma biologicista, de percepção do homem como máquina, de corpo fragmentado, de exercício de práticas de poder e de atitudes cristalizadas, ainda prevalecem.

Para os próximos anos, projeções demográficas apontam um aumento da população idosa em todo o mundo, bem como da expectativa de vida, e conseqüentemente dos problemas de saúde. Portanto, espera-se uma maior proporção de internamento dos idosos, cabendo aos hospitais estarem preparados com equipe multiprofissional para recebê-los em um ambiente adaptado, capaz de garantir seus direitos enquanto cidadão, favorecer a manutenção ou o restabelecimento de sua capacidade funcional e prevenir acidentes. Os

espaços que os profissionais de saúde preparam para receber o idoso transmitem, ou não, respeito a sua individualidade, adequação às suas limitações, estímulos e bem-estar físico e/ou psicológico.

Os resultados apresentados neste estudo sobre o contexto estrutural da Clínica Médica, vão além da constatação de que instituições públicas descumprem normas e portarias de funcionamento. Representam a precariedade do Sistema Público de Saúde e de sua inadequação para o cuidado humanizado em circunstâncias de hospitalização. O cuidado de enfermagem realizado em tais circunstâncias implica situações reais de violência ou oferece risco potencial para que a violência se desenvolva.

Quando os idosos são privados de, ou não lhes são proporcionadas, condições para que as profissionais de enfermagem possam desenvolver um processo de cuidado capaz de mantê-los autônomos e independentes, de serem reabilitados da capacidade funcional perdida ou que possam gozar de um ambiente favorável à sua privacidade, seu conforto, de respeito à sua cultura, eles estão sendo violentados em seus direitos humanos. Quase que invariavelmente, esta é a realidade dos serviços de atendimento aos usuários do SUS, o que favorece a invisibilidade e naturalização da Violência Institucional.

Este tipo de violência é uma entre as várias modalidades e lugares em que ela se manifesta. De acordo com o Ministério da Saúde, a Violência Institucional “é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços” (BRASIL, 2001, p.21). Afeta não somente às pessoas idosas, mas outras em situação de vulnerabilidade, como crianças, mulheres, portadores de deficiência física e mental, entre outras.

Utilizando-se dos referenciais de violência propostos por Nogueira (1994), Diniz e colaboradoras (2004) identificaram que mulheres atendidas em subprogramas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em três capitais do nordeste brasileiro foram vítimas simultaneamente de violência por omissão e comissão. Na primeira modalidade, a violência se manifestou por negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, pelo descaso, negligência e omissão. No segundo caso, a violência revelou-se nas ações ou práticas que ocorreram dentro dos serviços de saúde.

Desta maneira, a violência como fato humano e social, em suas múltiplas formas de apresentação, contribui para que suas vítimas tenham a sua dignidade humana infringida. A violência tem a capacidade de afetar, extremadamente, à saúde. podendo provocar agravos mentais, emocionais, espirituais e até mesmo a morte (MINAYO, 2005).

A falta de estrutura na instituição investigada deve ser vista como um agravante das condições de saúde, já precárias dos idosos internados. Afeta diretamente a recuperação destes, pois interfere na sua autonomia e independência, favorece as quedas, a imobilidade pelo medo de cair e a impossibilidade de mover-se sem dispositivos de ajuda ou recursos que lhes garantam segurança. Mas, isso pode ser apenas a ponta do *iceberg*, pois as “marcas invisíveis”, resultantes da frustração dos idosos em não receberem o apoio de que necessitam no momento de fragilização, são subdiagnosticadas, pois não lhes é dada oportunidade para que falem ou não são motivados a falarem. Ou ainda, se falam, não é considerada a manifestação sobre os sentimentos, emoções. Certamente, essas “marcas invisíveis” existem e influenciam no bem-estar psicoemocional do idoso e poderão ser identificadas se lhes fossem oferecidas a oportunidade de se manifestarem.

Ao analisar o cotidiano das profissionais da equipe de enfermagem investigada, observa-se que elas exercem um duplo papel, ora como agentes, ora como vítimas da violência perpetrada contra idosos nos serviços públicos de saúde, pois consideram que a má qualidade dos cuidados prestados é decorrente das condições precárias de trabalho a que são submetidas. Envolvidas em um ritual diário de cuidados caracterizado por sobrecarga, conhecimento insuficiente, estrutura inadequada e escassez de recursos materiais acabam por reproduzir um modelo de cuidados que privilegia os aspectos biológicos, o tratamento de doenças, deixando em segundo plano a subjetividade da pessoa idosa.

Observar o contexto e o cotidiano de cuidados de profissionais de enfermagem foi uma oportunidade para revelar uma contradição: a Violência Institucional a qual tem sido notada como habitual nos serviços de saúde, justificável, necessária e inevitável diante das condições de trabalho que são oferecidas.

Nesse sentido concordamos com Aguiar, d’Oliveira e Schraiber (2013), ao afirmarem que:

ao ser prática social, a de saúde orienta-se na mesma direção banalizadora e naturalizadora das violências, mas, de modo original, cria em seu interior, isto é, seus agentes profissionais é que criam aceitações da violência que se transformam em atos “necessários ao cuidado” e, assim, ‘boas práticas’ assistenciais. Deslocam, pois, o aspecto ético-moral de seus atos violentos para qualificá-los como uma exigência da técnica, como se fosse parte do domínio técnico-científico das práticas dos profissionais (p. 2293).

Quanto aos efeitos da Violência Institucional contra idosos hospitalizados, percebe-se que não se estende somente a eles próprios, mas de forma indireta aos acompanhantes e demais pessoas que a presenciam e se sentem sensibilizados diante da condição de saúde do

idoso e da inadequação do atendimento recebido. Um exemplo característico é a manifestação verbal de companheiros de enfermagem que desabafam: - *Não aguento ver o sofrimento daquela senhor ou daquela senhora... é de cortar o coração!*

Muito das dificuldades estruturais observadas também são sentidas pela população não idosa e retratam que ainda há necessidade de soluções para problemas no Sistema de Saúde e em sua organização como um todo. Outros se referem a uma luta da categoria profissional por melhores condições de trabalho, da conduta pessoal de alguns profissionais, bem como da formação profissional e adoção pelas instituições públicas de saúde de modelos de cuidados nos quais a pessoa esteja no foco das atenções, ao contrário do que se pode perceber na prática atual.

Certamente, outros hospitais públicos do Nordeste e de outras regiões brasileiras vivenciam situações semelhantes, ou, até mesmo, piores. A enfermagem deve estar atenta para não acomodar-se diante das dificuldades diárias. Suas práticas não devem ser desenvolvidas de modo repetitivo, ritualístico, mas com base humanística e no conhecimento gerontogeriátrico. Metas passíveis de serem alcançadas devem ser estabelecidas a curto, médio e longo prazo visando transformar e, não somente reproduzir uma realidade.

É preciso avançar, pois não há mais tempo para preparar-se. Os idosos já têm representatividade significativa dos leitos hospitalares e o momento oportuno para mudanças é agora, senão comprometeremos a qualidade do cuidado prestado a nós mesmos, os idosos do futuro.

### **5.1.2 A Clínica Médica e sua dimensão cultural**

Na opinião da população brasileira, predomina um conceito negativo dos serviços públicos de saúde. Em pesquisa Ibope realizada em 2011, contratada pelo Conselho Nacional da Indústria, apenas 10% das 2002 pessoas ouvidas em 141 cidades brasileiras, consideraram a qualidade dos serviços ótima ou boa, 61% afirmaram que o serviço é ruim ou péssimo. Para os 55% dos entrevistados, a demora no atendimento foi considerado o principal problema do sistema público de saúde, por isso 57% entende que a medida prioritária para a melhoria da assistência é contratar mais médicos (LIMA, 2012).

No caso das instituições públicas hospitalares, o diagnóstico é ainda pior, especialmente quando se trata das urgências e emergências. De acordo com o relatório sobre as condições dos hospitais públicos do Brasil coordenado pelo Deputado Arnaldo Jordy em 2014, o cenário é de guerra. Pacientes internados em corredores e em colchões sobre o chão



retratam não apenas um problema do setor saúde, mas também de direitos humanos. A situação observada fere a dignidade e os direitos humanos do cidadão brasileiro, prescritos na Constituição Federal (JORDY, 2014).

Os brasileiros, utilizando-se de suas experiências pessoais de atendimento em hospitais públicos ou e acompanhamento de familiares e amigos, associam estas instituições a intenso sofrimento, longa espera por exames diagnósticos e tratamentos específicos, condições insalubres e tratamento desumano, independentemente do grupo etário ao que se destina a assistência à saúde. Todavia, sendo os hospitais instituições de alta complexidade, uma diversidade de ambientes compõe esses macroespaços, não apenas no aspecto estrutural, mas sociocultural revelado nos significados, interações e percepções sobre os diversos setores da instituição.

Alguns serviços parecem exibir maior prestígio em relação aos demais, como as Unidades de Terapia Intensiva, Coronariana, Neurológica e Hemodiálise. São serviços reconhecidos pela *expertise* de seus profissionais, pela tecnologia de que dispõem, por cuidar de pessoas com problemas em órgãos vitais como o coração, cérebro e rins, ou ainda, por constituir o último recurso para pacientes críticos e até mesmo por serem centros de pesquisa. Outras unidades são carregadas de estereótipos, estigmas, preconceitos, dos quais nem sempre são compreendidos com clareza o porquê de sua existência.

Na análise da cultura de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, o ambiente deve ser visualizado como parte integrante e importante em que esse cuidado é produzido. Em estudos antropológicos, a cultura pode ser vista a partir de enfoques distintos considerados como verdadeiras lentes de observação capazes de oferecer diferentes visões de mundo. Os fios que tecem os significados atribuídos à CM foram constituídos dos resquícios da imagem histórica dos hospitais visualizados como morredouros, dos estereótipos sobre a velhice e das relações de gênero na enfermagem. Juntos e potencializados estes fios deram um vislumbre de aproximação ou distanciamento das condições necessárias para os cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados.

Nos meses iniciais do período em que realizei a observação participante, constatei que as profissionais de enfermagem do hospital haviam construído imagens sobre a Clínica Médica carregadas de simbolismo e que serviam para representar o que pensavam, sentiam e o que significava a unidade para o grupo de trabalhadoras do setor. Estas opiniões, afirmações e percepções são elaboradas em um determinado tempo e espaço, por isso, estão em constante movimento cumprindo-nos compreender como elas se estabelecem, evoluem e afetam o cuidado prestado aos pacientes.

Embora não tenham sido investigados grupos distintos de profissionais de enfermagem, as que trabalhavam na CM e foram entrevistadas destacaram existir uma visão diferenciada sobre o setor por parte das suas colegas que trabalhavam em outras unidades do mesmo hospital. Nas pesquisas antropológicas, diferentes abordagens podem ser utilizadas para o estudo das culturas: a perspectiva êmica que retrata a visão do nativo e a perspectiva ética, cujo enfoque está na visão do observador (CAMPOS, 2002). Cada pessoa analisa fatos e tudo o mais que está em sua volta a partir da posição em que está situado no mundo. Seus pontos de vista e comportamentos estão apoiados em uma lógica (nem sempre científica), mas que tem expressivo significado para aqueles que os compartilham. Os aspectos destacados na análise da CM sob uma perspectiva cultural são a interpretação que faço sobre o dito nas entrevistas e o observado durante as práticas de cuidado desenvolvidas pelas das profissionais do setor.

Embora seja importante conhecer as imagens sobre a CM, nos parece também importante discutir não somente àquelas existentes, como elas são paradoxais, de quem elas partem, mas, também, como se estabelecem, como elas são utilizadas e se modificam o comportamento das pessoas. Este conhecimento pode contribuir para a adoção de medidas que possam conectar e integrar a CM à visão positiva dos outros setores do hospital.

Iniciando pela relação entre a CM e o trabalho exaustivo de enfermagem no cuidado a pacientes dependentes, é possível notar que esta realidade não é exclusiva da clínica médica. Outros setores do hospital, como, por exemplo, a Unidade de Terapia Intensiva, também reserva tal característica. No entanto, ao invés desta última ser comparada a “um inferno”, a imagem que se tem da UTI é do último recurso para se ajudar a salvar vida de pessoas. Então, não se trata de uma visão isolada da intensidade e complexidade do trabalho, mas do contexto em que ele se dá.

Foi compartilhado pelas profissionais de enfermagem que na Clínica se tem muito trabalho gerado pelo alto grau de dependência dos pacientes e a necessidade de apoio ou ajuda da enfermagem. Sendo assim, afirmaram que o contato entre a enfermagem e a pessoa hospitalizada na clínica médica tende a ser maior, mais próximo quando comparado com as demais clínicas, a exemplo da Clínica Cirúrgica. Nessa, passado o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas), o paciente, cuja ferida cirúrgica é de manejo mais simples, é estimulado a andar, a sair do leito.

A palavra trabalho e outras originárias do mesmo prefixo (trabalhar, trabalhoso, trabalha) apareceram por 31 vezes no total das respostas relativas a um único questionamento.

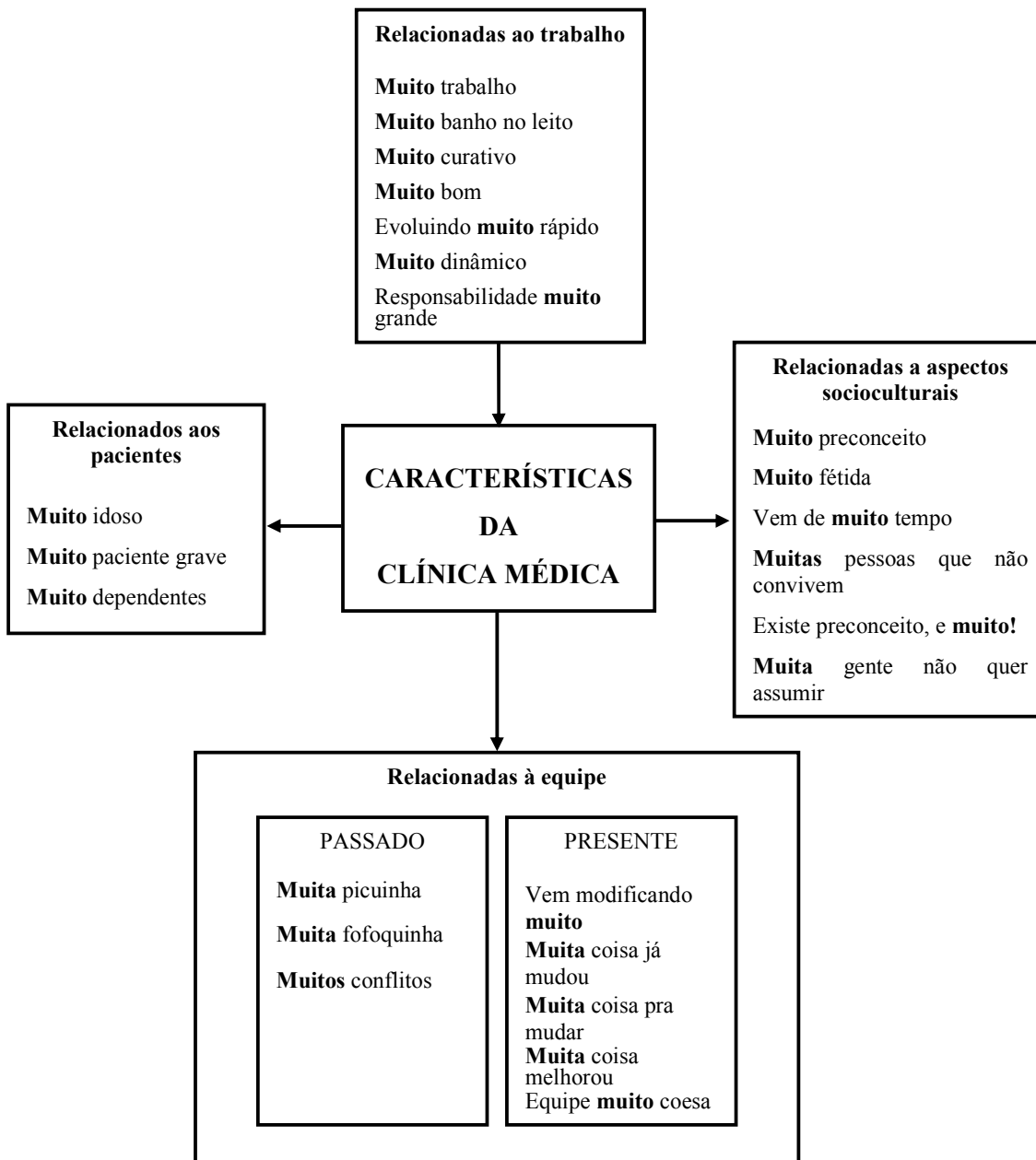
Foi uma das principais características definidoras da Clínica Médica, estando as demais inter-relacionadas a ela.

O uso do advérbio “muito” associado ao substantivo “trabalho” foi recorrente. A utilização da expressão “muito trabalho” ressalta a diversidade de atividades desempenhadas de acordo com a obrigação ou competência profissional específica. As técnicas de enfermagem fizeram referência ao excessivo trabalho relacionado a atividades de higiene, cuidados com as feridas, à categoria de paciente internado no setor e acrescentaram que o trabalho excessivo assusta as profissionais de outros setores que recusam o convite para ser admitidas na clínica médica. As enfermeiras não foram específicas sobre o tipo de trabalho, mas destacaram que na clínica o trabalho é “muito pesado” e que ali se tem uma “carga maior” que nos outros setores. Assim, uma profissional de enfermagem do setor explica a sua realidade:

A gente fica implorando para os profissionais vir ficar com a gente. Porque ninguém quer, ninguém quer. E além do que são pacientes na maioria idosos, debilitados, crônicos, precisam da gente pra tudo, e que o período de permanência é enorme. A cirúrgica, por exemplo, o paciente chega fica dois, três dias. A maternidade, chega hoje, amanhã vai embora. Fez a cirurgia, levanta pra tomar seu banho. Aqui não! Se você não for dar banho, ele fica sem tomar banho. Se você não der a comida, ele fica sem comer. Então, o paciente depende de você pra tudo, então aqui você é integral do paciente. Pense nessa situação: você sozinha! Tem dia que a gente pega sozinha 14 pacientes, precisando de você pra tudo, e aí realmente... Por isso que existe que os funcionários não querem vir, por causa da sobrecarga (Florence, Técnica de Enfermagem).

O trabalho como peso ou carga tem duplo sentido. O literal, relacionado ao esforço físico e fadiga por mobilizar diariamente os corpos de vários pacientes dependentes, sem ou com pouco apoio de equipamentos ou auxílio humano. Mas também, o sentido figurado de opressão, cujo caráter penoso é atribuído não apenas ao trabalho em si, mas às condições em que ele é realizado.

As características apresentadas estavam quase sempre precedidas por advérbios de intensidade (muito, bastante, super) emitindo uma carga valorativa, um juízo de valor. A figura 3 resume as características da clínica médica retratadas pelas profissionais de enfermagem e seus respectivos contextos.



**Figura 3** - Características da Clínica Médica relatadas pelas profissionais de enfermagem em que utilizaram o advérbio de intensidade “muito(a)”. Jequié, Bahia. 2013.

Algumas características mencionadas pela equipe que desempenha o trabalho na CM do hospital investigado foram relacionadas ao processo de trabalho em anos anteriores quando era organizado por meio da distribuição de pacientes por uma funcionária. Este período foi lembrado sem saudosismo, pois não favorecia o trabalho em equipe e sim a críticas destrutivas e individualismo. As mudanças vieram com a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001), com o intuito de alcançar melhor

qualidade e integralidade do cuidado ao paciente, mas também maior integração e responsabilização do cuidado produzido por toda a equipe. Trata-se ainda de um processo inacabado, de construção e avaliação contínuas, mas que vem mostrando resultados satisfatórios.

A adoção de uma nova forma de pensar o processo de trabalho da enfermagem, capaz de potencializar os valores e atitudes com a vida humana, contribuiu para o abandono de práticas fragmentadas e resultou em uma mudança positiva. As transformações relatadas foram observadas na qualidade de relacionamento entre a equipe e na maior satisfação com o trabalho produzido que, mesmo sendo intenso e com escassez de recursos, foi definido como “muito bom” por aquelas que trabalham no setor.

As profissionais de enfermagem da CM utilizaram em seus discursos advérbios de lugar (cá, aqui), reforçando a conceito de visão interna, local, de pertença. Há indícios de que esta abordagem tenha uma conotação não apenas de localização, mas de oposição de ideias entre os **internos** chamados “os daqui”, “os de cá” e, os externos ao setor, os “de lá”. Ocorre que sob o olhar de quem está de fora do setor, a CM é um lugar indesejável que causa repulsa, tendo por consequência a restrição de mobilidade dos internos e dificuldade de ingresso de novos funcionários.

[...] ninguém dos outros setores quer vir para cá. Nós temos prova disso é que quando teve a chamada do concurso do Estado, teve uma lista de quem queria vir aqui para o setor, a médica não teve ninguém. [...] Ninguém quer vir (Katharine, Técnica de Enfermagem).

[...] As pessoas tem um preconceito de trabalhar na Clínica Médica, mas quando chega aqui, vê que é completamente diferente, que é ótimo de trabalhar. Aqui é ótimo. Tem muito trabalho? Tem. Mas, pra quem não tem medo de trabalhar, aqui é ótimo (Merle, Técnica de Enfermagem).

[...]... estou aqui há dois anos, mas não sei se isso vem de muito tempo, de como era o tratamento..., o que era que acontecia aqui. Mas, a gente ouve muito ainda quando a gente chega em um lugar que diz que é da CM..., que não quer trabalhar, que é um lugar que fede, que só tem gente pra morrer. Então, que não quer vir para aqui de jeito nenhum (Betty, Técnica de Enfermagem).

Sob o olhar das profissionais de enfermagem que estão “de perto” e “de dentro” do setor, a Clínica Médica (ou simplesmente “a Médica”) é um ótimo lugar para se trabalhar em virtude da interação positiva estabelecida entre os membros de sua equipe de enfermagem, caracterizado por flexibilidade, coesão e apoio mútuo. Embora reconheçam a sobrecarga advinda da insuficiência de profissionais para a demanda de cuidados de pacientes com alto grau de dependência, a relação amistosa desenvolvida pela equipe parece ser o fator de maior

influência para determinar a visão positiva sobre o ambiente se sobrepondo aos demais problemas evidenciados.

A nossa equipe, [não é puxando a sardinha pro nosso lado não], a nossa equipe é muito coesa, a nossa equipe fala a mesma língua e age tudo igual. Por exemplo, eu assumi a feminina e a outra equipe assumiu a masculina. Isso não quer dizer que eu unicamente responsável pela feminina e se eu tiver alguma coisa que eu possa resolver na masculina, que eu não me envolva, porque eu não estou responsável pela masculina. Isso não existe. A gente trabalha tudo em comum acordo. Tudo em prol do paciente e não existe, minha função é essa, eu só faço isso. É tanto que aqui a gente não separa paciente por leito, por exemplo... Já foi assim em algum momento (Florence, Técnica de Enfermagem).

Os motivos que levam à satisfação da equipe de saúde no trabalho não dizem respeito somente à compensação salarial. Aspectos como o salário indireto, as relações no trabalho – incluindo o tratamento solidário e gentil – a atenção e consideração, são elementos indispensáveis para a qualidade no ato de cuidar (REGIS; PORTO, 2011). Além de relações interpessoais satisfatórias, parece haver entre as profissionais uma adaptação, ao longo do tempo, ao tipo e às condições de trabalho, amenizadas por períodos esporádicos de disponibilidade de recursos materiais e humanos quando é possível contar com o apoio de estagiários e voluntários.

Outro aspecto que contribui para uma visão positiva da clínica para as profissionais do setor é a possibilidade de organizar o serviço em uma rotina previamente estabelecida que assegure, pelo menos, cuidados básicos como higiene, alimentação, medicação e tratamento de feridas a todos os pacientes que os necessitem.

Eu já ouvi outros funcionários dizer: - Ah, aquela CM é muito pesada, tem muito paciente grave, que o lugar fede, que a ferida não sei o quê! Mas assim, quem trabalha aqui, gosta. Assim, a maioria das técnicas e das enfermeiras que estão aqui, não quer ir para outro setor porque tem uma rotina organizada, diferente do Pronto Socorro, por exemplo, que a gente não sabe bem o que espera. Mas aqui, dentro do possível, tem uma rotina estabelecida que facilita o trabalho (Ida, Enfermeira).

Ser profissional de enfermagem da Clínica Médica é também uma grande oportunidade de aprendizado, pois se trata de uma clínica geral, onde é possível encontrar internados os mais variados tipos de pacientes com patologias distintas, criando um ambiente conveniente para novas experiências com certa frequência. Como exemplo, pode-se citar o cuidado com idosos portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica, doença até pouco tempo não incluída nos estudos da enfermagem. A inauguração da UTI e a aquisição de equipamentos como os modernos respiradores artificiais permitiram que esses pacientes permanecessem no município e fossem tratados no hospital, estimulando as funcionárias a estudar, e aprender

sobre, os cuidados requeridos por uma pessoa que vivencia tal condição. Portanto, a CM é vista como um local fundamental à iniciação da experiência de cuidados, bem como de seu aprimoramento.

Eu acho que tem uma discriminação com a CM, sim! (sorrisos). No momento em que eu vim, eu não tinha essa opinião em relação a CM ser discriminada [continuou sorrindo]. Mas na hora que eu comecei a trabalhar, todo mundo se nega a vir pra cá. Agora por que eu não sei. Não sei se é o trabalho em si, porque tem banho no leito, essas coisas, eu acho que é mais o trabalho, porque em relação a aprendizado você vai aprender realmente aqui. Agora o porque até hoje eu não entendo esse desespero, esse desespero, porque o pessoal ninguém quer vir para cá. É um desespero! Fechou lá a maternidade, mas ninguém quis vir para cá. Só as enfermeiras que optaram, algumas, de vir pra cá. Mas, os técnicos... Segundo as informações ninguém quis vir praqui, porque eu não sei, mas eu acho que é mais o trabalho, é o trabalho (Ernestine, Técnica de Enfermagem).

Mas a gente ouviu muito ainda quando a gente chega em um lugar que e diz que é da CM, que não quer trabalhar, que é um lugar que fede, que só tem gente pra morrer. Então, que não quer vir para aqui de jeito nenhum. Quando eu vim praqui mesmo, também foi assim: - Ah, não, nunca trabalhou... Quando eu entrei pro hospital, eu nunca tinha trabalhado na área, eu tinha formado há dois anos, e não tinha trabalhado. Então, disse: - Nunca trabalhou? Então vai pra CM, lá tem de tudo, então vai pra aprender lá (Betty, Técnica de Enfermagem).

Por outro lado, essa relativa “falta de experiência” pode criar uma imagem negativa por parte das pessoas externas ao setor. Há uma falsa crença de que as profissionais do setor não são capazes, de que são iniciantes, estão aprendendo a cuidar. As funcionárias do setor designam a CM como “um lugar democrático” que recebe a todos os tipos de pacientes, tem boa receptividade e favorece o aprendizado de todos aqueles que desejam aprender ou aprimorar-se. Essa realidade foi confirmada durante a coleta de dados. Para conseguir autorização de estágio na CM é necessário solicitar à coordenação de enfermagem e ao setor específico. O estagiário fica sob a responsabilidade da enfermeira do setor que designa quais atividades deverão ser desenvolvidas. Portanto, as estagiárias de certo modo aliviam a sobrecarga proveniente do excesso de trabalho existente na clínica.

De acordo com as profissionais de enfermagem do setor coexistem visões de mundo opostas, de quem está “de dentro” e de quem está “de fora” da CM. Elas utilizaram descrições que variaram entre “um bom lugar para se trabalhar” a “um inferno”. A primeira visão foi manifestada pelas profissionais “nativas” do setor e a segunda, sobre o que estas percebem, ouvem e sentem nas interações cotidianas com profissionais de enfermagem que trabalham em outras unidades da instituição hospitalar. A lente utilizada por estas últimas captava imagens muito negativas da CM representando em pensamento um local totalmente

indesejável. As colaboradoras reproduziram nas entrevistas a linguagem metafórica utilizada por suas colegas de outros setores para descreverem a CM:

A Clínica Médica como *Uma Bomba Relógio*. (Katharine, Técnica de Enfermagem).

A Clínica Médica como *Um Depósito*. (Florence, Técnica de Enfermagem).

A Clínica Médica como *Um Inferno*. (Florence e Betty, Técnicas de Enfermagem).

A Clínica Médica como *Um Lugar Pra Morrer*. (Martha, Técnica de Enfermagem e Jean, Enfermeira).

A Clínica Médica como *O Fim*. (Ida, Enfermeira).

A Clínica Médica como *Um Horror, Um Castigo*. (Betty, Técnica de Enfermagem e Josephine, Enfermeira)

A Clínica Médica como *Um Bicho de Sete Cabeças, Uma Coisa do Outro Mundo*. (Madeleine, Técnica de Enfermagem).

A Clínica Médica como *Um Lugar que Não se Sai Vivo de Lá. Uma Punição*. (Jean, Enfermeira)

Observa-se que a Clínica Médica foi descrita por meio da construção de várias expressões metafóricas, todas associadas a aspectos negativos, desagradáveis, como morte, castigo, punição, sobrenatural, destruição e terror.

As metáforas são figuras de linguagem utilizadas para tornar mais concreto, apreensível aos sentidos, uma ideia, um conceito que se tem sobre algo. Contribuições importantes sobre as metáforas foram adquiridas com os estudos realizados por Lakoff e Jonhson ao identificar que não se tratava de um fenômeno somente linguístico, mas também cognitivo (SIQUEIRA; PARENTE; GIL, 2009). Uma metáfora resulta do processo de elaboração de conceitos e imagens sobre um determinado aspecto, cujo sistema conceitual guia o modo de pensar e agir. Enfim, as metáforas expressam um modo de pensar.

Este processo de associações metafóricas ao conceito da CM é útil para comunicar a experiência de como o mundo em sua volta é percebido, saindo da incipiência para a concretude. As ideias formuladas têm a função de organizar a vida prática. Assim, o modo negativo como o ambiente da Clínica Médica é representado promove afastamento e repulsa das pessoas em relação ao setor.

De acordo com as profissionais que trabalham na CM, o movimento observado por parte de profissionais que estão “de fora” é de distanciamento e compartilhamento de uma aversão. O paradoxo do espanto e do encanto sobre a clínica Médica encontra-se apoiado nas



experiências próprias das profissionais, em sua proximidade com o setor, nas condições dos pacientes, nas condições de trabalho, como também no processo histórico constituído.

Vale ressaltar que os aspectos negativos implícitos nas metáforas sobre a clínica médica são concepções de profissionais de enfermagem que não trabalham no setor. Apesar de não terem sido expressas diretamente por elas, revelam o que as internas ouviram, reproduziram ou interpretaram. Portanto, não se trata do mundo dado, mas representado. Esse fato não diminui o valor do que foi comunicado, pois tais metáforas trazem fragmentos da realidade vivenciada pelas profissionais de enfermagem e seus processos de significação.

Ainda sobre as metáforas, Fonseca e Cano (2011, p. 3), acentuam que as projeções metafóricas estão intimamente ligadas às faculdades dos acontecimentos, objetos e animais, ou seja, o mundo que está em nosso entorno e, portanto, nos fornece ligações lógicas e convenções sociais que são também travadas no interior da língua.

A percepção do caráter sombrio da CM pareceu ser algo propalado corriqueiramente nos corredores do hospital como uma verdade constituída. O funcionário recém-admitido recebe dos demais a informação de que aquele não é um bom lugar para trabalhar. Até mesmo dentro do setor, na presença das profissionais, os externos não se sentem constrangidos em dar suas “alfinetadas” (provocações).

Na metade do mês de julho de 2013, estava no posto de enfermagem lendo alguns registros nos prontuários de idosos internados quando observei uma movimentação da equipe devido ao agravamento do estado de saúde de um dos pacientes. A técnica chamou a enfermeira que foi imediatamente avaliar a paciente e em seguida solicitou por telefone a presença do médico plantonista. Após cinco minutos aproximadamente presenciei quando o jovem adentrou a CM e direcionou a fala em tom irônico à enfermeira: - *É o que Dona enfermeira X? Esses pacientes da CM “é o fim do mundo! Vêm pra cá pra morrer! A enfermeira respirou profundamente, fechou os olhos como quem não se agradou do que ouviu e pareceu ter engolido junto com a saliva a vontade de dar uma resposta à altura, mas nada falou. A técnica de enfermagem que estava próximo e ouviu a conversa, retrucou com voz altiva: - Se depender da enfermagem não morre não! Mas, vai depender do médico que vai atender!* O médico envergonhado pediu o prontuário, saiu para avaliar a paciente e assim foi encerrada a troca de insultos.

A depreciação do ambiente da CM envolve tanto quem trabalha quanto quem está internado. A pessoa hospitalizada parece ter recebido o veredito: marcada para sofrer, marcada para morrer. As que trabalham sofrem o estigma de ter auferido uma punição, um castigo necessário para reparar algum erro cometido. Um olhar amiúde sugere haver uma

interrelação entre a imagem negativa atribuída à CM com aspectos epidemiológicos, históricos e socioculturais.

Ao revisitar aspectos históricos sobre a origem dos hospitais nota-se a sua função associada aos ideais políticos e econômicos vigentes. Foucault (2011) descreveu que somente no final do século XVIII a instituição hospitalar emergiu como instrumento terapêutico, pois antes deste período era considerada foco de desordem social e econômica, destinada à assistência de pobres e excluídos da sociedade. Nesta época, dizia-se que “o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer” (FOUCAULT, 2011, p.102). Mulheres imbuídas de preceitos religiosos de caridade e de amor ao próximo assumiam o cuidado dos moribundos, crendo estar salvando a própria alma e a do doente. A intervenção da medicina era praticamente inexistente, portanto, os médicos não ocupavam este espaço. Nos hospitais, muitos morriam de fome e de frio, em condições precárias de higiene, tornando-se necessária uma reforma a fim de organizar o ambiente de modo que se tornasse menos sombrio e que a mortalidade fosse reduzida, como também rebaixar o risco de contaminação de outros por doenças contagiosas graves. Mas, a desordem econômica evidenciada pelo tráfico de mercadorias dentro dos hospitais marítimos da Europa, pelos que se fingiam doentes, é que foi determinante para o início de tais transformações. A mudança se iniciou pela disciplina no cuidado com o ambiente, na vigilância contínua e no registro sobre o doente e do que ele carregava consigo ou guardava no cofre dos hospitais.

A reorganização dos hospitais marítimos e militares era necessária para atender às demandas do mercantilismo e salvar vidas de preciosos soldados cujo treinamento para o manejo de armas era oneroso aos cofres públicos. Assim, com a disciplinarização do espaço hospitalar, o saber e a prática médica também foram se transformando até constituir uma medicina hospitalar, cujo poder de disciplina foi transferido das ordens religiosas para o profissional médico.

Os hospitais que se preocupavam em fazer a transição de pobres e moribundos da vida para a morte, passam a constituir-se em espaços para curar soldados e civis trabalhadores. Isto se fez a partir de uma disciplina rígida sem a qual não seria possível dar cabo aos objetivos políticos e econômicos europeus no final do século XVIII, ou seja, preservar a vida do soldado, e fazer valer os investimentos gastos com sua formação e manutenção.

Neste mesmo período, a enfermagem moderna se consolidava com base nos princípios sólidos de Florence Nightingale cujas práticas eram orientadas pela Teoria Ambientalista. Conseguiu com o seu árduo trabalho e conhecimento reduzir consideravelmente a mortalidade dos soldados o que lhe auferiu grande prestígio e valorização. Para tanto, a “dama da

lâmpada”, como ficou conhecida por perambular entre os soldados, adotava e ensinava às que estavam sob sua supervisão que o cuidado deve envolver componentes: físico, social e psicológico de modo interrelacionados. Para Florence as condições de cura, reabilitação e recuperação eram propiciadas pelas condições e qualidade do ambiente o qual deveria ser estimulador no desenvolvimento da saúde do paciente. Ventilação, água e ar limpos, calor e higiene deviam favorecer a natureza na recuperação do doente. Sendo assim, cumpria a enfermagem não a cura, mas colocar o paciente nas melhores condições para a natureza agir (ICN, 2010).

No Brasil, a colonização portuguesa dava prosseguimento à expansão do capitalismo e espoliava as riquezas naturais. Brancos europeus, negros africanos e índios nativos cuidavam dos seus problemas de saúde com rituais dos pajés, feiticeiros e com base no conhecimento instintivo das mulheres. Mas, o avanço das doenças infectocontagiosas trazidas por trabalhadores, navegantes, missionários e escravos extinguiram muitos destes, especialmente os índios nativos. Somente com a chegada do príncipe regente, o ensino médico se iniciou no Brasil, em 1808 na cidade do Salvador. A assistência aos doentes foi estabelecida pelos padres jesuítas e enfermarias foram construídas nas proximidades dos colégios e conventos. Santas Casas de Misericórdia foram fundadas, a primeira delas em Santos, no ano de 1543. Escravos e voluntários passaram a exercer precariamente atividades de cuidados aos doentes pobres e aos soldados, até que foram criados os hospitais militares com os mesmos fins que os hospitais europeus (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

A Enfermagem brasileira começa a organizar-se sob orientação de enfermeiras norte-americanas que aqui chegaram patrocinadas pela Fundação Rockefeller para fundar o serviço de Enfermagem de Saúde Pública. Surge então a Escola de Enfermagem Anna Néry cujos ensinamentos estavam baseados na adaptação americana do modelo nightingaleano. Moças de camadas sociais elevadas foram selecionadas para formação de enfermeiras diplomadas de alto padrão (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

Passado mais de um século após a fundação dos hospitais para fins terapêuticos, alguns setores destas instituições (neste caso, a CM) continuam a estar associados a características negativas, de horror, abandono social e familiar, sofrimento extremado dos que ali buscam auxílio, como também dos que trabalham no setor em virtude da carga excessiva de trabalho. Por isso, são comparados a um verdadeiro “inferno”. Essa imagem negativa que insiste em permanecer foi assim retratada por uma técnica de enfermagem em sua entrevista:

As pessoas têm muito preconceito em relação à Clínica Médica. Por que esse preconceito? Porque já é uma cultura antiga. A médica hoje (referindo-se à Clínica Médica), até por causa da forma como está sendo tratada a Saúde no Brasil, ela vem modificando muito. Mas, antigamente, há dez, vinte anos atrás, isso aqui era um depósito. Ninguém queria trabalhar aqui. O paciente era colocado aqui e era esquecido pela sociedade e pelo familiar. Primeiro que não se permitia que a família viesse cuidar do paciente e não tinham funcionários suficientes para prestar os cuidados de que estes pacientes necessitavam. Então, isso aqui era um lugar muito fétido, com pacientes super-debilitados, então era tido por todos os funcionários como o PIOR (ênfatisou) lugar pra se trabalhar. É tanto que a Médica era tida como “um inferno” (Florence, Técnica de Enfermagem).

O que se observa na origem das instituições de saúde, em especial do hospital, é que sua constituição esteve (e está) para atender as necessidades políticas, econômicas e sociais de uma determinada época. As guerras e epidemias comuns no século XVIII forçaram o desenvolvimento de uma tecnologia utilizada no contexto hospitalar em termos de equipamentos, tecnologias de cuidado e de gerenciamento, novos medicamentos capazes de atender usuários adulto-jovens e com problemas agudos. Restaurar a saúde destes doentes significava retorno rápido ao trabalho e soldados reinseridos aos seus exércitos (FOUCAULT, 2011).

No entanto, com a melhoria das condições de vida e de acesso aos serviços e tecnologias de saúde, o tempo de vida foi-se cada vez mais ampliando e foi aumentando o contingente de “sobreviventes” às guerras, epidemias e acidentes de modo que se multiplicaram e viveram o bastante para se tornarem idosos. As atividades promocionais e preventivas de saúde foram introduzidas e as mulheres se ingressaram no mercado de trabalho e nos estudos, tiveram acesso aos anticoncepcionais e reduziram a sua prole. Menos nascimento, menos mortes e em pouco mais de um século ver, e conviver com, pessoas idosas, e muito idosas, tornou-se corriqueiro.

Neste contexto, as questões relacionadas à saúde dos idosos foram tomando maior visibilidade devido a sua proporção e complexidade. Houve uma mudança no padrão de doenças que atingiam populações mais jovens para um padrão onde predominam os problemas de saúde de uma população mais envelhecida. Os idosos brasileiros da atualidade sofreram menos intervenções do Estado no sentido de orientar a adoção de hábitos de vida saudáveis, da necessidade de controle de problemas crônicos de saúde, da facilitação do acesso aos serviços de saúde que as futuras gerações de idosos. Desse modo, muitos idosos do presente são vitimados ou se tornam incapacitados por complicações provenientes do péssimo gerenciamento de seus problemas de saúde durante a sua trajetória de vida (IBGE, 2009).

Os problemas crônicos de saúde caracterizam-se por serem persistentes, necessitarem de cuidados permanentes, ocorrer baixa adesão ao tratamento e o alto custo para a sociedade,

o governo e a família e também por comprometer a qualidade de vida do paciente. O contato necessário entre a pessoa com a doença crônica e o serviço de saúde deve ser regular e extenso, mas ao contrário, o que se vê é o aumento da lista de faltosos aos programas. De acordo com o último Relatório Mundial de Cuidados inovadores para Condições Crônicas, a aderência ao tratamento chega apenas aos 20% nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

As doenças crônicas são responsáveis por 60% de toda a carga de doenças no mundo e de acordo com projeções no ano de 2020 alcançaram 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2003). No Brasil, de acordo com a PNAD realizada em 2003, 29,9% da população do país tinha ao menos uma doença crônica, percentual ampliado entre os idosos chegando a 75,5%. Neste mesmo período, observou-se que 64,4% dos idosos eram portadores de mais de uma doença crônica (IBGE, 2009). Os serviços de saúde não têm disponível um plano de gerenciamento e tratam simplesmente os sintomas quando aparecem. Por isso, é frequente nesta população a busca por serviços de saúde para sanar ou amenizar os problemas que a aflige, mas esbarra na falta de infraestrutura necessária para atender as demandas decorrentes desta transformação demográfica e epidemiológica vigente (IBGE, 2009). Dentre os serviços de saúde, os oferecidos pelas instituições hospitalares são por vezes os primeiros recursos disponíveis aos idosos, quer seja por questões culturais quer por dificuldades de acesso na atenção primária, ou por ambas.

Dentre as diversas unidades hospitalares, a CM é a que mais recebe pacientes para tratamento de doenças crônicas e, embora esteja aberta a receber qualquer pessoa que precise de cuidados clínicos com idade superior aos 12 anos, nas observações que realizei, predominou o internamento da população geriátrica. Por 25 semanas seguidas, entre os meses de janeiro e junho de 2013, registrei por 101 dias o número de pessoas internadas no setor. Do total de 16 leitos disponíveis na Clínica Médica Masculina, uma média de 09 leitos/dia, ou aproximadamente 55% daqueles disponibilizados, foram ocupados por pessoas com 60 anos e mais. Mas, houve dias isolados em que a ocupação de idosos chegou a 80%. Dos leitos existentes na Clínica Médica Feminina a ocupação foi um pouco superior. Do total de 14 leitos ofertados à população em geral, 8 leitos/dia, ou aproximadamente 56% estavam ocupados por idosas.

As pessoas idosas admitidas na clínica vinham, predominantemente, do Pronto Socorro e algumas poucas transferidas da Unidade de Terapia Intensiva ou da Clínica Cirúrgica. Estavam acometidas principalmente por doenças do sistema cardiovascular, entre eles a Insuficiência Cardíaca Congestiva, a Hipertensão Arterial e o Infarto Agudo do Miocárdio, o Diabetes e suas complicações vasculares, doenças do aparelho Respiratório

como a Pneumonia e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, doenças do sistema Digestório: Úlceras, Hemorragia Digestiva, Colelitíase e os distúrbios Oncológicos, cujos casos mais frequentes foram o câncer gástrico, de próstata, mama, útero, fígado e vesícula biliar. Outro aspecto observado foi que somente homens idosos (três) foram internados com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, doença ainda pouco explorada no contexto estudado. No hospital estudado, os idosos com Acidente Vascular Encefálico são internados especificamente na Clínica Neurológica.

Estudos epidemiológicos de escopo nacional e internacional que investigam a hospitalização de idosos por setores, são escassos. No entanto, os de análise global são mais frequentes, permitindo inferir que os achados deste estudo são semelhantes aos apresentados em pesquisas anteriores realizadas no Brasil como, por exemplo, a desenvolvida por Loyola Filho e colaboradores (2004). Nesta investigação os pesquisadores utilizaram dados secundários do SIH-SUS do ano de 2001 para traçar o perfil de internações hospitalares em idosos brasileiros, comparado ao da população de 20-59 anos. Eles concluíram que a razão de proporções internações/população foi duas vezes maior entre idosos do que entre adultos mais jovens, aumentando gradualmente com a idade; as doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo responderam por 60% das internações; as causas mais importantes das internações hospitalares entre os idosos de ambos os sexos foram: a insuficiência cardíaca, seguida por bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e as pneumonias.

Ainda utilizando dados secundários do DATASUS, foram analisados a morbidade e os gastos relacionados à internação de idosos comparada à de adultos de 20-59 anos durante o período de 2002-2011. Os pesquisadores observaram que os idosos em geral, durante a década contribuíram com 36,47% dos recursos pagos pelas hospitalizações. Destacaram também que a razão custo/habitante aumenta de forma acentuada com a idade e que fatores relacionados à cultura de saúde na sociedade brasileira contribuem para a utilização 1,6 vezes maior dos serviços hospitalares pelo gênero masculino, ocasionando maior gasto hospitalar pelos homens na velhice (SILVEIRA et al., 2013). Mas, em 2006, os homens idosos apresentaram um custo *per capita* menor que as mulheres (IBGE, 2009).

Sendo assim, pode-se dizer que, em geral, o internamento de pessoas idosas e os gastos oriundos da hospitalização crescem à medida que aumenta a expectativa de vida, há maior prevalência e gravidade nas manifestações das doenças crônicas e se amplia a disponibilidade de recursos tecnológicos na área de saúde.

Além da imagem negativa da CM relacionada aos aspectos históricos do hospital e características das doenças e das demandas de cuidados por elas requeridas, um grupo de pacientes parece colaborar também para esta visão deturpada do ambiente: os idosos e a percepção que se tem da velhice na sociedade, como descreve esta enfermeira colaboradora:

A maioria dos profissionais no hospital, assim, no geral, acredita que a CM é o setor mais sujo, mais contaminado, menos interessante de se trabalhar por acreditar que são pacientes que requerem cuidado maior e pela discriminação por serem idosos e mais dependentes da enfermagem. Eu percebo isso (Lydia, Enfermeira).

A velhice é um fenômeno passível de ser observado por diferentes lentes, mas no geral pode ser compreendida como uma etapa do ciclo vital humano cuja interpretação é temporal e culturalmente dependente. Cronologicamente, nos países desenvolvidos, a velhice se inicia aos 65 anos e nos países em desenvolvimento a velhice chega um pouco mais cedo, aos 60 anos. Essa diferença de cinco anos em relação ao lugar onde se vive e se desenvolve, leva em consideração a influência dos fatores socioeconômicos na determinação do processo de envelhecimento.

É comum referir-se à velhice como “a última etapa da vida”, associada à dependência, inutilidade, invalidez e morte iminente. Ao contrário, o que se observa nos estudos demográficos divulgados por organizações mundiais é um aumento progressivo da expectativa de vida e da expectativa de vida aos 60 anos, em todo o planeta. Tão extensa tem se tornado a etapa da vida denominada velhice que se tornou necessário segmentá-la em grupos etários com características comuns para facilitar o desenvolvimento de ações de maior alcance às suas necessidades. Por isso, convencionou-se chamar de idosos jovens àqueles com idade de 60 a 79 anos e de idosos muito idosos ou longevos, os de 80 anos e mais (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

A concepção de idoso não é apenas cronológica, de uma pessoa que tem mais idade, ou de idade maior ou igual a 60 anos. A primeira referência que temos para definir alguém como idoso é a das características físicas, biológicas, portanto, procedemos a uma leitura extraoficial, mesmo antes de verificar o documento que identifique a idade oficial. Estes modos de estratificação do outro em grupos etários coexistem, fazem parte da sociedade como um todo e estendem-se à prática cotidiana dos profissionais de saúde.

No ambiente hospitalar, está incorporada a concepção biológica da vida, o modo de ver o corpo da pessoa enquanto máquina cujas peças devem ser analisadas em partes. Doenças e seus respectivos agentes etiológicos devem ser combatidos com poderosas drogas injetáveis, ou comprimidos capazes de expulsar a doença e restaurar o equilíbrio que se encontra

perturbado. Mas, o fato de as mulheres serem classificadas com mais frequência que os homens como idosas mesmo sendo ainda adultas, mostram que a categoria idosa não é homogênea.

Encontrei dificuldades em registrar por completo a idade de todos os idosos internados no período em que estive na clínica, pois as informações na ficha de admissão estavam incompletas e algumas vezes diferentes em partes distintas do prontuário. As mulheres eram confundidas nos registros da equipe de enfermagem como idosas com maior frequência do que os homens. Esta avaliação demonstra o rigor com que a sociedade brasileira valoriza os aspectos físicos para a determinação de uma idade provável, especialmente no sexo feminino. Mas, também revela as condições precárias em que as mulheres são admitidas no setor ampliando a discrepância entre sua idade cronológica e a revelada por sua aparência física.

Há uma tendência mundial de as mulheres idosas viverem mais que os homens, mas não necessariamente com melhores condições de saúde. Uma multiplicidade de fatores contribui para que elas suportem uma maior carga de doenças e de declínio funcional que os homens (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). O grau de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada região também afeta a saúde de seus moradores, pois idosos residentes na Região Nordeste do país encontram-se em séria desvantagem quando comparados aos de demais Regiões do Brasil. A taxa de prevalência de incapacidade funcional é maior entre os velhos nordestinos e está relacionada de modo inverso com a renda (IBGE, 2009).

O prolongamento dessa etapa da vida provocou reflexões profundas sobre a maneira de viver/envelhecer nas diferentes localidades, sobre como os homens e as mulheres vivem a sua velhice, sobre seus direitos, as atitudes em relação aos idosos e sobre como otimizar as práticas em saúde e os recursos para melhor atender as suas necessidades.

Mesmo sendo cada vez mais frequente a convivência com pessoas de mais idade, a velhice ainda soa como algo indesejável. Parece contraditório, mas se observa o desejo de viver muito, não de envelhecer. A eterna juventude é um sonho ainda não alcançado. Por outro lado, viver muito, com bem-estar, autonomia e independência, mesmo portando uma ou múltiplas doenças crônicas, mostra-se cada vez mais viável.

O aumento da população idosa como fenômeno global não implica necessariamente respeito mútuo entre as gerações e igualdade de oportunidades, pois na maioria das sociedades predomina uma imagem muito negativa sobre a velhice. A adolescência e fase adulta são vividas com grande expectativa, mas quando se trata da velhice tudo parece lucro, o que se consegue abstrair de bom é encarado como acréscimo e não se considera que ainda seja possível realizar algo novo, aprender, obter satisfação, prazer. Tais ideias muitas vezes



procedem dos próprios idosos e ganham repercussão entre os demais grupos etários. Não é incomum ouvirmos pessoas idosas dizerem: “De agora em diante, tudo é lucro!”, como numa espécie de cálculo irônico, culpa e vergonha por uma vida mais prolongada (RIFIOTIS, 2007, p.149).

Em se tratando do idoso adoecido, há um equívoco em desconsiderar a possibilidade de prevenir complicações, reabilitar e dar continuidade aos afazeres cotidianos ou levar a cabo planos de vida traçados para a velhice. Encarada como um período de estagnação, no máximo, o pensamento é de reabilitar para os cuidados pessoais e é pouco cogitada uma vida ativa com atividades instrumentais, por exemplo. Poucos são os profissionais de saúde que tomam como rotina em seu atendimento indagar à pessoa idosa como ela leva a sua vida, como se todos os idosos fossem iguais e vivessem numa eterna monotonia à espera da morte.

Numa breve análise retrospectiva é possível perceber que embora o valor social da pessoa idosa tenha oscilado através dos tempos predominou sua marginalização. Na Idade Média, quando a força física era necessária para guerrear e manter a vida, a pessoa idosa era de pouca valia. Já se tomava por velho uma pessoa que tivesse alguma debilidade impossibilitando-a de exercer as atividades determinadas a ela socialmente. As dificuldades para a manutenção da vida eram tantas que os idosos eram pouco numerosos nesta época e estavam em maior contingente nas Igrejas.

Na Bíblia Sagrada, o rei Salomão, já em idade avançada, descreve a velhice como um período em que prevalecem o desprazer e o esgotamento físico. O autor apresenta o contraste do vigor da juventude com a fraqueza e debilidade presentes na velhice, tempo de aflição e enfermidades, assim registrados nas páginas do livro de Eclesiastes:

Lembra-te do teu Criador nos dias da tua mocidade, antes que venham os maus dias, e cheguem os anos dos quais dirás: Não tenho neles prazer; antes que se escureçam o sol, a lua e as estrelas do esplendor da tua vida, e tornem a vir as nuvens depois do aguaceiro; no dia em que tremerem os guardas da casa, os teus braços, e se curvarem os homens outrora fortes, as tuas pernas, e cessarem os teus moedores da boca, por já serem poucos, e se escurecerem os teus olhos nas janelas; e os teus lábios, quais portas da rua, se fecharem; no dia em que não puderes falar em alta voz, te levatares à voz das aves, e todas as harmonias, filhas da música, te diminuïrem; como também quando temeres o que é alto, e te espantares no caminho, e te embranqueceres, como floresce a amendoeira, e o gafanhoto te for um peso, e te perecer o apetite, porque vais à casa eterna, e os pranteadores andem rodeando pela praça, antes que se rompa o fio de prata, e se despedace o copo de ouro, e se quebre o cântaro junto à fonte, e se desfça a roda junto ao poço, e o pó volte à terra, como o era, e o espírito volte a Deus, que o deu. Eclesiastes 12: 1-7 (ALMEIDA, 2006).

A partir do século XI com o nascimento da burguesia, a vida urbana para os velhos começa a melhorar, pois havia mais oportunidade nos negócios, no comércio e nos assuntos

públicos. Sua presença era respeitada no universo das famílias ampliadas pela transmissão do saber. Por suas posses, poder de decisão e prestígio, os homens idosos ricos e influentes eram desejados pelas famílias das jovens para matrimônio. Já, a mulher idosa estava numa escala social mais baixa, sem nenhum prestígio e associada a poderes sobrenaturais de bruxaria. No entanto, os idosos pobres trabalhavam até suas forças se esgotarem, muitos eram abandonados e sua sobrevivência dependia das famílias (ORTEGA; LUQUE; FERNÁNDEZ, 2002).

Na Idade Moderna, com o advento do Renascimento o corpo jovem é exaltado e a velhice torna-se como um enigma que deve ser combatido, ter um tratamento, um fim. Mas a sabedoria e a erudição permanecem como qualidades associadas aos anciãos justificando o seu papel nos altos cargos políticos e na economia. A mulher idosa é vista como símbolo da fealdade máxima, seu aspecto físico, avaliado e descrito de modo exagerado e cruel e, muitas vezes era tomada por bruxa (ORTEGA; LUQUE; FERNÁNDEZ, 2002).

Na atualidade, pessoas idosas brasileiras e de baixa renda, tendem a co-residir com seus filhos e netos. Numa relação de trocas os idosos recebem apoio em atividades básicas e instrumentais da vida diária e compartilham o domicílio e os recursos financeiros provenientes da aposentadoria com seus familiares. Portanto, a aposentadoria, como mecanismo de proteção social, serve para reduzir a pobreza entre os idosos, como também para colaborar no sustento mensal da família (IBGE, 2009).

A doença ocupa um lugar determinante na imagem do idoso. O binômio idoso-enfermidade soa com tanta naturalidade que a velhice chega a ser confundida com uma “enfermidade incurável”. A(s) doença(s) recebe(m) lugar de destaque na avaliação da pessoa idosa porque influencia(m) na qualidade de vida na velhice, podendo afetar a autonomia e a independência do(a) portador(a). Muitas vezes, as enfermidades que o idoso manifesta foram adquiridas ainda na vida adulta e se sobrepõem na velhice. Em outros casos, elas aparecem na velhice, e oscilam entre períodos de controle e de agravamento, acompanhando o idoso até a morte. Mas, não são as doenças que aumentam o temor da velhice e sim, a possibilidade de tornar-se dependente. As atitudes imediatas relacionadas a essa visão negativa e biologicista da velhice, vista como uma deterioração faz com que esta etapa da vida se torne indesejável para muitos. Tais concepções favorecem um olhar sobre a velhice cujas características que se destacam são a fragilidade, a carência, a exclusão, vitimizando os idosos e, propondo para este grupo, ações de cunho assistencialista.

Quando se trata do idoso hospitalizado, a imagem que se produz da velhice é muito mais negativa. Estar enfermo é condição primeira para ser hospitalizado, opondo-se à imagem

de uma velhice exitosa associada à saúde física, mental e financeira. Se a enfermidade está associada à dependência, mais ampliada será a noção de decrepitude na velhice.

Em alguns casos, a dependência do idoso hospitalizado é circunstancial, determinada por inadequação do ambiente, ausência de recursos humanos e materiais capazes de facilitar a mobilidade. O idoso recebe um falso rótulo de dependente, é tratado e assume a postura como tal. O uso indiscriminado de fraldas por insuficiência de funcionários para oferecer urinol ou conduzir o idoso até o sanitário, sempre que necessário, é um exemplo emblemático de “dependência para eliminar” gerada por circunstâncias adversas. Melhores condições modificariam esta experiência de internamento.

Na presença de enfermidade e dependência emerge a necessidade de cuidados que no contexto hospitalar são assumidos por profissionais de enfermagem: enfermeiras, técnicas e auxiliares. Juntas, formam uma equipe com o objetivo de manter a vida das pessoas que recebem seus cuidados. A visão biologicista da velhice e do declínio das funções vitais do organismo favorece o cuidado cuja lógica está no estudo sistemático da doença e do cuidado ao doente. Embora seja importante o conhecimento e as ações a serem instituídas em doenças e problemas comuns da velhice, são insuficientes quando se tornam um fim em si mesmo. As ações precisam encontrar sentido em um plano de vida que ajude o idoso a resignificar a sua existência e a manter a vida com propósito. Por isso, os cuidados devem envolver a pessoa idosa no seu planejamento e desenvolvimento com metas viáveis que facilitem o seu cotidiano dentro do ambiente hospitalar, e após alta, fora dele.

Mas, o que se observa na maioria das sociedades é uma tendência ao distanciamento dos idosos porque a sua condição está associada ao sofrimento, à tristeza; remete a reflexões sobre a própria velhice e a falsa sensação de que a quantidade de tempo e de recursos empregados são cada vez maiores e complexos sem que haja proporcionalmente uma melhora no seu estado de saúde. Cuidar de velhos com perspicácia é uma tarefa necessária frente às implicações que a transição demográfica e epidemiológica trouxe em dias atuais e trará em proporções ainda maiores, no futuro bem próximo. Mas, em uma sociedade capitalista e de exaltação ao novo, à juventude e à mudança rápida, esta é uma tarefa que não atribui prestígio a quem a executa.

Não se pode deixar de destacar a relação existente entre o regime econômico com a concepção que temos da velhice. Em sociedades onde o capitalismo é adotado, a construção social da velhice se dá com base no processo produtivo humano, seguindo uma lógica comercial e produtivista, onde o velho aparece como um obstáculo para o desenvolvimento mercantil enquanto força de trabalho. Por outro lado, tem sido objeto para o consumo de

produtos de empresas de medicamentos, de artigos médico-hospitalares e de turismo para idosos ativos aposentados. Mas, em geral, há uma supervalorização do jovem por sua força, velocidade e domínio da tecnologia e uma desvalorização do velho, pois é visto como improdutivo, obsoleto, fonte de doenças cujos gastos não oferecem retorno (SOUZA; MATIAS; BRÊTAS, 2010).

Mesmo em contexto institucional, lócus do cuidado profissional de enfermagem, percebe-se que a afinidade para o trabalho com idosos é pouca, a procura por qualificação na área gerontogeriatrica ainda é baixa e são poucas as instituições de ensino que preparam profissionais para este trabalho, tanto em nível superior quanto médio. Assim, por estar em plano secundário numa hierarquia de prioridades, o cuidado a idosos é assumido por mulheres, como no ambiente privado dos domicílios. A tarefa de cuidar dos idosos também no ambiente público dos hospitais parece ser uma atividade pouco gratificante aos homens, cujo trabalho preferencial está centrado na produtividade, objetividade, razão e dependência temporal. Características ditas necessárias para o trato com pessoas idosas são encontradas nas mulheres como se lhes fossem inerentes, tais como: afetividade, carinho, paciência, docilidade, religiosidade e abnegação (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Não parece ser ao acaso que atualmente na unidade atuam exclusivamente profissionais do sexo feminino, pois os do sexo masculino foram transferidos para outros setores. Esta realidade cria uma condição de mobilidade limitada para as funcionárias, pois encontram dificuldade de migração para outras unidades do hospital. Estereótipos relacionados às mulheres ditam o tipo de trabalho que lhes são apropriados e imperceptivelmente são incorporados no cotidiano. Assim, acredita-se que mulheres têm qualidades inatas capazes de fazê-las aceitar condições precárias de trabalho, ter sempre disponibilidade para o serviço, não reclamar e ter grande capacidade de improviso.

No caso específico deste estudo, as profissionais de enfermagem assumem a responsabilidade exclusiva por práticas exaustivas que exigem força física como a higiene no leito e a mobilização do paciente dependente, sem nenhum auxílio masculino. Embora demande tempo e cause desgaste físico, mesmo no contexto institucional, estas são tarefas quase que invisíveis, pois exprimem a feminilidade e não oferecem prestígio. Embora a presença das mulheres enfermeiras seja marcante e o cuidado prestado por elas imprescindível à pessoa hospitalizada, seu trabalho é destituído de prestígio e poder.

Cada vez mais, os trabalhos institucionais ou desenvolvidos por mulheres em espaço público assumem qualidades do ambiente doméstico. Convencionou-se denominar a este fenômeno como “domesticação do trabalho”, caracterizado por elasticidade, fragmentação e

dispersão no que se refere à disponibilidade de horário, flexibilidade, dedicação e polivalência (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Outra característica pontuada pelas colaboradoras em suas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada foi a necessidade prioritária de sentimentos de amor, afeto e ternura, estabelecidos como pré-requisito para um cuidado de qualidade. Também o amor e a identificação com o trabalho amenizam as dificuldades provenientes do contexto de trabalho. Em resumo, doar-se em benefício do próximo traz sensação de bem-estar e satisfação, mesmo em condições adversas.

[...] é você se identificar com o que você faz. Porque você tem que amar, porque nenhum profissional de enfermagem em nosso país ganha referente ao que ele merece, ao que ele faz. Nenhum! Então, o primeiro ponto é amar, fazer com amor, se colocando no lugar daquela pessoa. Como você gostaria de ser tratado? [...] Lógico que o número de profissionais interfere na assistência. Você não vai ver por um todo, analisar o paciente por um todo, sozinha num setor com 16 ou 14 pacientes. Não tem como você pra tudo, pra todos os cuidados! Você infelizmente vai evidenciar as coisas mais importantes, mais críticas, mais necessárias. Mas,... eu gosto de trabalhar aqui, eu me sinto bem, amo! Amo cuidar dos idosos e tratar com carinho, com respeito, porque eles precisam disso (Madeleine, Técnica de Enfermagem).

Existe a percepção de que o amor é um sentimento indispensável ao trabalho da enfermagem, também na perspectiva do cliente segundo estudo realizado por Waldow (2001). A referida autora verificou atributos e sentimentos, de quem cuida e de quem é cuidado, num hospital beneficente com pacientes adultos de clínica médica. Os pacientes descreveram a atenção, o carinho e o amor como requisitos do cuidado, o que deixa transparecer que o mesmo evoca uma relação interpessoal e não apenas uma ação técnica.

Em geral, os sentimentos aparecem como elementos da esfera privada, individual, familiar, e não, relacionados ao trabalho profissional. Mas, no campo da saúde, em especial da enfermagem, este é um elemento que agregado à competência técnica-instrumental contribui para o apoio humano no processo de viver e morrer. Waldow (2001) adverte sobre percepções equivocadas do cuidado de enfermagem. A primeira delas é a compreensão do cuidado como a mera execução de tarefas, procedimentos ou, no seu outro extremo: imaginá-lo como uma simples demonstração de carinho, afeição, interesse e sensibilidade.

A valorização do componente afetivo expressado pelas profissionais de enfermagem tem relação com características culturais do povo brasileiro, reconhecido como alegre, hospitaleiro, de contato próximo. Mas, também recebe influência dos ideais compartilhados por Florence Nightingale ao fundar a Enfermagem Moderna. Florence contribuiu imensamente para a profissionalização do cuidado pautado no Modelo Vocacional/Religioso

no qual era valorizado o amor ao próximo, o desejo de fazer o bem e ajudar àqueles que necessitavam, sem esperar deles qualquer retribuição. Os elevados ideais morais exigidos das mulheres que desejavam exercer a profissão de enfermagem constituem numa estratégia para melhorar a imagem negativa propagada pelos que prestavam cuidados na época. Mulheres virtuosas, consagradas, caridosas e de boa família deviam compor a nova categoria, dando-lhe *status* e respeito social (PADILHA; BOREINSTEIN; SANTOS, 2011). Além disso, o cuidado de idosos de baixa renda, adoecidos e hospitalizados remete a sentimentos de piedade e compaixão.

Para compreender a Clínica Médica como ambiente de cuidados a idosos hospitalizados, é preciso levar em consideração parâmetros históricos, demográficos, epidemiológicos, estruturais e socioculturais.

Do ponto de vista histórico, o nascimento dos hospitais com fins terapêuticos privilegiou o modelo biomédico cuja ênfase nos aspectos biológicos, renegava ao segundo plano as questões psicológicas e sociais associadas à experiência da pessoa doente. Todo o tratamento estava centrado na doença e o profissional médico exercia poder supremo tanto na relação com o paciente quanto com a enfermagem. Como instituições, os hospitais modernos sempre objetivaram curar os corpos doentes de jovens e adultos, para que uma vez reestabelecida a saúde pudessem manter-se produtivos. No entanto, os grandes avanços da medicina na produção de tecnologias no que tange aos medicamentos, exames diagnósticos e modalidades terapêuticas auxiliaram na redução da mortalidade e prolongamento da vida.

Para a aquisição de uma vida mais longa foram também de fundamental importância as melhorias no acesso da população aos serviços de saúde, moradia e saneamento básico. Este conjunto de conquistas contribuiu para o aumento progressivo da expectativa de vida e, conseqüentemente, para uma mudança no perfil das doenças. Assim, o grupo etário idoso cresceu vertiginosamente nas últimas décadas, bem como a utilização dos serviços de saúde (inclusive os hospitais) para atender às suas necessidades de saúde.

A ineficiência nas ações de prevenção primária e secundária, a possibilidade de prolongar a vida com o auxílio de uma poderosa tecnologia médica, a nova concepção de morte e do morrer, são fatores associados à naturalização do hospital como espaço da velhice e finitude.

Graves problemas macroestruturais no sistema de saúde brasileiro realçam as dificuldades dos idosos relacionadas à aquisição de vagas para internamento, demora na realização de exames, inadequação do ambiente de cuidados, insatisfação e falta de qualificação específica dos profissionais, dentre outras. Por isso, nem sempre os hospitais

curam tão bem quanto deviam e podem até piorar ainda mais o estado funcional do idoso. Esta deve ser uma constante preocupação da enfermagem, pois é necessário prevenir qualquer ação ou relação que favoreça sua morte, danos físicos, emocionais ou espirituais. É preciso prevenir um possível “desinvestimento na pessoa do idoso”, em situação de escassez de recursos.

Neste estudo, com base na observação participante e em relatos das profissionais de enfermagem, confirmou-se a tendência da maioria das culturas em prenunciar a morte do idoso. O óbito do idoso não se mostrou desejável, mas houve uma expectativa de seu fim maior que de sua recuperação. Deixa indícios de que esta separação acontece em primeira instância no campo simbólico, antes mesmo que se torne um fato consumado.

A dicotomia “nós e os outros”, “os daqui e os de lá” expressam que do ponto de vista das profissionais da Clínica Médica, elas e seu ambiente de trabalho são vistos como os piores e recebem tratamento discriminatório por parte dos profissionais externos. O resultado pode ser observado nas metáforas cujas expressões de cunho negativo e depreciativo funcionam como agressões verbais. Ao contrário da visão da Clínica Médica como “um inferno”, para as trabalhadoras do setor, ela é vista como um local constituído de uma rotina específica que serve para organizar o serviço e garantir cuidados básicos a todos os internados.

Em locais onde predomina o cuidado à pessoa idosa é importante desenvolver estratégias agregadoras de atributos positivos à sua imagem, no intuito de reduzir as características negativas associadas à velhice. É preciso também reduzir o distanciamento que existe entre o ambiente normatizado para o cuidado em saúde e o ambiente real e, sobretudo, que este favoreça as relações humanas respeitadas e que garanta a dignidade dos profissionais e pacientes.

Fortes atributos históricos e socioculturais impostos à instituição hospitalar, às mulheres enfermeiras e às pessoas idosas, agregam à CM um enfoque negativo de pouco prestígio social, de morredouro e de punição. O dinamismo e a interrelação de tais dimensões criam um sistema de valores carregados de estereótipos, imagens, atitudes e comportamentos que são incorporados e se naturalizam. Estes fatores somados e potencializados podem contribuir às práticas das enfermeiras ou dificultá-las.

Os problemas e as necessidades de saúde dos velhos, embora relativamente novas no Brasil, tem sido postergadas, e podem tornar-se insustentáveis, indo de encontro aos direitos humanos. É imperativo estimar pessoas para as demandas de cuidados dos hospitais, qualificá-las, oferecer estrutura e demais recursos materiais para atender às necessidades dos idosos num contexto global de equipe.

## 5.2 AS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS MODOS DE PERCEBER A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

No tópico antecedente, descrevi o cenário de cuidados ao idoso em seus aspectos estruturais e socioculturais. Aqui, após observação minuciosa do cotidiano de profissionais de enfermagem de um hospital público, no cuidado a idosos hospitalizados, procurei identificar e analisar os modos como as profissionais de enfermagem percebem a pessoa idosa hospitalizada.

Este conhecimento é útil para explorar como a pessoa idosa emerge nas situações de cuidado de enfermagem na Clínica Médica. O interesse em promover reflexão sobre este tema, parte do pressuposto de que as profissionais de enfermagem estão em contato direto e ininterrupto com os idosos internados cuidando deles e presenciando seus dilemas e suas conquistas. Por isso, é importante ouvi-las, pois se constituem em colaboradoras essenciais no processo de construção de um cuidado mais digno aos idosos.

Além disso, a proposta de situar a pessoa idosa no contexto hospitalar e compreender como é percebida pela equipe de enfermagem contribui para o conhecimento de elementos que sustentam a prática destas profissionais a um grupo de pessoas em específico e se constitui em uma das maneiras de acessar à cultura de cuidados aos idosos.

O envelhecimento humano associado às doenças e longevidade favorece a hospitalização de pessoas idosas. O impacto produzido pela maior prevalência destes usuários sobre os cuidados de enfermagem, no contexto hospitalar, decorre das demandas das pessoas idosas e da complexidade dos cuidados desenvolvidos em condições desfavoráveis de infraestrutura, de recursos humanos e materiais (LEITE; GONÇALVES, 2009).

A categoria de enfermagem é formada pela enfermeira, profissional de nível superior, e pelas técnicas e auxiliares de enfermagem, com formação de nível médio. Juntas, formam a equipe de enfermagem que atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (COFEN, 2007). O cuidado hospitalar é requerido em circunstâncias de sofrimento físico e psíquico da pessoa idosa. Portanto, o encontro entre o idoso e a profissional de enfermagem acontece em meio a um processo de fragilização em curso.

As práticas de enfermagem no cuidado à pessoa idosa hospitalizada envolve questões pessoais e profissionais. Enquanto membro de uma sociedade, a enfermeira recebe a influência dos valores culturais em relação à pessoa idosa, com reflexo em seu modo de cuidar (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005). A vertente cultural para analisar visões de



mundo e práticas das trabalhadoras de enfermagem em relação à pessoa idosa é fundamental para descobrir maneiras mais adequadas de atender às suas necessidades. No cotidiano de cuidados hospitalares, a enfermagem poderá encontrar na alteridade a capacidade de conviver e cuidar de um outro com mais idade, que é diferente, mas igual em direitos e cidadania (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Para compreender as lentes por meio das quais a enfermagem enxerga a pessoa idosa hospitalizada, foram analisadas as construções simbólicas emergentes nos discursos, práticas e documentos de uso desta categoria profissional. Este conhecimento é mediado pela cultura, compreendida como uma teia de significados que o próprio homem teceu e à qual se encontra amarrado (GEERTZ, 2008).

Pensar a “pessoa idosa hospitalizada” exige afastamento de uma visão ingênua sobre a percepção dos grupos etários no interior das instituições de saúde e remete à ideia de que as profissionais de enfermagem elaboraram ou absorvem da sociedade conceitos sobre os idosos, os quais são incorporados às suas práticas.

Geertz afirmou ser o pensamento “rematadamente social: social em suas origens, em suas funções, social em suas formas, social em suas aplicações” (GEERTZ, 2008, p. 149). Implica dizer que o pensamento não é abstrato. Ele se apoia em ideias construídas e compartilhadas socialmente. Não é ingênuo, desprovido de interesse, mas tem um propósito de perpetuar antigos valores ou introduzir novos.

Marcel Mauss, sociólogo e antropólogo francês, atentou-se em observar a organização social dos índios norte-americanos (especialmente os Kwakiutl) relacionada à estratificação por idades, demonstrando a diferenciação de papéis e de status dentro do próprio grupo, de acordo com o tempo vivido, como pode conferir-se no seguinte trecho de sua obra:

De resto, é muito significativo que, entre os Kwakiutl (e seus parentes mais próximos, Heitsuk, Bellacoola etc.), cada momento da vida seja nomeado, personificado, por um novo nome, um novo título, da criança, do adolescente, do adulto (masculino e feminino); o adulto também possui um nome como guerreiro (naturalmente, não as mulheres), como príncipe e princesa, como chefe e chefe, um nome para a festa que eles oferecem (homens e mulheres) e para o cerimonial particular que lhes pertence, para sua idade de retiro, seu nome da sociedade das focas (dos retirados: sem êxtases nem possessões, sem responsabilidades nem benefícios, exceto os das lembranças do passado); enfim, são nomeados: sua "sociedade secreta" na qual são protagonistas (urso - frequente entre as mulheres, que são representadas por seus homens ou seus filhos -, lobo, Hamatsé (canibais) etc. (MAUSS, 1974, p. 378-9).

A análise das entrevistas e dos relatórios de enfermagem permitiu identificar cinco visões distintas sobre a pessoa idosa, na ótica das trabalhadoras de enfermagem: 1) sob o

olhar da idade cronológica, 2) sob o olhar da idade biológica, 3) sob o olhar da carência afetiva, 4) sob o olhar da dependência funcional e 5) sob o olhar comportamental.

### **A pessoa idosa sob o olhar da idade cronológica**

A informação sobre a idade da pessoa idosa hospitalizada na CM é obtida pela enfermeira no momento da admissão. Para tanto, acessa os dados contidos na ficha de identificação do paciente preenchida ainda na recepção do hospital. Cronologicamente, a pessoa residente em países em desenvolvimento se torna idosa quando completa seis décadas de vida.

Em virtude das doenças as quais acometem os idosos hospitalizados, em geral, eles aparentam ter uma idade superior à que consta em seus registros. Esta primeira avaliação da enfermagem na qual se relaciona aparência física e idade estimada é mais rigorosa com as mulheres. Foram encontrados registros em relatório de enfermagem de que a paciente era idosa, no entanto quando verificada a data de nascimento, a mulher tinha apenas 46 anos de idade. Desse modo, a “passagem prematura das mulheres à velhice” (DEBERT, 1994) se deu pela construção sociocultural realizada na idade cronológica de acordo com o gênero.

A idade cronológica é uma das formas de definir a velhice e se refere à contagem dos anos vividos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a pessoa com 60 anos e mais de vida é definida como idosa. Mas, o fato de as mulheres serem classificadas com mais frequência que os homens como idosas, mesmo sendo ainda adultas mostra que a categoria idosa não é homogênea. Revela o rigor com que a sociedade brasileira valoriza os aspectos físicos (viço e beleza) para a determinação de uma idade provável, especialmente no sexo feminino. Mas, também manifesta as condições precárias em que as mulheres são admitidas no setor ampliando a discrepância entre sua idade cronológica e aquela revelada por sua aparência física. A idade cronológica da idosa foi superestimada a partir da avaliação subjetiva que a enfermeira fez tomando por parâmetro a aparência física e condições de saúde apresentadas pela paciente.

Um dos usos mais comuns da idade cronológica do idoso no ambiente hospitalar é para a concessão do direito a acompanhante. O benefício instituído no Estatuto do Idoso, artigo 16, capítulo IV da Lei 10.741/2003 assegura que a instituição deve proporcionar acomodação adequada e fornecimento das principais refeições ao acompanhante da pessoa idosa, despesas estas subsidiadas pelo SUS, conforme Portaria n.º 280, de 7 de abril de 1999, do Ministério da Saúde. No entanto, por conta das condições estruturais inadequadas dos hospitais públicos brasileiros, os acompanhantes improvisam com papelões e cobertores, um

local para descansar, e, muitas vezes são recriminados pela enfermagem frente a sua atitude desesperada de dar algum conforto a um corpo cansado que parece ter esgotado a sua capacidade de resistência.

### **A pessoa idosa sob o olhar da idade biológica**

Para além da referência da idade cronológica, a pessoa idosa foi distinguida também por sua idade biológica com destaque para as mudanças advindas do processo de envelhecimento. A dimensão biológica foi retratada nas entrevistas das participantes do estudo ao apresentarem condições relacionadas às mudanças fisiológicas do processo de envelhecimento e o declínio ocasionado pelo tempo de vida acumulado: “*ele* (referindo-se ao idoso) *tem muito mais frio*” (Katharine, Técnica de Enfermagem), “*tem dificuldade de ouvir*” (Merle, Técnica de Enfermagem), “*as doenças chegam com maior agressividade*” (Virgínia, Técnica de Enfermagem), “*urina e obra (evacua) toda hora*”, “*tem que aspirar ele*” (Dorothea, Técnica de Enfermagem), “*bem debilitados*” (Dorothy, Enfermeira), entre outras descrições.

A idade biológica é definida pelas alterações provenientes do processo de envelhecimento humano, iniciado no nascimento e prolongado por toda a existência humana (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No que se refere à termorregulação, a pessoa idosa apresenta perda de gordura subcutânea, deficiência vasoconstritora, débito cardíaco diminuído, motivando consequente sensibilidade aumentada para temperaturas mais frias (VOGELAERE; PEREIRA, 2005; ELIOPOULOS, 2011).

No tocante às alterações auditivas, a presbiacusia (perda auditiva progressiva) é uma manifestação comum devido às mudanças relacionadas à orelha interna, perda das células pilosas, redução do suprimento sanguíneo, menor flexibilidade da membrana basilar e degeneração das células ganglionares (BARALDI; ALMEIDA; BORGES, 2007; ELIOPOULOS, 2011). Esse prejuízo acústico exige avaliação periódica com médico especialista, a fim de avaliar a extensão do problema, verificar a necessidade de uso de aparelhos auditivos e retirada de cerúmen acumulado. Quanto à enfermagem, cabe a adoção de um comportamento que favoreça a comunicação com o idoso, adotando uma fala pausada, estar posicionado à sua frente em local apropriado e sem ruídos.

No sistema respiratório, os reflexos da tosse e da laringe enfraquecem. A redução ciliar e a hipertrofia das glândulas mucosas dos brônquios também contribuem para uma menor capacidade do idoso em eliminar muco acumulado e organismos estranhos. Quando restritos ao leito, a atividade respiratória reduzida aumenta o risco de desenvolver pneumonia

(RUIVO et al., 2009; ELIOPOULOS, 2011). Desse modo, a equipe de enfermagem deve favorecer a drenagem de secreções oferecendo líquidos em quantidade e por via adequada, promover a mudança de decúbito, e apoio na remoção de muco e secreções acumuladas.

Outra condição associada ao idoso é a perda indesejada de urina. Quer seja por questões fisiológicas ou patológicas comuns na velhice, este é um problema que interfere na higiene, no bem-estar e convívio social. Com o envelhecimento, os músculos da bexiga enfraquecem, o esvaziamento é mais difícil, o reflexo de micção é retardado e sua capacidade fica menor. Nos homens o aumento da próstata acarreta problemas à frequência urinária (ELIOPOULOS, 2011). Desse modo, a equipe de enfermagem deve favorecer a drenagem de secreções oferecendo líquidos em quantidade e por via adequada, promover a mudança de decúbito, e apoio na remoção de muco e secreções acumuladas.

Diante do cenário vigente de intensificação do processo de envelhecimento populacional e de maior demanda pelos serviços de saúde, compete à enfermagem saber discernir as condições fisiológicas dos idosos das consideradas patológicas; ter em conta que mesmo sendo inevitáveis as mudanças fisiológicas, é possível obter qualidade de vida satisfatória; e, por fim adotar medidas capazes de auxiliá-los a manter ou recuperar a sua funcionalidade.

Essas primeiras referências à pessoa idosa marcam a tendência em observar o corpo envelhecido como um acumulado de perdas e declínio por uma perspectiva médica e biológica da velhice (ESQUIVEL et al., 2009). No contexto hospitalar, o corpo envelhecido é sinônimo de declínio do qual a enfermagem se apropria e sobre o qual realiza inúmeras intervenções.

### **A pessoa idosa sob o olhar da carência afetiva**

Uma terceira visão apresentada pelas profissionais de enfermagem sobre a pessoa idosa hospitalizada foi a carência afetiva, a qual julgam ser decorrente de relações malsucedidas com familiares, como se observa a seguir:

O que eu vejo de diferente é a questão da carência. Às vezes eles são sozinhos. Apesar de ter familiares, às vezes eles têm filhos, esposa..., mas eles são bem carentes de atenção. Eles contam coisas que às vezes a gente nem pergunta. Eles precisam mais de pessoas para ouvir e não somente da atenção daquela patologia específica. Porque eles querem uma pessoa pra dar atenção. Eu percebo isso que eles são **bem carentes** (Lydia, Enfermeira).

Para as participantes deste estudo, existe um diferencial de gênero quando se trata da carência afetiva da pessoa idosa, que aparece nos discursos como uma expressão de maior vulnerabilidade emocional feminina:

Agora em relação ao emocional... a gente vê que as mulheres são mais carentes emocionalmente apesar de ter um cuidador sempre ali disposto a estar com elas. Dificilmente a gente vê uma mulher que não tem uma acompanhante que não tenha alguém da família ali acompanhando, acolhendo, providenciando os exames. A mulher é assim, mais carente de afeto, de cuidado, de atenção, de conversa. O homem não. O homem, ele tem aquela coisa mesmo, do machismo, de ser mais forte.... Então, ele tem essa independência afetiva, embora também a gente saiba que ele precisa de cuidador e que muitas vezes ficam sozinhos mesmo e acabam até falecendo sozinhos aqui. [...] os homens são menos acolhidos pelos familiares. Acredito que até às vezes por algum comportamento durante a vida mesmo, que não tem muito laço afetivo com os familiares, com os filhos, com a esposa. Então, quando chega nessa fase idosa, ele não tem essas pessoas para acolher, pra amparar (Jean, Enfermeira).

A presença de uma doença em fase descompensada e a restrição social decorrente da hospitalização são fatores contribuintes para um sentimento de descontrole da própria vida do idoso, gerando maior necessidade do idoso de apoio emocional por parte de sua família e demais pessoas significativas que compõem sua rede de apoio social (amigos, vizinhos, membros de igreja, profissionais de saúde, entre outros). A hospitalização na velhice é vivida com estresse e ansiedade por estar associada à dependência e à morte (CARVALHAIS; SOUSA, 2011). O uso da expressão “bem carente” pressupõe que nos idosos a carência afetiva é uma característica que se apresenta de modo peculiar e intenso.

A carência afetiva do idoso hospitalizado mencionada pelas profissionais de enfermagem é consequência do abandono familiar. Muitos idosos mesmo possuindo filhos, netos e cônjuge se sentem sozinhos porque não conseguem obter destes o apoio instrumental ou emocional necessários ou que têm expectativa de receber. Os idosos manifestam seus sentimentos ao contar a sua história de vida e dos relacionamentos familiares para as profissionais de enfermagem, ao exprimirem ansiedade, raiva, agressividade, choro, ficando a maior parte do tempo retraídos, com o lençol sobre a cabeça ou posicionados em direção à parede. Vale ressaltar que a carência afetiva em idosos com filhos gera impacto muito negativo sobre o envelhecimento. Este sentimento de frustração e abandono resulta em medo e insegurança em relação a uma vida longa, principalmente se for acompanhada de enfermidades e dependência.

Espera-se que na família, especialmente entre pais e filhos, sejam encontrados fortes laços afetivos desenvolvidos durante a trajetória de vida e que estes filhos possam de forma espontânea nutrir a prática de amparo e ajuda de seus pais na velhice. Este é um tema tratado

como um dever civil na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) em seu artigo 229: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. A Lei 10.741, reforça que negligência, abandono e maus-tratos são atitudes de violência passíveis de penalidades (BRASIL, 2003).

Mas, de forma paradoxal, pessoas próximas, da família (filhos, nora, genro e cônjuge), têm sido apontadas como as principais responsáveis pelos casos registrados de violências contra idosos, tanto as negligências, quanto as relacionais (BRASIL, 2005). Esta triste realidade tem fomentado debates jurídicos sobre a possibilidade de indenização por abandono de idosos. Discute-se que a penalização poderia aumentar ainda mais os conflitos e afastamento paterno-filial. O fato de receber um pagamento por danos causados pelo abandono, não restituiria o que mais o idoso deseja: uma relação afetiva com seu/sua(s) filho/a(s). No entanto, serviria para desestimular a prática e atuaria na consciência coletiva no sentido de abster-se de tal comportamento (DE MARCO; DE MARCO, 2012).

A ideia de piedade filial remonta à antiguidade. Na civilização oriental, Confúcio destacou a grandiosidade do ser humano em fazer os seus pais felizes em todos os momentos e de todas as maneiras. Na civilização grega, Platão, já aos 80 anos, enfatizou os deveres dos filhos para com os pais idosos, salientando que nada é mais digno que um idoso (SANTOS, 2001). Para os cristãos, a relação paterno-filial é assunto de tamanha seriedade que aparece como o sexto entre os dez mandamentos bíblicos escritos com o próprio dedo de Deus e entregues a Moisés e o primeiro que trata dos deveres para com o próximo. Constitui um mandamento atrelado a uma promessa de vida longa: “Honra teu pai e tua mãe para que se prolonguem os teus dias na terra que o Senhor, teu Deus, te dá - Êxodo 20:12 (ALMEIDA, 2006). Na Bíblia Sagrada, o fundamento para honra e o respeito dos filhos para com os pais é o amor iniciado entre os mais próximos e propagado aos mais distantes do ambiente doméstico. Reflete uma atitude de obediência e de respeito às autoridades legítimas que deve ser ensinado às crianças ainda na infância (DORNELES, 2011).

Na visão de mundo das colaboradoras, as mulheres idosas têm alto grau de vulnerabilidade emocional nutrida por história de vida marcada pelo abandono, a violência, a viuvez precoce e a necessidade de enfrentar a realidade assumindo o papel de provedoras, executoras de todas as atividades domésticas, a assistência direta aos filhos e, em famílias multigeracionais, também aos netos. Por outro lado, esta relação mais próxima, íntima com seus filhos favorece a criação de um vínculo afetivo mais estável, forte, que se manifesta em solidariedade e compromisso filial em situação de limitações funcionais, dependência e

enfermidade. A predominância masculina no ambiente extradomiciliar, associada às relações familiares frouxas e de baixo compromisso com os deveres filiais e conjugais, contribui para uma maior probabilidade de uma velhice cujo suporte social é mais restrito.

### **A pessoa idosa sob o olhar da dependência funcional**

Embora a velhice não seja sinônima de dependência, as profissionais de enfermagem reconhecem ser esta uma condição frequente em pessoas idosas hospitalizadas, em virtude de doenças crônicas ou das incapacidades provenientes da idade avançada.

Os idosos são mais dependentes da enfermagem (Lydia, Enfermeira).

Um idoso, quando ele está doente, consciente, e é hospitalizado, ele se sente um inútil, se sente preso a uma cama de hospital, precisando de uma pessoa a todo o momento pra está ali cuidando... Precisar de uma água, a pessoa tem que ir buscar, tem que pegar. Se precisar fazer um xixi, tem que urinar na fralda. Às vezes não se aceita aquelas condições. Porque o jovem e o adulto têm a consciência de que vai sair pra melhorar, para uma recuperação. Mas o idoso não, acha que está ali e já está incomodando demais as pessoas, que a solução mais rápida é morrer (Faye, Técnica de Enfermagem).

O grau de escolaridade, o acesso à informação e a serviços de saúde foram apontados pelas profissionais investigadas como fatores relacionados à presença e evolução da dependência.

A maioria dos nossos idosos chega aos 60 anos praticamente dependente mesmo de um acompanhante, de ter uma pessoa pra levar ao banheiro, pra alimentar, porque em outra realidade, quem tem uma condição financeira melhor, tem outro nível cultural não se vê tanta dependência e aqui os pacientes já chegam assim, debilitados, praticamente dependentes da equipe e dos acompanhantes. É uma coisa assim, bem característica (Jean, Enfermeira).

A dependência da pessoa idosa tem sido utilizada como fator motivador de falsos conceitos como o de que os idosos são como crianças.

[...] a criança nasceu, vai crescendo e vai se desenvolvendo, até chegar a fase adulta e o idoso cada dia mais vai se debilitando. Então, são as doenças que vão chegando com mais agressividade, precisa mais de cuidados, porque ele volta a ser criança, só que é uma criança adulta, e aí requer mais cuidados (Virgínia, Técnica de enfermagem).

A dependência passa a ter significado quando existem condições fisiológicas para um viver independente, ou quando já se viveu algum grau de independência e há expectativas de desenvolvimento de papéis pessoais e sociais. Mas, com frequência, é com algum grau de maturidade, já na vida adulta ou na velhice, que se tem plena consciência das implicações da

dependência e isso ocasiona profundo temor e sensação de inutilidade. A dependência pode ser visualizada como fio condutor para a realização dos cuidados de enfermagem, pois esta condição justifica a necessidade de ajuda, apoio de outrem.

Mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico, a longevidade e a presença de comorbidades contribuem para que o envelhecimento com dependência esteja em evidência. De acordo com a PNAD realizada em 2003, 13,5% dos idosos brasileiros que vivem na família/comunidade declararam ter dificuldade para lidar com alguma Atividade Básica da Vida Diária, como tomar banho, comer ou ir ao banheiro. Os dados desta pesquisa nacional revelaram ainda que as dificuldades dos idosos aumentam proporcionalmente com a idade e que as mulheres representam 56% dos idosos debilitados funcionais e apresentam maiores dificuldades que os homens (IBGE, 2009). Outro dado constatado foi a apresentação de diferentes taxas de prevalência de incapacidade funcional por regiões, reflexo das desigualdades sociais e econômicas existentes no país (PARAHYBA; CRESPO, 2008).

Com relação ao quadro de dependência em idosos hospitalizados no Brasil, as informações são incipientes. Os estudos publicados utilizaram diferentes escalas para avaliar o grau de dependência funcional e dos cuidados de enfermagem em diferentes momentos: na admissão, no meio da internação e na alta. Uma pesquisa realizada na Enfermaria de Adultos do Pronto-Socorro de um Hospital Geral localizado no sudeste do Brasil avaliou o grau de dependência de idosos para cuidados básicos pessoais, segundo a escala de Katz. Foi constatado no estudo que a maioria dos idosos era totalmente dependente e que a dependência aumentava à medida que se acrescentavam os dias de internação. Tais resultados apontam para um aumento do tempo de cuidados de enfermagem e necessidade de adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais de enfermagem (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011).

Outra informação importante revelada em estudo de idosos hospitalizados com doenças crônicas é que, mesmo apresentando condição clínica estável, podem depender em grande parte da assistência de enfermagem (URBANETTO et al., 2012). Uma ideia consensual sobre idosos hospitalizados e dependência funcional é que durante o processo de hospitalização os idosos vivenciam declínio funcional como resultado das repercussões do ingresso num meio estranho, associados aos fatores como a gravidade da doença, estado nutricional, terapêutica empregada e ambiente não-responsivo (MENEZES; OLIVEIRA; MENEZES, 2010).

A plena consciência da dependência é comum já na vida adulta ou na velhice e ocasiona profundo temor. A pessoa dependente encontra-se num maior estado de sujeição,



subordinação, submissão e obediência, quanto maior for o grau de sua dependência. O impacto da dependência na vida cotidiana pode ser visto não apenas no campo biológico, mais também no social e psíquico. Por isso, é consenso que as ações na prevenção, controle e reabilitação desta condição envolvam a equipe multidisciplinar e não se restrinjam a um problema exclusivamente médico. É preciso considerar as repercussões da dependência na vida de cada pessoa idosa e como afeta o seu viver, de modo singular.

A associação da dependência à velhice está vinculada ao saber biomédico que influencia a construção da velhice como uma categoria patológica. Nesta visão predominante nas sociedades capitalistas ocidentais, o ser humano é observado do ponto de vista biológico e mecanicista e valorizado por sua capacidade de produção e de consumo (MORAES, 2012). Sob este olhar, a velhice tem conotação de perdas e os idosos considerados improdutivos, cujos investimentos não se traduzem em retorno, portanto constituem uma carga para as famílias, para a sociedade e para o Estado.

A ajuda à pessoa com dependência pode ser parcial ou total, eventual ou contínua, o que mostra a existência de várias formas de compreender e avaliar a dependência. A análise da relação entre a dependência, o grau e o tempo de ajuda, é frequentemente utilizada para orientar o planejamento dos cuidados de enfermagem. Os idosos hospitalizados podem ser admitidos com algum grau de dependência já instalado, cuja evolução tende a piorar durante o período de internamento, ou desenvolver algum tipo de dependência durante a hospitalização. Cumpre à enfermagem discernir o que impede o idoso de realizar determinada função e identificar o que pode fazer sozinho, com ajuda ou sem ajuda. Somente então, poderá discriminar a forma de ajuda adequada e providenciar os recursos instrumentais e de conhecimento necessários (COLLIÈRE, 2003).

No contexto informal dos domicílios ideais de solidariedade intergeracional, obrigação filial e dever conjugal impulsionam pessoas a realizarem cuidados que permitem a manutenção da vida. Collière descreve que cuidar de pessoas dependentes na família/comunidade pode tornar-se uma experiência dolorosa, cansativa e até mesmo desesperadora (COLLIÈRE, 2003, p. 374). De igual modo, cuidadoras profissionais, em ambiente hospitalar, retrataram ser esta uma experiência de grande cansaço físico e sofrimento emocional, deixando implícito que a natureza dos cuidados, as condições e o preparo para o seu desenvolvimento são fatores relevantes nesse processo, independentemente do local onde o cuidado é prestado. O contexto de saúde desfavorável torna a prática de cuidados aos idosos com dependência muito mais difícil, por isso há de considerar-se que o idoso dependente, de poucos recursos, encontra muito pouco em seu favor.

As profissionais de enfermagem destacaram no cuidado ao idoso hospitalizado que a condição de dependência remete a estar preso ao outro e ao leito, o que implica a inexistência de liberdade de ação. Esta prisão simbólica parece existir para os “condenados à dependência” como resultado do processo natural de envelhecimento, como consequência de pouco investimento nos cuidados com a própria saúde, ou ainda, do desamparo à família quando seus membros precisavam de auxílio. Muitos dos cuidados prestados pela enfermagem aos idosos dependentes são destituídos de “potencial libertador”, ou seja, capazes de garantir a manutenção da autonomia do idoso e de sua maior independência possível.

A dependência tem maior visibilidade nas limitações provocadas do que na possibilidade de preveni-la, de preservar o potencial existente ou de desenvolver novas estratégias adaptativas. Em geral, não se investiga a natureza da dependência e os cuidados de manutenção da vida prestados pelas técnicas de enfermagem não atingem a causa do problema. Pouco se sabe como viviam os idosos antes da hospitalização e como a dependência alterou esse viver, considerando a idade, o gênero e as metas pessoais de cada um.

A dependência da pessoa idosa tem sido utilizada como fator motivador de falsos conceitos como o de que os idosos são como crianças. A atitude de comparação no processo de construção da pessoa idosa revela um anseio em defini-la a partir do vivido das trabalhadoras de enfermagem, de experiências próprias com a infância e nos cuidados diretos com crianças (filhos, sobrinhos, outros). Ao comparar o idoso com uma criança, a equipe de enfermagem está excluindo a relevância do tempo e das experiências na construção da pessoa. É notável que dificilmente adultos dependentes são comparados a crianças, deixando implícito que a dependência na velhice tem um significado diferente de outras etapas do curso da vida. Simbolicamente o idoso está sendo igualado em um nível mais inferior.

A tendência dos profissionais de saúde de infantilizar a pessoa idosa tem início na dificuldade para estabelecer e manter uma relação amistosa, nutrida pela diferença de idade. Os jovens profissionais costumam evocar a imagem de seus pais e avós para introduzir a relação, favorecendo a adoção de aspectos subjetivos na relação, encontradas também no relacionamento mãe/pai-criança. O profissional assume o papel maternal/paternal, cabendo ao idoso o papel indesejado de criança. A superproteção é repudiada pelos idosos e desencadeia conflitos (PORTO, 1997).

Concernente à relação existente entre a incapacidade funcional e as condições socioeconômicas dos idosos, um estudo transversal que utilizou dados da PNAD do ano de 2003 demonstrou que o sexo, a educação, a renda, a ocupação, a autopercepção de saúde e as

doenças crônicas foram os fatores mais fortemente relacionados com a incapacidade funcional, em nível individual (IBGE, 2009). A desigualdade de renda exibiu uma importante influência em nível de contexto (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Nesse aspecto, os idosos nordestinos se encontram em grande desvantagem porque demonstram piores indicadores de renda e educação. No Nordeste, 46,9% deles têm menos de um ano de estudo (IBGE, 2014), refletindo assim no acesso às informações, na adoção de hábitos saudáveis e procura por serviços de saúde.

### **A pessoa idosa sob o olhar comportamental**

As profissionais de enfermagem atribuíram estilos opostos, paradoxais de comportamentos característicos dos idosos internados que variaram entre: a hostilidade e a docilidade; o recolhimento e a receptividade; a teimosia e a obediência.

Muitos são grossos, têm muitos idosos que batem na gente. Cansei de apanhar aqui, mas isso é normal, a gente já se acostumou. Não tem jeito (Katharine, Técnica de Enfermagem).

É diferente quando a gente trabalha assim com idoso, porque alguns idosos são muito teimosos, outros não (Dorothea, Técnica de Enfermagem).

Tem idosos que cativam muito a gente. É tão bonzinho que dá mais vontade da gente cuidar, tem outros que dá vontade da gente levar pra casa (sorri) pra tomar conta. Tem uns que cativam a gente de um jeito que é demais (Dorothy, Enfermeira).

Não sei se você já observou, eles ficam lá quietinhos, recolhidos. Se a gente chegar até eles e perguntar, eles falam. Se não, eles ficam lá quietinhos (Wanda, Técnica de Enfermagem).

Os comportamentos dos idosos hospitalizados mencionados pelas profissionais de enfermagem demonstram uma construção ambígua da imagem da pessoa idosa. Oferecem indícios da inexistência de um comportamento único, consolidando a ideia do envelhecimento como um processo heterogêneo. O idoso reage a uma ação da enfermagem e esta reação é rotulada pelo grupo de profissionais como positiva ou negativa de acordo com expectativas sociais sobre os papéis atribuídos ao idoso e profissionais sobre o papel do paciente no processo de cuidado.

Ser hostil, agressivo, não é o que de imediato se espera de uma pessoa idosa. Sua imagem na sociedade atual está veiculada à docilidade, fragilidade. No contexto hospitalar, o idoso se sente profundamente invadido em sua individualidade e privacidade, possibilitando reações negativas, como maior irritabilidade.

Comportamentos agressivos na velhice, em geral, estão associados a alterações patológicas como demência de Alzheimer, alterações psiquiátricas, sensação de dor, contensão física, Síndrome Confusional Aguda, dentre outras, em que se sentem ameaçados ou desorientados. Como consequência manifestam agressões verbais por meio de xingamentos, rispidez nas palavras, tom de voz alto e agressões físicas do tipo tapas, chutes, mordidas e lançamento de objetos. Todo comportamento hostil neste grupo etário deve ser minuciosamente investigado para descobrir suas causas e instituir uma abordagem adequada. No outro extremo, situa-se a visão do idoso hospitalizado como extremamente dócil, característica, esta, desenvolvida a partir uma carência afetiva tornando-o receptivo, passivo e agradecido pelos cuidados prestados.

A adjetivação da pessoa idosa como teimosa é utilizada com frequência no contexto hospitalar, no âmbito das relações entre a enfermagem e o paciente, nas quais se espera obediência absoluta às orientações. Durante todo o curso de vida, os idosos estiveram acostumados a tomar as suas próprias decisões e ocuparem a posição de ordenadores e não de ordenados. Por isso, são pouco toleráveis quando tolhidos de exercer a sua autonomia, dizendo-lhes o que deve ser feito e como devem comportar-se.

Deve levar-se em consideração que os profissionais de saúde não possuem “imunidade cultural”. Teimosia não é um comportamento exclusivo dos idosos, os jovens também desobedecem, mas seus desvios são socialmente mais tolerados. São nomeados de “cabeça dura”, enquanto que os idosos são rotulados, pelo mesmo comportamento, como insuportáveis, muito desagradáveis. Por consequência, pouco se investe no sentido de intervir e modificar padrões de comportamentos.

O recolhimento e a receptividade também foram destacados como comportamentos dos idosos pelas profissionais de enfermagem participantes do estudo. Por receptivo compreende-se a pessoa idosa que é suscetível a receber os cuidados de enfermagem. Ter disponibilidade para aprender como cuidar melhor de si, deixar ser tocado, cuidado, ser colaborador, uma pessoa com elevado potencial receptor, ou seja, com alta capacidade de interagir e relacionar-se de forma cordial, agradável. Em paralelo à presença favorável do idoso receptivo, as colaboradoras também reconhecem a pessoa idosa como alguém cujo comportamento é de introspecção, acanhada, retraída, quieta, fechada, deprimida, afastada e pouco comunicativa.

Ao discorrer sobre os vários tipos de comportamentos observados entre os pacientes, Porto (1997) assinala que estes são determinados pelo temperamento, as condições culturais, o modo de viver e as circunstâncias do momento. Acrescenta ainda que a experiência

momentânea da doença é capaz de proporcionar insegurança e acentuar traços da personalidade, requerendo do profissional a capacidade de sentir e estabelecer um relacionamento positivo com o paciente. Sobre a relação profissional/paciente idoso, o autor escreve:

O comportamento dos velhos varia muito em função de seu temperamento e, talvez, seja em boa parte um reflexo do que a vida lhe propiciou. O paciente idoso precisa sentir desde o primeiro momento que está sendo alvo de atenção e respeito, pois as pessoas idosas costumam ter uma certa amargura e uma dose de pessimismo diante de todas as coisas da vida; às vezes, tornam-se indiferentes e arredias, principalmente diante do jovem médico que está fazendo sua iniciação clínica. Antes de mais nada, faz-se mister compreendê-los, aceitando suas “manias” e agindo com paciência e delicadeza. [...] O interesse médico é tradicionalmente voltado para o reconhecimento das doenças a partir das quais ele põe em campo “remédios” e “cirurgias”, enquanto os pacientes idosos necessitam, sobretudo, de ser reconhecidos como pessoas (PORTO, 1997, p. 25).

As diferenças simultâneas do envelhecimento foram de mesmo modo sinalizadas em estudos anteriores, confirmando ser este um processo heterogêneo, “o tempo do orgasmo da vida e da liberdade e o tempo da medida do possível e da dependência” (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 13). Mas, sem dúvida, na atualidade predominam os aspectos negativos do envelhecimento “[...] identificado como fracasso, doença e sofrimento, culminando em um idoso excluído, que assimila essas características e reage a elas de diversas formas, variando da passividade, do comportamento depressivo e isolamento à postura agressiva – rebeldia e intransigência” (GUERRA; CALDAS, 2010, p.2938). Essas ideias impregnadas mentalmente pelos cientistas e pelos meios de comunicação impresso e falado reforçam a conotação da velhice como um problema de saúde, o que no contexto hospitalar é ainda mais acentuado. O idoso é apresentado como uma “vítima privilegiada da miséria” (DEBERT, 2000, p.155).

Observa-se a existência simultânea de comportamentos avaliados pelas profissionais de enfermagem como positivos e negativos, modificados de acordo com as circunstâncias. Comportamentos situados em oposição entre: bom-mau, ativo-passivo, desejável-indesejável, portanto, contraditórios. Esta visão que as profissionais de enfermagem constroem sobre a pessoa idosa hospitalizada tem potencial para influenciar suas relações interpessoais e de cuidado.

Existem características observadas pelas profissionais de saúde em pessoas hospitalizadas sob seus cuidados as quais são manifestações clínicas comuns em determinadas enfermidades. O modelo explicativo para ocorrência destas é universal e está fundamentado em uma concepção biológica do corpo que exhibe sinais corporais capazes de serem associados

a uma determinada patologia. Pode citar-se como exemplo um idoso que chega a uma instituição hospitalar com um desvio da comissura labial e déficit motor à direita, e logo imagina-se que foi acometido por um problema neurológico.

No entanto, existem características também observadas nos pacientes que não são relacionadas aos aspectos biopatológicos, mas se constituem em atributos estabelecidos pela sociedade para categorizá-los como pessoas pertencentes a um determinado grupo. O que significa dizer, neste caso em específico, que existem aspectos pré-concebidos sobre os idosos que emergem inconscientemente nos profissionais de saúde quando estabelecem um contato físico com estes.

De acordo com Goffman “quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e seus atributos, a sua ‘identidade social’ e (...) baseando-se nessas pré-concepções, nós as transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo mais rigoroso” (GOFFMAN, 1975, p.12).

Nessa perspectiva, o hospital emerge não apenas como uma instituição destinada à terapêutica, mas como um ambiente social. No hospital são estabelecidas interações, encontro entre pessoas capazes de produzir e reproduzir atributos os quais favorecem a manutenção ou mobilidade destas para uma categoria avaliada mais positivamente.

As impressões que as profissionais de enfermagem participantes do estudo têm sobre os idosos usuários do SUS, os quais são submetidos aos seus cuidados, é de que são carentes do ponto de vista econômico e afetivo, dependentes para as atividades básicas da vida diária, tal qual uma criança, que sofrem de abandono por parte da família e que por vezes demonstram comportamentos indesejáveis. Esses foram os atributos identificados como os que tornam os idosos diferentes dos demais pacientes internados.

Estes modos de perceber a pessoa idosa hospitalizada valorizam em demasia as desvantagens associadas à velhice e classificam os idosos como um grupo “desacreditado”, repleto de problemas físicos, econômicos e sociais que se somam e são de resolução muito complexa. Tudo isso contribui para que o cuidado a pessoas desse grupo seja percebido como um trabalho exigente e penoso.

Além disso, o estigma da dependência pode favorecer que a pessoa idosa estigmatizada se sinta angustiada a tal ponto que a sua satisfação em viver seja diminuída e se sinta um estorvo, desejando até mesmo uma morte abreviada.

Neste capítulo, ficou demonstrado que os estigmas relacionados à velhice na sociedade moderna são reproduzidos no cotidiano hospitalar, e, conseqüentemente, moldam as práticas de cuidados em relação aos idosos. Os atributos negativos da pessoa idosa hospitalizada,

destacados pelas profissionais de enfermagem, cobriram seus atributos positivos. A construção de uma imagem mais positiva sobre a pessoa idosa hospitalizada poderá ser alcançada com investimentos na formação e atualização de profissionais para atuarem na área gerontogeriatrica. Desse modo, para que o hospital possa ser um espaço inovador de cuidados às pessoas idosas é necessário iniciar a desconstrução de imagens e práticas estereotipadas da velhice.

### 5.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Para análise das práticas de cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados tomou-se o conjunto de informações captadas por meio das entrevistas, das notas descritas em diário de campo e dos registros contidos nos relatórios de enfermagem e prontuários de idosos.

A análise processual permitiu observar que os cuidados mais referidos nas entrevistas, bem como os de que mais se ocupavam as profissionais de enfermagem, eram de natureza habitual, de manutenção de vida. Assim, na fase de observações seletivas aprofundei o olhar sobre os cuidados relacionados à higiene, alimentação e eliminação.

Em seus estudos sobre a natureza dos cuidados, Collière (1989, p. 237), identificou dois grupos principais: os cuidados habituais ou de manutenção de vida e os cuidados de reparação. Os primeiros representam os cuidados permanentes para o sustento da vida, relacionados à alimentação, hidratação, higiene, eliminação e ao caminhar, e os de natureza afetiva e psicossocial. Segundo a autora supracitada, esses cuidados são aprendidos na convivência social do grupo e se modificam de acordo com a cultura. O segundo grupo está ligado aos cuidados necessários para reparar o que constitui obstáculos à vida, neste caso, tudo o que envolve o tratamento da doença.

Por serem tão habituais e fazerem parte das rotinas hospitalares, os cuidados de manutenção de vida têm sido renegados ao segundo plano, assumidos pelas técnicas ou pelos acompanhantes de idosos. São considerados “os mais pesados e desprezados” (COLLIÈRE, 1989, p. 343). Nesse sentido, para compreender os modos como a enfermagem cuida dos idosos hospitalizados, observei as profissionais de enfermagem em seu ambiente natural, fazendo o que para elas é usual e corriqueiro.

Estes cuidados, em geral, são realizados apressadamente, sem exercer na equipe uma reflexão sobre os fatores que influenciam sua prática e, até mesmo, sobre os resultados

obtidos, dentre os quais, aquilo que se deseja: a satisfação do cliente. A importância em compreender os cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados e a influência que incide sobre estes, consiste em: “clarificar o que motiva e faz agir, bem como a coerência entre as finalidades a que se propõe e os meios que utiliza, em função das situações” (COLLIÈRE, 1989, p.280).

Parte-se do pressuposto que o cuidado de enfermagem prestado a pessoa idosa, no contexto hospitalar, é promovido por circunstâncias de adoecimento ou de limitações impostas pelo envelhecimento. Nesse encontro entre a equipe de enfermagem e a pessoa idosa, manifesta-se a subjetividade na interação necessária ao ato de cuidar.

Neste capítulo, tratarei de elucidar o que fazem as profissionais de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados, e como o fazem, a partir da análise de suas entrevistas, das suas práticas em ato e registradas em documentos, concernentes a três cuidados de manutenção de vida: a higiene, a alimentação e a eliminação. Todos esses cuidados foram visualizados considerando o cenário onde eles ocorrem e as percepções sobre a pessoa idosa hospitalizada, já retratadas em capítulos anteriores.

No capítulo posterior, abordarei os significados culturais apreendidos nesta análise dos cuidados de manutenção de vida, oferecendo ao leitor uma síntese do que toda esta gama de cuidados prestados às pessoas idosas significa de fato para as profissionais de enfermagem.

### **5.3.1 Conforto e sofrimento: a enfermagem e os cuidados higiênicos da pessoa idosa hospitalizada**

A higiene do corpo é um costume aprendido e transmitido de geração a geração de acordo com o tempo e o lugar onde a pessoa está inserida. A tradição brasileira nos cuidados com a higiene do corpo, especialmente o banho diário, foi herdada dos povos indígenas. Tornou-se uma rotina estimulada pelos profissionais de saúde pública para evitar a proliferação de doenças (OLIVEIRA; GARCIA; SÁ, 2003) e também pelas indústrias que comercializam produtos como sabonetes, xampus, perfumes, hidratantes, creme e escova dental, lâminas de barbear, dentre outros (SCHUTZ; SCHAEFER; FRANÇA, s/d).

A higiene corporal completa envolve a limpeza dos cabelos, do corpo, o corte das unhas, a retirada (tricotomia) ou corte dos pelos, a higiene oral, íntima e os cuidados com o vestuário. No entanto, o banho é o cuidado higiênico considerado como o mais importante pelas profissionais de enfermagem desse estudo. Quantitativamente, foram registradas no total



das entrevistas, a ocorrência das palavras higiene, banho e banho no leito, respectivamente, por 16, 63 e 07 vezes. O banho foi também destacado em um estudo anterior sobre os cuidados de higiene valorizados pelos profissionais de enfermagem realizado nos hospitais públicos do contexto sociocultural de João Pessoa – Paraíba – (OLIVEIRA; GARCIA; SÁ, 2003).

A iniciação ao banho ocorre algumas horas após o nascimento e irá perdurar por toda a vida. O modo como nos banhamos sofre alteração ao longo do ciclo vital. Começa com a criança sendo imersa parcialmente num recipiente (banheira, bacia, balde, outros) por um adulto, quase sempre do sexo feminino. O primeiro banho é tradicionalmente registrado por meio de fotografias e guardado como uma recordação de um momento importante da vida. Quando a criança adquire equilíbrio e capacidade de ficar ereta, adota-se o banho de aspersão e, já na fase adulta ou na velhice, em casos eventuais ou crônicos de restrição ao leito, o banho é realizado com auxílio de um cuidador, no próprio leito, utilizando-se compressas umedecidas.

Na cultura ocidental o ato de banhar-se é muito valorizado. Apresentar-se limpo e perfumado favorece as relações e a inserção social. Pessoas marginalizadas da sociedade como bêbados, moradores de rua, dependentes químicos ou deficientes mentais são associados ao descuido com a higiene e vê-los em tal condição é, por vezes, assustador.

Na pré-adolescência não é incomum a atitude passageira de descuido com a imagem corporal e com a higiene causando tensão nos pais. Na velhice, alguns idosos também infringem as normas de higiene, mas não são tão bem tolerados quanto os mais jovens. Pessoas idosas podem ter dificuldades para o autocuidado com a higiene devido a problemas osteomusculares, sequelas neurológicas, doenças cardíacas e pulmonares graves que limitam esforços, condições climáticas, dificuldade de acesso ao banheiro, medo de cair, falta de motivação devido a depressão, dentre outras causas. Quando dependentes, a inexistência de um cuidador, o tempo insuficiente deste, a condição física e o despreparo do cuidador podem ser relacionados ao descuido com a higiene observada em idosos.

No contexto hospitalar investigado, o cuidado com a higiene dos idosos é uma tarefa designada às técnicas de enfermagem com o apoio dos acompanhantes. Observa-se um distanciamento da enfermeira na execução e supervisão dessa tarefa. Durante todo o período de permanência no campo, não foi observado nenhum banho realizado pela enfermeira ou que tenha recebido a sua colaboração.

Na “ronda” diária realizada pelas técnicas de enfermagem, elas desenvolvem uma espécie de triagem, na qual a condição clínica da pessoa idosa funciona como principal

indicador para estabelecer o tipo de banho a ser oferecido. A interferência da enfermeira ou do profissional médico na indicação do banho do paciente é eventual e só ocorre no caso em que mesmo observando-se condições de caminhar até o banheiro, o idoso tenha indicação de repouso absoluto devido a condições clínicas, como no caso daqueles acometidos pelo Infarto Agudo do Miocárdio.

[...] nós (técnicas de enfermagem) vamos selecionar quem é banho no leito, quem é banho de cadeira, quem é que vai deambulando. Aí a gente vai, põe primeiro os que estão deambulando pra tomar banho, aí depois a gente leva os de cadeira, aí depois nós vamos dar os banhos no leito (Florence, Técnica de Enfermagem).

Higienizar o corpo é um cuidado que prestamos a nós mesmos, uma prática histórica e socialmente construída, mas também é uma prática simbólica da profissão de enfermagem na qual se observa com clareza as relações de gênero. Para as profissionais o ambiente e os pacientes limpos são reveladores de uma enfermagem qualificada e humanizada.

Cuidar do corpo é uma tarefa de cunho doméstico, considerada como um “trabalho sujo”, reservado desde sempre à figura feminina com o argumento de que as mulheres são mais sensíveis e têm mais experiência acumulada com os cuidados de seu próprio corpo. Nas práticas relacionadas à limpeza, seja do corpo, seja do ambiente, todas as práticas de lavagem cujo veículo é a água, e nas quais se observa a passagem do sujo ao limpo, são consideradas como de purificação, (COLLIÈRE, 1986, p.43-44). Ao longo dos séculos, os homens se afastaram desse tipo de serviço, não foram preparados para a tarefa e, por ser um trabalho predominantemente feminino, consideram um desprestígio fazê-lo.

Ao consultar a literatura sobre a história das mulheres nos cuidados com a higiene do corpo e do ambiente, observa-se que na prática da enfermagem, profissão predominantemente feminina, se guardam os resquícios da valorização desta prática pelas congêneres, assim como o foi desde os primórdios. As profissionais de enfermagem agregam o aprendizado socialmente construído ao conhecimento científico, no qual se destaca a relevância dos cuidados higiênicos no controle da infecção e promoção de bem-estar e conforto.

Nos cuidados de enfermagem nós priorizamos muito a higiene. A higiene do paciente tem que ser satisfatória, porque já está o tempo todo deitado. Porque está num ambiente sujo, com fralda suja... Mesmo sabendo que o número de profissionais não é o adequado, a gente se redobra, se divide. [...] A gente prioriza tá trocando esse paciente. Tá trocando a roupa dele de cama, tá trocando a fralda pra que ele não fique sujo até pra que ele se sentir bem. Dar um conforto. De manhã a prioridade a gente divide, uma colega faz os sinais vitais, faz a ronda aí divide para os banhos no leito, os banhos de cadeira, troca roupa de cama... A gente prioriza muito o paciente tá limpo. Tem muitos idosos também que não gostam de tomar banho, mas a gente também não deixa passar em branco não! Prioriza está higienizado, estar limpo. Porque também é a imagem do setor e é a imagem do

profissional. Que profissional é esse que o paciente está todo sujo em cima da cama? É como se fosse que o paciente não foi assistido. Ele até pode ter sido medicado. Mas é como se fosse negligenciado, ele não foi assistido. É o velho ditado: - As aparências dizem tudo! A primeira impressão. O setor que você trabalha é como se fosse a cozinha de sua casa, se você tá aquela bagunça, um monte de louça na pia, mesa suja, fogão sujo, pode até fazer uma comida gostosa, mas você não tem coragem de comer. Será que aquela comida está limpa, será que lavou as mãos? É a mesma coisa. Pode até ser uma ótima profissional, de pegar a veia até no escuro, de pegar a veia que ninguém vê. Mas se você encontra sujo... E é aquilo que eu falei anteriormente: - Você ia gostar de estar sujo, você ia gostar que seu parente tivesse sujo? Você não iria gostar (Madeleine, Técnica de Enfermagem).

No trecho escrito por Nightingale, em seu *best seller: Notas sobre a Enfermagem*, a “Dama da Lâmpada”, como é conhecida, destaca a relevância da higiene para a profissão no seguinte fragmento: “Pode ser desnecessário dizer para uma enfermeira que ela deve ser limpa, ou que ela deve manter o paciente limpo, visto que uma parte mais importante do trabalho da Enfermagem consiste em manter a limpeza” (ICN, 2010, p.93).

Além da relevância da higiene do ambiente e do corpo para as profissionais de enfermagem, um segundo aspecto foi ressaltado pelas participantes: o desinteresse das pessoas idosas pelos cuidados higiênicos. Estereótipo ou verdade? Quais são as implicações desta crença para a prática de enfermagem?

É importante não rotular os idosos como pessoas anti-higiênicas, de odor fétido. Essa concepção é falsa. Se a higiene é um hábito, na velhice será manifestado como foi desenvolvido esse costume ao longo do ciclo de vida. A enfermeira deve avaliar os motivos que estão levando a pessoa idosa a recusar o banho e caminhar em direção a ajudá-la na adaptação de uma nova realidade, respeitando, sempre que possível, a cultura, a capacidade funcional e a individualidade da pessoa. Pois, apenas a avaliação da condição física para executar os movimentos necessários não é suficiente para identificar os problemas e intervir para atender as necessidades do paciente.

A maioria dos idosos tem uma certa rotina e é difícil você trabalhar a mudança dessa rotina quer seja na forma de alimentação, no horário de banho, das eliminações intestinais. Então assim, eles demoram de se adaptar por conta disso. Não estão acostumados muitos deles ao banheiro com chuveiro, ao vaso sanitário... Então, tudo isso a gente observa (Lydia, enfermeira).

Os cuidados higiênicos em pessoas idosas são influenciados por múltiplos fatores: biofisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. Por biofisiológico compreende-se os fatores relacionados à capacidade neuromuscular exigida para a realização dos cuidados de higiene que envolve destreza, equilíbrio, amplitude de movimentos, força e coordenação. As alterações músculo-esqueléticas provenientes do processo de envelhecimento ou advindas de

patologias afetam a motricidade e a execução de atividades relacionadas à higiene (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995). A presença de doenças infecciosas e inflamatórias produz exsudatos, exigindo maior frequência e presteza nos cuidados de higiene para controlar odores e impedir a disseminação de bactérias.

A dimensão psicológica envolve a percepção da pessoa idosa quanto a sua imagem corporal. Quando esta percepção é negativa, usualmente está associada à baixa autoestima e negligência dos cuidados com a higiene corporal. Acrescentam-se, ainda, a personalidade, o significado da higiene, da limpeza e sua importância para a pessoa idosa, as quais variam individualmente. Sobre a interferência dos fatores psicológicos nos cuidados higiênicos da pessoa idosa, não deve esquecer-se a relevância do respeito ao pudor, muitas vezes desconsiderado com naturalidade no ambiente hospitalar (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Quanto aos aspectos sociológicos, estes podem ser observados na influência de fatores externos sobre a pele, a produção das glândulas sudoríparas, grau de hidratação da pele, sensação térmica e uso de produtos de higiene de acordo com as modas atuais ou fidelidade aos produtos utilizados por toda a vida. A diferença entre as instalações sanitárias da residência e do hospital também podem contribuir para que os idosos se sintam embaraçados, confusos com os equipamentos encontrados.

Os pacientes internados nos hospitais públicos são frequentemente de baixo poder aquisitivo, provenientes tanto das áreas urbanas, quanto rurais, com uma cultura bem diferenciada. Alguns deles têm o hábito de banhar-se em rios ou utilizando baldes e no hospital ficam confusos ao terem que manipular chuveiro ou controlar a temperatura. Outros se sentem inseguros, com medo de cair no piso escorregadio, já que os banheiros não são adaptados com barras de apoio e outras adequações para garantir a segurança dos pacientes durante o banho. Também não é incomum encontrar dificuldades relacionadas à manobra de cadeiras de banho em sanitários pequenos e com portas estreitas, ou à ausência e precariedade destas, o que favorece a dependência de outros para auxiliar no trajeto entre a enfermagem e o banheiro.

Diferenças culturais devem ser de mesmo modo avaliadas pelas profissionais de enfermagem. De acordo com a crença, a higiene pode ter significado diferente, para uma mesma pessoa, a depender do dia da semana. Um exemplo disto é que na crença dos Adventistas do Sétimo Dia a higiene do corpo e do ambiente no dia de sexta-feira deve ser especial, pois é momento de preparar-se para a chegada das horas sagradas do sábado.

Durante todo o período de observação no campo, tinha por costume ler diariamente o relatório de enfermagem em busca de informações que pudessem auxiliar a elucidar o problema de pesquisa. Em certa ocasião chamou-me atenção a informação de que uma idosa tinha recusado o banho. Fiquei curiosa e me deslocuei até o quarto. Ela estava sem acompanhante, num quarto de dois leitos. O odor de urina tomava conta do ambiente e era possível ver as moscas sobrevoando. A roupa estava em estado higiênico precário, muito suja, inclusive de sangue. Percebi que a paciente ao lado estava incomodada com o odor. Parei e conversei alguns minutos com ela sem constrangê-la. Falei sobre o intenso calor que fazia em toda a cidade e ela disse que gostaria de tomar um banho, mas aguardava os filhos trazerem a roupa e que eles só chegariam ao final da manhã ou à tarde. Ofereci uma roupa do hospital. Ela disse que não gostava de roupa de hospital. Falei que tinha um avental descartável e perguntei se ela o aceitaria. Respondeu positivamente. O entreguei a ela e no final do período quando passei pela enfermagem observei que ela já estava asseada e usando o avental. No dia seguinte constava no relatório que a idosa havia recusado a endoscopia e solicitado a alta hospitalar, e a despeito da tentativa dos filhos e do médico para que ela permanecesse no hospital dando continuidade ao tratamento, não se obteve sucesso. Ela realmente saiu do hospital.

O que se observa é uma preocupação da enfermagem para que os idosos estejam limpos. No entanto, não foi constatada a mesma inquietação concernente a avaliação do motivo ou motivos pelos quais os idosos exibem déficit de autocuidado relacionado à higiene, para além dos fatores biofisiológicos. A higiene corporal, mais especificamente, o banho, se apresenta como um cuidado para atender a necessidade básica do idoso, mas esta ação está atrelada às condições de trabalho e rotinas da enfermagem. Nessa relação, pode haver desequilíbrio entre o poder impositivo dos profissionais de enfermagem e a autonomia dos idosos hospitalizados, ficando os últimos em desvantagem. O rigor quanto ao horário dos banhos é um exemplo. Tomar banho entre às 07:00 e às 9:00h é praticamente uma determinação da qual dificilmente se consegue escapar.

Outro aspecto constatado é que as práticas de higiene padronizadas são realizadas sem raciocínio crítico para analisar a situação da pessoa idosa. A ausência de implantação da sistematização da assistência de enfermagem contribui para um modelo de assistência baseado em rotinas e na incorporação de práticas que vislumbram o paciente como um agente passivo do cuidado.

De acordo com as participantes do estudo, existe uma notável diferença entre o padrão de higiene observado entre homens e mulheres idosas. No entanto, a valorização do pudor

independe do sexo e está mais relacionada com a história de vida e hábitos da pessoa cuidada, como se observa nos seguintes discursos:

As mulheres são mais higiênicas, os homens têm mais falta de higiene, por exemplo, escarram no chão, e a mulher não, vai ao banheiro. O banheiro das mulheres, elas obruam no vaso, os homens defecam até no chão. As mulheres eu já falo pra elas, quando estão menstruadas, coloca o absorvente num papel higiênico e joga. Homem não. Eles têm o prazer de pegar o papel higiênico e jogar dentro da privada que já entupiu três vezes (Dorothea, Técnica de Enfermagem).

Tem muitas idosas também que são tímidas, até mesmo no cuidado ali da higiene pessoal, a gente pensa assim que as mulheres, não. Mas tem muitas que ficam mais inibidas, mais do que os homens (Madeleine, Técnica de Enfermagem).

Observei que a apresentação do corpo cheiroso foi mais comum entre as mulheres idosas. Nestas circunstâncias não o fizeram para seduzir, mas para proporcionar bem-estar e prevenir isolamento social. O uso de batons, esmalte colorido, colares, brincos, blushes, foram tomados com admiração pela equipe e visitas, como se velhice e vaidade andassem em caminhos opostos, se repelissem.

Alguns dos idosos internados recebiam os cuidados higiênicos no leito como uma experiência transitória ou permanente de acordo com a sua condição clínica e seu prognóstico. Na enfermagem, o banho de leito quase sempre é recriado, transformado de acordo com as condições estruturais, de materiais e de pessoal, às vezes distanciando-se muito do ideal proposto tecnicamente. O fato de ser uma técnica, não implica que deva ser realizado sem uma visão crítica, mas que suas etapas devem ser respeitadas, a fim de alcançar os resultados satisfatórios concernentes à higiene da pessoa acamada.

Ser banhado no leito não é uma tarefa fácil, nem para quem presta o cuidado, nem para quem o recebe. Para a enfermagem, é uma tarefa que gera grande dispêndio de tempo, energia e recursos. Implica a capacidade de relacionar-se e desenvolver, com base nos parâmetros científicos, a higiene do corpo capaz de manter a pele limpa e hidratada. Para as pessoas idosas é constrangedor precisar despir-se e ser manipuladas em suas partes mais íntimas por alguém que não se conhece. O que é para ser uma ação de respeito à privacidade, torna-se compartilhada por muitos outros.

Em um estudo realizado em um Hospital Universitário, os pacientes dependentes relataram que o banho de leito não produz a sensação de conforto proporcionada por um banho de chuveiro e, no ambiente hospitalar, não se pode escolher os horários e o número de banhos diários em virtude das limitações impostas pelos déficits de recursos humanos e materiais. Na experiência dos pacientes, o banho de leito é como um “banho de gato”. Alusão

a higiene que o gato faz utilizando a sua própria língua e saliva para promover a limpeza do corpo. A sujeira parece permanecer no corpo e espalhar-se pelo leito. Em nada se parece com o banho de chuveiro, no qual se observa espuma e água abundantes e as impurezas descendo pelo ralo. Acrescentaram que se sentiam insatisfeitos por terem de tomar banho no leito. Os participantes idosos mostraram-se tomados por um sentimento de tristeza pela perda da independência, e pelo medo em não ter um cuidador familiar disponível. Revelaram que gostariam de poder banhar-se de novo no chuveiro, pois esta prática produz sensações prazerosas. Por esse motivo, avaliaram negativamente o profissional de enfermagem que realizava fielmente a técnica de banho no leito (MACIEL; BOCCHI, 2006).

O reconhecimento das alterações fisiológicas sobre a pele da pessoa que envelhece norteia a prática de enfermagem quanto ao banho de leito no idoso. É sabido que o sistema tegumentar sofre redução da elasticidade, aumento do ressecamento e fragilidade, perda da gordura subcutânea, declínio da resposta imune da pele, espessura e vascularização reduzida da derme (ELIOPOULOS, 2011). Este conhecimento fundamenta o banho da pessoa idosa dependente que deve ser realizado com uso de pouca água e sabão, com movimentos suaves, sem fricção, a fim de permitir que ao mesmo tempo a pele permaneça íntegra, limpa e hidratada.

A prevalência de idosos hospitalizados com déficit para o autocuidado e com integridade da pele prejudicada torna imperativo que as enfermeiras ofereçam mais atenção ao modo como a higiene tem sido oferecida, avaliem se a maneira em que tem sido realizada atende aos objetivos propostos, orientem e supervisionem a equipe de profissionais aproximando-as dos conhecimentos sobre os avanços tecnológicos na área. É necessário defender que para a melhoria do conforto da pessoa idosa hospitalizada é preciso haver também apoio institucional dispensando recursos humanos, materiais e estruturais adequados a uma prática mais eficiente e capaz de proporcionar experiência positiva, tanto para o idoso quanto para a profissional.

Outro fenômeno observado é a participação do acompanhante na higiene da pessoa idosa de modo constante e intenso, absorvendo, quase sempre, o papel compensatório na assistência, em consequência da insuficiência de recursos humanos.

A maioria dos acompanhantes é do sexo feminino, mesmo nas enfermarias masculinas. Nestas, as filhas, esposas, netas, são vistas com naturalidade. O mesmo não acontece com a presença de homens na ala feminina. É preciso apresentar justificativas contundentes à enfermeira e dela obter anuência para que um homem esteja como acompanhante na ala feminina. As mulheres se sentem constrangidas e ameaçadas com a

presença de desconhecidos na enfermaria feminina. O contrário não foi observado na ala masculina. A presença de uma acompanhante com prática prévia de cuidados de higiene com o idoso dependente no domicílio facilita o trabalho da equipe de enfermagem e o enfrentamento da hospitalização pelo idoso. Mas ainda assim, é preciso orientá-las, pois verifiquei que algumas acompanhantes manipulavam as maçanetas das portas com as luvas utilizadas no banho.

O banho no hospital emerge como uma oportunidade de atualizar os conhecimentos dos cuidadores familiares, retirar dúvidas, compartilhar experiências. Para as acompanhantes iniciantes, que estão fazendo o primeiro contato com a pessoa idosa dependente, o momento do banho constitui uma oportunidade de aprendizado, orientação para uma prática a ser adaptada no domicílio. Os acompanhantes masculinos são mais requisitados para a mobilização do paciente, enquanto que as mulheres auxiliam na técnica propriamente dita.

Os acompanhantes mais jovens podem sofrer com a adaptação ao ambiente hospitalar e a ter que conviver com o sofrimento. Eles podem ser requisitados pela família, mas embora tenham a intenção de ajudar, podem não estar preparados psicologicamente para tal. Foi o que constatei ao observar um banho de um idoso totalmente dependente e em estado deprimente devido ao edema generalizado, à dermatite e às múltiplas úlceras por pressão que apresentava. A jovem acompanhante que aparentava idade entre 16 e 17 anos virou-se para a parede e cerrou os olhos apertando-os intensamente ao ver as feridas descobertas durante o banho do avô e quase desmaiou. Afirmou que não aguentava olhar. Cabe à enfermagem ser sensível a esta condição e prevenir traumas que podem perdurar por toda a vida, além de consolidar uma imagem negativa da velhice e do hospital.

Outros idosos eram vítimas do abandono por parte de familiares e os reflexos sobre a sua higiene e saúde podiam ser visivelmente notados. Em geral, um idoso que é abandonado no hospital sofre de negligência e maus-tratos no domicílio. Durante as entrevistas, técnicas de enfermagem recordaram algumas situações vivenciadas em que evidenciaram a presença de miíases (larvas depositadas por moscas) por ocasião do internamento do idoso:

Nesse quarto aqui, tinha um senhor que morava na roça. Era teimoso e uma mosca de berno sentou em cima de uma ferida que ele tinha em cima do peito direito. Na roça, parente nenhum cuidava dele. Um sobrinho quando chegou lá, viu o tio e perguntou: - o senhor está sentindo o quê? Ah tio! Isso é berno dos animais. Quando chegou subiu para aqui com miíase. Um belo dia trabalhei aqui à noite, sozinha com 16 pacientes. Cheguei e pensei: Oh meu Deus do céu! O que é que este homem tem? Eu vou verificar a temperatura. Quando eu coloquei o termômetro, eu vi uma coisa assim, me dando tchau, e pensei: Oxente! Dando tchau? Não, eu tenho que ver! Eu, muito curiosa, abri o curativo do homem todo. Quando eu vi, miíase. Cinco horas da manhã, as miíases saíam daqui (apontava para a porta do quarto) e iam pro postinho.



Eu saía catando mífase com pinça. Dr<sup>a</sup> X levou esse paciente pro Centro Cirúrgico, mandou a gente escovar ele no banheiro com uma escovinha. “As mífases voadoras”, que eu coloquei esse nome, perfurou o pulmão dele. Já estava tudo alojado no pulmão. Ele veio a óbito (Dorothea, Técnica de Enfermagem).

Ela (a idosa hospitalizada) estava com bichinho, mífase na boca. Foi falta de cuidado em casa. Ela caiu e o familiar deixou muito sangue na boca por muito tempo e não fazia higiene. É tanto que a gente tirava as mífases tudo com a pinça. Era uma situação! E não tinha ninguém, não vinha nenhum familiar. Ela começou a ficar muito debilitada e morreu aqui (Imogenes, Técnica de Enfermagem).

Estes relatos mostram casos extremados de idosos que foram negligenciados por seus familiares em seus cuidados mais básicos de higiene, levando-os a complicações graves do seu estado de saúde e até a morte. A relevância do problema é muitas vezes dada no âmbito biológico. Mas, é muito difícil precisar o impacto que a experiência do déficit de cuidados na higiene pode causar na pessoa idosa do ponto de vista psicossocial. Por isso, a presença e apoio do acompanhante no banho é uma oportunidade de capacitação e motivação para a manutenção do cuidado pós-alta e prevenção de negligência e maus-tratos.

O ambiente intrafamiliar conflituoso, com vínculos frouxos entre seus membros, a responsabilidade atribuída às famílias sem disposição ou condições para cuidar de idosos, o isolamento social de idosos, a dependência de filhos adultos de seus pais idosos, ou idosos dependerem da família de seus filhos para sobreviverem, o uso abusivo de álcool e outras drogas por membros da família, o histórico de violência familiar e agressividade do idoso, são situações de risco de violência doméstica contra pessoas deste grupo etário (MENEZES, 1999; MINAYO, SOUZA, 2003).

No entanto, observei que outros idosos, como os acometidos por ELA, recebiam atenção especial por parte da família e da enfermagem. A equipe estava a todo o tempo sensível à complexidade envolvida na relação entre o acompanhante e o idoso hospitalizado e fazia tudo o que estava ao seu alcance para minorar o sofrimento. Manter o idoso confortável e higienizado era uma meta perseguida pela enfermagem e por seus acompanhantes. A presença ininterrupta do familiar foi fundamental para a preservação do bem-estar, da higiene completa e preservação da integridade da pele, reafirmando que é necessário ter o quantitativo adequado de profissionais para uma melhor assistência, conforme observação registrada no diário de campo:

O quarto do Sr. J estava limpo e cheiroso. O idoso estava com boa aparência, apesar do uso de respirador e gastrostomia. Sua pele era muito fina, translúcida, mas sem nenhum ferimento, mesmo estando restrito ao leito há 20 meses. Não possuía pelos na face e os da axila estavam aparados. Boca limpa, lábios hidratados, unhas cortadas, cabelos penteados. O quarto tinha uma bicama, TV, celular com música evangélica, muitos livros, linha para crochê, cartazes fixados com versos bíblicos.

No banheiro, roupas lavadas estendidas em um varal improvisado. A esposa do Sr. J. me disse que estava morando ali, que Deus tinha operado maravilhas na vida dela e do idoso. Que a equipe é uma família. Sabia o nome dos médicos e enfermeiras. Disse que no início tinha pavor ao ambiente, sentia-se mal com cheiro de éter. Agora ajudava até outros pacientes se precisem. Convidou-me para sentar. Aceitei.

Durante trinta minutos contou-me a história do seu esposo, como adoeceu e como a doença evoluiu rapidamente e que ela jamais pensou que passaria uma situação como esta. Queixou-se de não ter com quem revezar. Mora num município vizinho, tem filho que ainda necessita de apoio. Vai semanalmente em casa e tem que dar conta de serviço doméstico. Nem a família dela, nem a dele oferece apoio. Falou sobre a regulação que permitiu ir de UTI aérea para Salvador. Informou que o paciente já ficou três meses na UTI, 45 dias em Salvador, até voltarem e adaptarem aquele quarto para ele. É uma jovem Sr<sup>a</sup>, diz estar muito cansada, mais disposta a continuar. Falou que o seu relacionamento com o idoso é do seu segundo casamento, que ele era agricultor e já convive com ele há 24 anos.

Tentei interagir com o idoso. Mas, ele balbuciou poucas palavras, não emite sons e se comunica basicamente com os olhos. Mas a esposa entende tudo o que ele diz com o olhar e ele atende às suas solicitações (Registro do diário de campo realizado a partir da observação realizada na Clínica Médica de um Hospital Público de Jequié, Bahia).

Retomando as reflexões sobre o banho de idosos dependentes no contexto hospitalar, pude constatar que embora fosse objetivo da equipe e da família do idoso proporcionar conforto com a promoção e manutenção da higiene, a manipulação durante o banho representou intenso sofrimento para idosos emagrecidos, com rigidez osteomuscular e múltiplas feridas.

O banho não é uma atividade realizada de forma isolada. Na prática, a massagem de conforto, a hidratação da pele com óleos e cremes apropriados e curativos das áreas expostas são realizados concomitantemente a este procedimento. A justificativa apresentada pelas profissionais é que procedem assim para otimizar o tempo e manter limpos por mais tempo os poucos lençóis disponíveis. O inconveniente é que o banho de leito nestas circunstâncias pode tornar-se muito demorado, produzir sofrimento físico e psicológico, por exemplo, com piora do quadro respiratório e aumento da ansiedade.

É indesejável e contraditório que um tratamento destinado para produzir conforto possa ocasionar sofrimento. O fato é que a ocorrência de desconforto durante o banho pode ser prevenida por meio de fisioterapia, manipulação adequada do tronco e dos membros, uso de curativos que não necessitem de troca diária e desenvolvimento de relação respeitosa e de confiança.

Ao invés de produzir uma experiência prazerosa, o banho para alguns idosos se apresenta como uma experiência aversiva, um flagelo na qual se manifestam emoções negativas, evidenciadas por expressão facial de dor, gritos e gemidos.

Uma das técnicas de Enfermagem da CMM precisou acompanhar um paciente para exame externo, ficou durante todo o turno matutino fora do setor. Permaneceu apenas uma

técnica de enfermagem na unidade masculina, então resolvi acompanhá-la em sua rotina de cuidados, foi aí que me deparei com a seguinte cena que se passava em uma das enfermarias com um idoso de 85 anos portador de Insuficiência Respiratória.

A porta da enfermaria estava aberta para o corredor, o corpo do idoso todo exposto, vários acompanhantes transitando, do sexo masculino e feminino e o idoso gritava muito, gemia, enquanto a Técnica de Enfermagem tentava retirar um fecaloma. Após várias manobras, obteve sucesso e o idoso ficou por alguns minutos mais sossegado. Olhei para o lado, vi um biombo, tratei de colocar na porta, pois se a fechasse ficaria muito quente. A acompanhante solicitou que colocasse o biombo do outro lado para evitar que as demais acompanhantes vissem e que fechasse a porta, mesmo sabendo que o ambiente ficaria muito quente. O espaço era pequeno, pois ainda tinha disposta uma mesa de cabeceira com muitos materiais, mas fiz o que ela solicitou. Providenciei para mim luvas, gorro e máscara para auxiliar o banho, a acompanhante também ajudava segurando o idoso, pois foi necessário liberar a contenção.

Suas costas estavam tomada por uma dermatite extensa (hiperemia, descamação, como uma queimadura), já havia áreas com úlceras grau 2 e, à medida que íamos dando o banho e descobríamos cada curativo, aumentavam os bramidos. Tentei acalmá-lo, mas parece que não adiantava. Eram ao todo oito feridas, médias e grandes com áreas de necrose, mesclada com granulação nas regiões do dorso, trocânteres, sacra, calcâneos e maléolos. As feridas foram irrigadas com Soro fisiológico, utilizado Papaína e Kollagenase, cobertura de gaze, micropore ou atadura. Usava fralda, estava sem Sonda Vesical. Usava oxigenoterapia em máscara de Venturi e estava sobre o colchão casca de ovos.

Foi extremamente trabalhoso cuidar daquele idoso. Um minuto que suas mãos se soltaram coçou a pele provocando sangramento. Suas unhas estavam crescidas. Não presenciei a realização de higiene oral, nem do couro cabeludo, ouvidos, nem narinas. A Técnica de Enfermagem disse que achava que o uso da pasta d'água estava aumentando a dermatite, como se estivesse provocando alergia, por isso não a utilizou (Registro do diário de campo realizado a partir da observação do banho de um idoso dependente realizado na Clínica Médica de um Hospital Público de Jequié, Bahia, no dia 09.01.13).

Sobre o sofrimento de idosos durante o banho uma enfermeira relatou:

Aquele senhorzinho que ficou no leito nove um tempão, não sei se você chegou a conhecer, ele tinha um câncer de intestino. Então, ele na hora do banho xingava muito, reclamava muito. Também me marcou. A gente dava risada, brincava, mas ele era muito magrinho, bem debilitado e ele gritava: - Ligeiro com isso, pára com isso, me seca logo! Na hora do banho era uma “sofrência”, reclamava demais (Lydia, enfermeira).

O banho foi reconhecido como uma situação geradora de “sofrência”. O termo não foi adequadamente utilizado, pois “sofrência” é uma palavra derivada da fusão entre sofrimento e carência. Designa o estilo musical cujas canções tratam do sofrimento por amor não correspondido ou decepção amorosa. Portanto, o motivo do sofrimento do idoso não condiz ao que com o termo empregado pela profissional. Mas, seu uso é uma tentativa de atenuar por meio da linguagem o que está subentendido por trás dos gemidos.

As experiências negativas com o banho no leito também foram retratadas por pessoas internadas na UTI. Elas revelaram ter medo de cair devido movimentos bruscos, sentir frio, dor, vergonha, constrangimento e ansiedade na execução do procedimento. As pesquisadoras concluíram que a utilização de tecnologias leves de cuidado como o relacionamento interpessoal, vínculo e acolhimento podem ajudar a promover maior satisfação e conforto no banho oferecido no leito (NAKATANI et al., 2004).

A ocorrência de sofrimento de idosos durante o banho pode ser apenas a ponta do *iceberg*, pois nem todos os idosos expressam o seu sofrimento. O desconforto pode ser silenciado ou subjugado. Não ter um acompanhante implica muitas vezes ter que aceitar o cuidado prestado pela profissional de enfermagem do sexo oposto, suportando o descontentamento, como revelado nesse trecho da entrevista com uma técnica de enfermagem:

[...] Muitos pacientes, tem receio. Já o paciente do leito nove, ele não tem “receio nenhum”, não tem vergonha. Ele me respondeu assim: - Devido eu estar precisando, necessitando dos seus cuidados e eu não tenho ninguém pra me cuidar, eu não posso ter vergonha, eu quero é minha saúde (Dorothea, Técnica e Enfermagem).

Os demais cuidados com a higiene são, quase sempre, orientados de modo que as acompanhantes possam realizá-los. São eles: tricotomia, poda dos pelos, higiene oral, cuidados com a prótese, com as narinas, os ouvidos, desembaraço e arrumação dos cabelos, corte e limpeza das unhas. Para além da higiene, são reveladores da autoestima, da autoimagem e da vaidade, por isso, de mesmo modo, considerados importantes para a pessoa idosa e devem receber atenção da enfermagem.

Ao tecerem os cuidados e os significados da higiene da pessoa idosa hospitalizada, as profissionais de enfermagem referiram inúmeras dificuldades que determinavam a qualidade desses cuidados e os resultados obtidos, conforme apresentado no quadro a seguir. Os problemas enfrentados foram incorporados em seis grupos. Os mais referidos foram os aspectos relacionados à escassez de recursos humanos e materiais.

**Quadro 2** - Dificuldades encontradas por profissionais de enfermagem de um hospital público geral, para prestar os cuidados higiênicos à pessoa idosa hospitalizada, Jequié, Bahia, 2013.

Dificuldades relacionadas	Unidades de análise representativas
1. Estrutura Física	<p>[...] os banheiros, sem barra, subir com cadeira de rodas... Não tem nem condição naqueles banheiros lá do final (Katherine, Técnica de Enfermagem).</p> <p>[...] Eu acredito assim, a gente, não tem, por exemplo, estrutura, piso antiderrapante, corrimãos na enfermaria, cadeiras de rodas em número suficiente... Então essa estrutura física e de equipamentos, a gente tem essa limitação no setor (Jean, Enfermeira).</p>
2. Recursos Humanos	<p>A dificuldade maior aqui é com pessoal, porque você pegar 16, 17 pacientes idosos, alguns crônicos, acamados, com ferimentos extensos, pra dois técnicos, pra todos os cuidados, é difícil, é difícil. [...] Não posso disponibilizar 1h, 1:30 minutos, pra cada paciente idoso, que seria o ideal. No preparar o banho, que ele consiga fazer alguma coisa, mesmo devagar, lento (Florence, Técnica de Enfermagem).</p> <p>A dificuldade é pela quantidade de técnicos porque é pouco. Precisa de mais, principalmente na masculina, porque a maioria é de idosos e aí fica dois pra 16 (Virgínia, Técnica de Enfermagem).</p> <p>Eu achava que as enfermeiras deveriam dar mais assistência, se fosse pra dar um banho no leito, poderia estar ali junto com a gente (Dorothea, Técnica de Enfermagem).</p> <p>Poucos profissionais para o número de pacientes, se a gente tivesse mais profissionais pra prestar o cuidado a gente teria mais tempo. Prestaria uma qualidade bem melhor, porque muitas vezes a gente não presta por falta de tempo. Se a gente entra pra dar um banho de leito, já está com o tempo contado, pra fazer esse banho (Calista, Técnica de Enfermagem).</p> <p>Deveria ter mais recursos humanos. Às vezes a gente quer ir lá ficar um pouquinho, mas não tem tempo porque a sobrecarga de trabalho é grande (Dorothy, Enfermeira).</p> <p>Enquanto profissional a gente precisaria também estar se capacitando porque muitas vezes você trata o idoso como um adulto jovem que você tá cuidando e na verdade ele tem particularidades que a gente, às vezes, no dia-a-dia, você deixa passar. No corre-corre também de muitas atividades, de muita atribuição, você acaba também não parando pra ler, porque a gente também podia parar pra ler alguma coisa sobre o idoso, sobre as principais patologias que a gente acompanha aqui. Mas, o corre-corre da vida da gente, o excesso de atividades que a gente tem, extra-trabalho, pessoal mesmo, a gente acaba não parando pra fazer isso, acho também que a gente podia estar melhorando... (Jean, Enfermeira).</p> <p>[...] Como é que você vai trocar um paciente que não se move, tipo X. sozinha? Aí você se acaba, depois de um ano você não aguenta mais trabalhar (Martha, Técnica de Enfermagem).</p>

3. Recursos Materiais	<p>Os leitos não são adequados, falta cadeira de banho [...] Geralmente, a gente só tem um lençol e a gente precisa de três lençóis: um pra forrar, outro pra fazer a travessa, outro para cobrir (Merle, Técnica de Enfermagem).</p> <p>Os leitos deveriam ser uns leitos melhores. A cadeira do banho está danificada, nem existe na realidade! [...] às vezes falta, falta um monte de material e isso dificulta muito (Hildegard, Técnica de Enfermagem).</p> <p>Acho que falta muito material, nem sempre tem óleo, nem sempre tem pasta d'água, às vezes nem o essencial, sabão, lençol e isso atrasa (Martha, Técnica de Enfermagem).</p> <p>O que dificulta às vezes mais aqui é a falta de material, que às vezes a gente chega cedo pra dar um banho no paciente e falta isso, falta aquilo outro, falta sabão, uma toalha, falta um lençol, e a gente acaba atrasando o serviço devido às coisas (Faye, Técnica de Enfermagem).</p> <p>Uma cadeira só, demora muito. Até os acompanhantes se estressam. (Ernestine, Técnica de Enfermagem).</p>
4. Culturais	<p>A maioria dos idosos tem uma certa rotina e é difícil você trabalhar a mudança dessa rotina quer seja na forma de alimentação, no horário de banho, das eliminações intestinais. Então assim, eles demoram de se adaptar por conta disso. Não estão acostumados muitos deles ao banheiro com chuveiro, ao vaso sanitário... (Lydia, Enfermeira).</p> <p>As mulheres são mais higiênicas, os homens têm mais falta de higiene, por exemplo, escarram no chão, e a mulher não, vai ao banheiro. (Dorothea, Técnica de Enfermagem).</p>
5. Climáticas	<p>[...] em relação ao ambiente porque é muito quente (Merle, Técnica de Enfermagem).</p>
6. Gerenciamento do cuidado	<p>[...] falta de sistematização da assistência de enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem que a gente aprende na Universidade de ter àquele plano específico pra cada um, fazer o levantamento do que cada um necessita então a gente não tem uma sistematização da assistência. Tem uma rotina, mas acaba sendo igual pra quem é idoso e pra quem não é idoso e vai fazendo assim, o que precisa, mas poderia o cuidado ao idoso ser melhor se tivesse aquela sistematização da assistência (Ida, Enfermeira).</p>

Fonte: Dados da Pesquisa.

As profissionais percebem que a independência do idoso para o banho está limitada pela ausência de um ambiente adaptado e seguro. Por consequência, muitos idosos dependem de um acompanhante para auxiliá-los no banho de aspersão ou ficam expostos aos riscos ambientais. A resolução do problema depende de planejamento, vontade institucional e alocação de recursos para promover adaptações que favoreçam a acessibilidade, conforme legislações vigentes no país.

Em se tratando dos recursos humanos, a maior queixa manifestada foi a da distribuição numérica desproporcional entre profissionais e pacientes, que é de um profissional para sete ou oito pacientes no período diurno em dias úteis e, de um profissional para catorze ou

dezesseis pacientes no período noturno, finais de semana e feriados. Quando o paciente necessita realizar exames ou tratamentos no mesmo município, mas fora do hospital, não é incomum que permaneça no período diurno, em dia útil, apenas uma técnica de enfermagem para cuidar de todos os pacientes. O dimensionamento de pessoal deve ser adequado à realidade dos pacientes, considerando o grau de dependência, caso contrário o tempo para os cuidados será limitado, podendo resultar em negligência e maus-tratos.

Outra condição observada é que a insuficiência de leitos de cuidados semi-intensivos e intensivos tem contribuído para que pacientes críticos, monitorizados, em uso de respirador, totalmente dependentes da enfermagem, permaneçam nas unidades clínicas com o mesmo quantitativo de profissionais para atuar nos cuidados intermediários.

Os acompanhantes dos idosos, mais do que colaboradores, têm ocupado o papel compensatório diante da escassez de funcionários. Mas, o pouco que podem fazer somente é permitido sob orientação e supervisão da enfermagem. Sendo assim, os acompanhantes também se tornam clientes da enfermagem os quais devem receber atenção especial quanto às necessidades de repouso, alimentação, capacitação para o cuidado, dentre outras.

Uma técnica de enfermagem reclamou do distanciamento das enfermeiras dos cuidados diretos ao paciente. Reconheceu a relevância do saber da enfermeira para avaliar e propor o tratamento adequado, em especial das feridas.

No setor podia existir quatro enfermeiras, duas para a parte burocrática e duas para assistência. Ia ser diferente. Eu acho até que as feridas, os curativos, a gente ia ver mais solução, mais resultado. Porque um dia a gente faz de um jeito, no outro dia a colega faz de outro jeito (Dorothea, Técnica de Enfermagem).

Embora o setor disponha de uma enfermeira coordenadora, duas enfermeiras assistenciais nos períodos diurnos e uma para os noturnos, finais de semana e feriados, a assistência direta desta profissional é restrita a procedimentos mais complexos, cuidados em situação de emergência, admissão, evolução e alta. No cenário hospitalar, é frequente, tanto nos discursos, quanto nas práticas da enfermagem observar uma dicotomia entre o administrar e o cuidar, “como se fossem duas esferas de atividades concomitantes e incompatíveis em sua realização” (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012, p. 735).

Os trabalhos relacionados à gerência absorvem a maior parte do tempo das enfermeiras que vivem num conflito diário entre cuidar e gerenciar. Algumas até se sentem frustradas, pois durante a sua formação receberam orientações para se dedicarem ao cuidado, mas no exercício profissional, mantêm-se afastadas dele.

Ainda, com relação aos recursos humanos, uma enfermeira destacou a necessidade de capacitação continuada das equipes de enfermagem para o cuidado de idosos hospitalizados. Este não é um requerimento recente. Há vinte anos, resultados de estudos apontam nesta direção (DUARTE, 1994; DIOGO; DUARTE, 1999). Isto mostra um reflexo da formação deficiente para o cuidado específico de idosos e justifica as tentativas de aprimoramento por meio de orientações e exigências legais concernente ao ensino da enfermagem gerontogeriatrica.

A higiene da pessoa dependente é uma das primeiras técnicas para o cuidado ensinadas durante a formação do profissional de enfermagem. É preciso preparar o material, o ambiente e o paciente para o momento do banho, pois na enfermagem se trata de uma técnica metódica, intencional, de base científica, tecnológica e ambiental (FIGUEIREDO; CARVALHO; TYRRELL, 2006). Para o banho no leito, é preciso organizar uma extensa lista de materiais: roupas de uso pessoal, sabonete, xampu, condicionador, toalha de banho, roupa de cama, luvas de procedimento, bacias, comadre, jarro, balde, água morna, biombo, hamper, hidratante, desodorante e pente, carrinho de banho, pedaços de tecido ou compressas.

No cotidiano, essa lista é reinventada, alguns materiais são acrescentados, outros excluídos ou improvisados. São utilizados de acordo com a disponibilidade destes no hospital ou com as preferências do cliente, se não houver contraindicação. Quando não se dispõe de carro específico para o banho, constitui-se em problema acomodar todo o material numa mesa de cabeceira. Se os curativos são realizados concomitantes ao banho, a dificuldade em acomodar os materiais aumenta ainda mais. Todavia, a recomendação técnica é que os curativos devam ser realizados imediatamente após o banho, não concomitante a este.

Observou-se que as compressas são improvisadas com pedaços de lençóis e toucas descartáveis ou substituídas por algodão. Poucas vezes, o setor recebeu esponjas descartáveis apropriadas para o banho. Quando falta sabão líquido, recorre-se a outros setores e o pouco conseguido é compartilhado.

O uso de roupas é mais frequente em pacientes idosos independentes. Sejam de uso pessoal sejam dispensadas pelo hospital, usar roupas na clínica médica depende das condições climáticas, da condição clínica do paciente e do uso de equipamentos invasivos. Os idosos acamados utilizam obrigatoriamente fraldas descartáveis, ainda que o controle esfínteriano esteja preservado. Funcionam como vestes íntimas e previnem a troca lençóis em caso de eventual perda de fezes ou urina. A escassez de lençóis obriga o hospital a permitir que sejam trazidos de casa.



Quanto à privacidade durante os cuidados higiênicos, pôde observar-se a presença de biombos tanto na clínica masculina, quanto na feminina, mas o seu uso não foi uma prática uniforme. É mais comum a proteção do corpo com o próprio lençol ou toalha. A manutenção da privacidade é mais complexa ainda nas enfermarias com cinco leitos ou mais.

Mesmo fechando a porta, a todo o momento ela se abre para a circulação de outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos), membros da equipe de apoio (manutenção, higienização, nutrição), acompanhantes, voluntários, estudantes, entre outros. A instalação de cortinas em cada leito favoreceria a manutenção da privacidade da pessoa idosa. Despir totalmente o idoso sem protegê-lo com toalha ou lençol, permitir a presença de acompanhantes de outros pacientes dentro da enfermaria no momento do banho, sem o uso de biombos, é uma violação do direito à privacidade cometida pelos profissionais de enfermagem.

O banho de pacientes parcialmente dependentes, também merece a atenção da enfermagem, concernente à adequada avaliação e indicação do mesmo, à transferência do leito para cadeira higiênica e vice-versa, à desinfecção da cadeira antes e depois do uso, à integridade e suficiência das cadeiras e à manutenção da privacidade.

Em uma das manhãs durante a coleta de dados, passava pelo corredor da CMF quando encontrei uma idosa ajoelhada no chão tentando levantar-se mas não conseguia. Saiu do leito numa cadeira para tomar banho no chuveiro com a acompanhante, mas no retorno, não conseguiu ser transferida para o leito. A idosa tinha diabetes e foi internada para fazer um debridamento de um ferimento que ocupava todo o membro superior esquerdo. Iniciou com uma bolha e foi se expandindo. Já estava no quarto dia pós-operatório, mas a ferida não evoluía bem e iria necessitar de um novo debridamento.

A idosa estava bastante edemaciada. Fiz uma avaliação rápida e percebi que estava consciente, não havia sofrido trauma, estava somente fraca e pesada, e por isso não conseguia levantar-se. Pedi à acompanhante que apoiasse o corpo dela, fui até o posto de enfermagem e peguei uma luva, pois percebi que ela tinha evacuado. Tentei levantá-la junto com a acompanhante, mas não o consegui. Chamei uma técnica de enfermagem, mesmo sendo três não o conseguimos. Solicitei uma quarta pessoa e só assim, com muito esforço, conseguimos colocá-la no leito. Orientei à acompanhante que não retirasse a idosa do leito sem a avaliação da enfermeira, pois o risco de queda e trauma era muito grande.

Em outra circunstância, também na CMF, vi uma senhora obesa, com dificuldade de subir a escadinha e deitar no leito quando retornava do banheiro. A acompanhante estava muito agitada, mandava a idosa apressar-se enquanto eu explicava que era necessário ajudar e

esperar o tempo dela. A acompanhante dizia que já estava há dois dias sem dormir e não aguentava mais. Falei com ela para não retirar a idosa do leito sozinha, pois havia risco de queda. Apoiei a idosa pelo tronco junto com a acompanhante e após uns cinco minutos conseguimos colocá-la no leito.

Quando adultas e independentes, as pessoas agem de forma preventiva para evitar acidentes. Mas, em situação de dependência, adoecimento e vulnerabilidade têm comprometida a capacidade de garantir a sua segurança. Estas circunstâncias esclarecem que é indispensável a presença da enfermagem mesmo para idosos encaminhados ao banho de aspersão, para orientar e apoiar o acompanhante, avaliar situações de risco que podem ser prevenidas e evitar acidentes graves.

Idosos com deficiência visual causada por glaucoma, catarata ou retinopatia diabética também são comum no ambiente hospitalar e estão predispostos a riscos. O ambiente é desconhecido para eles, não adaptado adequadamente e quando não possuem acompanhante se sentem mais inseguros ainda. Foi o que percebi numa conversa com uma senhora com deficiência visual, portadora de diabetes e sem acompanhante. Sentia-se triste por não ter filhos e seu esposo não aparecia nos momentos de visita. Quando entrei no quarto ela perguntou assustada: - Quem é? É você que vai me levar para o banho? Tive medo que fosse um homem e me fizesse mal.

As condições climáticas também determinam o número de banhos desejados, a temperatura da água e o tipo de vestuário. Em locais muito quentes, cujas temperaturas são superiores a 40°C, tomar banho de leito é um enorme sacrifício quando se deseja uma ducha refrescante embaixo de um chuveiro, pelo menos três vezes ao dia. Na tentativa de proporcionar maior conforto e satisfação para o idoso, algumas técnicas de enfermagem utilizam mais água no banho de leito.

No entanto, reproduzir a sensação de um banho de chuveiro em um banho de leito não é tarefa fácil em virtude do uso de colchões casca de ovos, presença de múltiplas feridas sem proteção de curativos impermeáveis. A espuma abundante exige mais tempo para ser retirada e resseca a pele do idoso. A enfermagem vive na encruzilhada entre realizar uma técnica e satisfazer as necessidades dos idosos. Os cuidados higiênicos realizados como uma rotina sem sistematização e avaliação dos resultados obtidos colaboram para que as necessidades específicas do idoso não sejam atendidas.

Cuidar da higiene é uma prática milenar atribuída socialmente às mulheres. Na enfermagem, profissão iminentemente feminina, não é diferente. Os cuidados higiênicos são extremamente valorizados e seguem uma tendência dos primórdios da profissão quando

Florence Nightingale adotou como principal preocupação os cuidados com a salubridade do ambiente e do corpo para obter saúde.

No cenário hospitalar atual, a higiene dos pacientes ficou reduzida a uma rotina desgastante, que consome muito tempo e material, tornando imperceptíveis questões importantes contidas, por exemplo, na prática deste cuidado de enfermagem considerando a idade das pessoas internadas.

Mudanças na composição demográfica e avanços na área de saúde contribuíram para uma maior ocupação de pessoas idosas nos serviços de saúde. Na história dos hospitais modernos nunca houve um tempo em que os idosos fossem tão presentes como nos dias atuais. Esta é uma realidade que tende a acentuar-se, mesmo diante das propostas de Rede de Cuidados que visa a desospitalização. A resposta da enfermagem a essa nova demanda foi a criação da Enfermagem Gerontogeriátrica. No entanto, observa-se uma lacuna existente entre a evolução do conhecimento desta disciplina e a prática de cuidados a idosos.

Na busca incessante para proporcionar cuidados de melhor qualidade, as enfermeiras buscam compreender suas práticas para transformá-las, utilizando-se, para tanto, dos referenciais da Antropologia. Unir a prática das profissionais de enfermagem ao conhecimento antropológico possibilita o reconhecimento da heterogeneidade e especificidade do cuidado ao idoso e desmascara crenças e valores de profissionais as quais influenciam a sua prática, mas passam despercebidos diante do ritmo frenético diário das enfermarias.

O ambiente hospitalar é reconhecido por ignorar os aspectos socioculturais e psicológicos dos pacientes, ou seja, o que os torna um ser único e insubstituível. Em contrapartida, supervaloriza o homem como ser biológico, cujo interesse se demonstra pelas suas células, sua bioquímica, seus órgãos e suas moléstias e desvalorizando a experiência do paciente com o seu corpo e sua enfermidade.

No hospital, a manutenção do corpo e do ambiente limpos é importante para o controle da infecção e bem-estar dos pacientes. A exigência hospitalar do corpo limpo aponta para a limpeza com um sentido médico apoiado na microbiologia. Esta visão privilegia a dimensão biológica do corpo da pessoa idosa isolando-a de suas outras dimensões.

No contexto hospitalar, o corpo sujo também tem que desaparecer porque o médico vai avaliar o paciente, as visitas vão chegar, o idoso vai para o exame externo e o que todos vão pensar da enfermagem? A higiene assume o significado de um indicador crucial da qualidade da assistência. É como se por meio da aparência dos pacientes a enfermagem se mostrasse para os demais membros da equipe de saúde e para a sociedade. Para além da

preocupação com a disseminação de doenças, existe uma preocupação com o olhar e aprovação do outro.

Como consequência, cumpre aos pacientes colaborar para que a enfermagem os apresente sempre limpos, como cumprimento de um ritual, uma rotina. Ao colaborar com a enfermagem na manutenção da higiene do ambiente e dos pacientes, o idoso mostra ser civilizado e mantenedor da ordem.

No entanto, o modo como têm sido desenvolvidas as práticas de higiene, torna o idoso um agente passivo do cuidado, induzindo-o a aceitar a rotina pré-determinada como único recurso e quem não aceita ou se adapta a este padrão é rotulado como teimoso e trabalhoso ou pessoa que não gosta de limpeza. Desconsideram-se as várias décadas de vida do idoso na qual foram desenvolvidos costumes relacionados a horários, lugares e modos de limpar-se. Assim, é preciso unir as exigências do ambiente hospitalar com as experiências de vida do idoso.

Para designar o limpo e o sujo as profissionais de enfermagem utilizam os sentidos da visão e olfato. Manchas de sangue, presença de fezes e/ou urina, secreções, odores são observados para classificar como limpo ou sujo. Na remoção da sujeira são utilizados água e sabão como símbolos da limpeza, do tornar-se limpo.

Mas, para limpar o corpo da pessoa idosa hospitalizada não é preciso somente água e sabão, mas de mãos que toquem, massajem e estimulem a circulação, promovam contato, hidratem a pele com óleos e cremes e removam as impurezas. As mãos são um valioso instrumental para os cuidados higiênicos que têm sido pouco valorizadas pela enfermagem. As mãos que tocam a pele com seus milhares de terminações nervosas podem produzir conforto ou sofrimento, sensações de prazer ou desprazer. O banho não deve ser visto com a finalidade única de tornar limpo, mas evocado como uma fonte de valiosas informações e trocas humanas.

De acordo com os princípios da enfermagem gerontológica, o cuidado deve garantir a autonomia e favorecer a independência. Mas, se o idoso não tem liberdade de escolher, quem e quando irá receber o seu banho, as profissionais de enfermagem estão privando-o de exercer o seu livre arbítrio na atenção às suas necessidades mais básicas. Se não há tempo para deixá-lo participar, tocar e sentir seu próprio corpo, como resgatar a sua independência?

Além de que, se os cuidados com a higiene são para a enfermagem os mais desgastantes, porque não dar tempo para que os idosos façam o que são capazes de fazer ou que sejam recuperados em sua independência? Por ser a atenção aos cuidados higiênicos os hierarquicamente estabelecidos como os de primeira necessidade, deve-se persistir em

encontrar modos de desenvolvê-los para que sejam sempre uma experiência positiva, terapêutica e nunca iatrogênica.

Para manutenção da autonomia é preciso refletir que existe uma diferença entre comunicar que o procedimento será realizado e solicitar o consentimento para que ele seja iniciado. Somente o consentimento outorga à enfermagem o direito de tocar o corpo da pessoa idosa.

Seguindo este raciocínio, a experiência do banho deve proporcionar bem-estar físico e psíquico ao idoso. A técnica pode ser a mesma, mas a experiência é irrepetível. Cada pessoa vai reagir diferentemente ao confrontar a sua prática de higiene inserida em uma história de vida com uma nova imposição determinada pela hospitalização.

O banho prestado pelas profissionais de enfermagem tem colocado as pessoas idosas hospitalizadas diante de uma situação ambígua de conforto e sofrimento. Conforto por eliminar odores desagradáveis e sujidades, sentir o frescor da água, trocar suas vestes e a de seu leito; sofrimento, devido à dor provocada pela mobilização, manifestada por gemidos, gritos, sussurros, expressão facial ou manifestação verbal para que o procedimento seja finalizado com brevidade por não suportar o constrangimento causado pela exposição de seu corpo.

No entanto, pouca ênfase tem sido dada ao sofrimento enquanto experiência subjetiva envolvida nos cuidados higiênicos. Cumpre ressaltar que em sua essência os cuidados são “fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação; pacificam, acalmam aliviam, dispersam os tormentos tentando evitar sofrimento” (COLLIÈRE, 1989, p.49).

Ser banhado por outro e usar fraldas simboliza a infância e a dependência. São aspectos da experiência da pessoa idosa hospitalizada que se submete ao banho de leito desconsiderados pela enfermagem na realização do cuidado enquanto rotina diária.

O direito à privacidade mostrou-se comprometido pela porta que não se fecha, ou se abre constantemente, e pelos biombos não utilizados. Enquanto não se atinja o ideal das cortinas rolantes que isolam os leitos individualmente, a convicção da importância da proteção do corpo para as profissionais encontrará meios para torná-lo realidade.

Os cuidados de higiene requerem uma relação de confiança, intimidade e respeito. O distanciamento da enfermeira dos cuidados higiênicos não a isenta da responsabilidade pelos mesmos, uma vez que ela responde pelos atos da equipe. A participação da enfermeira no banho agrega valor à prática. É preciso que a enfermeira se preocupe em incluir a atualização contínua sobre os cuidados com a integridade da pele do idoso, os avanços da enfermagem na área de higiene e a adaptação para a realidade do idoso.

A maioria das dificuldades apontadas pelas profissionais de enfermagem quanto à realização da higiene da pessoa idosa hospitalizada, exclui condições inerentes a si mesmas. Elas precisam sentir-se como parte integrante e de fundamental importância na construção de uma nova realidade de cuidados capaz de produzir não só manutenção da vida, mas eficácia nos resultados produzidos para os envolvidos no processo de cuidar: a profissional, a pessoa idosa e a sua (o seu) acompanhante.

Espera-se que as instituições hospitalares manifestem o desejo de contribuir na melhoria dos cuidados prestados por meio de apoio na aquisição de materiais necessários à higiene, na adequação do ambiente e na contratação de recursos humanos em número suficiente para atender as demandas.

O diálogo entre a enfermagem e a antropologia converge para a proximidade entre as pessoas, em seu espaço natural, para compreender os significados implícitos em suas práticas. A enfermagem enquanto grupo profissional e social ocupa o espaço hospitalar de modo predominante em relação aos demais profissionais da equipe, imprimindo uma cultura própria de cuidados às pessoas idosas.

A complexa teia de cuidados higiênicos é formada por fios tecidos sobre a centralidade da mulher nos cuidados com o corpo; nos fundamentos da enfermagem moderna iniciada por Florence Nightingale, e no seu zelo extremado pela limpeza do corpo, e ainda, do ambiente como meio de controlar e prevenir doenças; nas técnicas como um modo instituído de conhecimento da enfermagem, no modelo biomédico e nas concepções sobre envelhecimento e velhice.

Enfim, com base nas cenas do cotidiano registradas no diário de campo e nos discursos oriundos das entrevistas com as profissionais de enfermagem, os cuidados higiênicos prestados ao idoso hospitalizado revelam ser esta uma prática rotineira e padronizada. Observa-se maior preocupação em garantir o atendimento às necessidades humanas básicas de primeira ordem e cumprir as rotinas institucionais. A autonomia e a independência da pessoa idosa estão em plano secundário, necessitando, pois, de adequação às novas proposições de cuidados ao idoso.

### **5.3.2 Permissão e privação alimentar: a enfermagem e os cuidados com a nutrição da pessoa idosa hospitalizada**

Para manter a vida e perpetuar a espécie, homens e mulheres se cuidaram em fornecer energia e nutrientes ao corpo por meio da ingestão de alimentos. Esta era uma tarefa indispensável à sobrevivência e que ambos os sexos participavam respeitando suas características físicas. Homens se ocupavam com a procura de carne obtida na caça e pesca, enquanto que as mulheres plantavam, colhiam vegetais, frutas e raízes (COLLIÈRE, 1989).

Era da competência feminina preparar e servir o alimento aos membros da família e as meninas aprendiam com suas mães e avós os segredos presentes nos alimentos, tornando-os atrativos aos olhos, aromáticos às narinas e gostosos ao paladar. Até os dias atuais o gerenciamento e o controle alimentar da família permanecem como uma atribuição feminina, embora já se perceba participação masculina, complementar, nesta tarefa.

O ato de comer é uma prática universal e instintiva. Tem como finalidade primeira a ingestão de substâncias nutritivas para a manutenção do corpo e fornecimento de energia. No entanto, ao alimentar-se o ser humano extrapola a dimensão biológica. Isto é evidenciado pela sociabilidade que torna os momentos de refeição ocasiões prazerosas, propícias à interação, comunicação e passíveis de manifestações culturais e crenças religiosas (BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995).

A comida de preparação caseira atende às preferências da pessoa, demonstra sua identidade social e respeita suas crenças e costumes que se tornam tanto mais arraigadas, quanto maior for o tempo de vida. Por isso, a saída do ambiente doméstico constitui um fator estressor quando se trata de alimentação, pois existe maior possibilidade de contato com alimentos os quais não fazem parte do contexto de vida. É o que ocorre, por exemplo, com pessoas idosas que necessitam de hospitalização.

Por sofrerem de múltiplas patologias crônicas, as pessoas idosas são hospitalizadas com frequência e neste período recebem atendimento em suas necessidades nutricionais pelos profissionais de enfermagem. Nesta circunstância, encontram-se privados de produzir, comprar, elaborar seu cardápio, preparar os alimentos e servi-los. O ato de comer ganhou uma nova função, a terapêutica, na qual estão envolvidos vários personagens estranhos ao convívio destes pacientes. Os profissionais passam a decidir o que será oferecido nas refeições, o horário, o lugar e o modo de apresentação. Apoiados na ciência justificam que a dieta é parte integrante e importante do tratamento, por isso os idosos devem aceitá-la, mesmo se isto representar para eles um sacrifício, uma vez que ao final lhes será compensador.

Alguns idosos vêm alterada a sua via natural de alimentação por tempo variável e passam a receber os nutrientes por sondas introduzidas no estômago, duodeno e, até mesmo, por cateteres venosos.

Independentemente do modo como o alimento seja oferecido à pessoa idosa hospitalizada, a enfermagem participa em diferentes etapas que vão desde a avaliação nutricional por ocasião da admissão até o acompanhamento dos resultados obtidos com a dietoterapia. Sendo a alimentação indispensável à sobrevivência, à manutenção e recuperação da saúde e, reconhecendo a participação cotidiana da enfermagem nos cuidados nutricionais à pessoa idosa, buscou-se compreender as práticas de enfermagem relacionadas à nutrição desta.

A utilização da abordagem antropológica foi útil para a aproximação com as profissionais de enfermagem no cenário em que se desenvolvem suas práticas de cuidados. Isto proporcionou uma leitura integrada dos cuidados com base na idade como um fator implícito na correlação entre as práticas prestadas no evento da doença e hospitalização, caracterizando-as como (des)contextualizadas dos fios que tecem a vida de uma pessoa idosa.

- A abordagem etnográfica e a compreensão de cuidados nutricionais prestados pelas profissionais de enfermagem, no contexto hospitalar

Ter uma doença e sentir-se doente é o que promove o encontro entre a pessoa idosa e as profissionais de enfermagem, no contexto hospitalar. O adoecimento seguido de hospitalização não acontece de forma isolada, descontextualizada. É um evento inserido no curso da vida de um homem ou mulher, em uma determinada idade e que produz efeitos em seu cotidiano. Trata-se, portanto, de um encontro entre desconhecidos em um momento de fragilidade física e psicossocial.

A intensa rotina de tarefas desempenhadas pela enfermagem associadas à escassez de recursos humanos contribui para que aspectos significativos do cuidado às pessoas com mais idade, sejam desconsiderados. A aproximação entre a enfermagem e a antropologia resulta da necessidade premente de produzir cuidados mais efetivos e significativos aos idosos para que possam dar conta de realizarem seus planos de vida, e não apenas controlar ou tratar doenças que os afligem.

Cuidar da nutrição da pessoa idosa é uma das práticas incluídas na rotina hospitalar da enfermagem. Nela se inscrevem importantes diferenças culturais relacionadas aos valores e crenças dos profissionais confrontados com os hábitos de vida dos pacientes. Quase sempre,



as profissionais insistem em relacionar a alimentação no hospital com a ingestão de nutrientes necessários à promoção, manutenção e recuperação da saúde, enquanto que para os idosos comer continua sendo um ritual social carregado de símbolos afetivos e sociais.

É também reconhecido que a privação alimentar, tão recorrente no ambiente hospitalar em virtude da realização de exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos, contribui para que a pessoa idosa se sinta desagregada de sua vida social. O impacto do jejum prolongado na vida dos idosos hospitalizados faz-se sentir nas dimensões biológicas e psicossociais, manifestadas por hipoglicemia, desnutrição, tristeza, sensação de abandono e de pouca importância.

As profissionais tentam convencer os idosos de que o alimento se reveste de um significado terapêutico, cumprindo-lhes resignar-se e ter que comer, caso contrário terão seu estado de saúde agravado. Entretanto, é remota a possibilidade de identificação da comida de hospital com a história alimentar adquirida ao longo da vida (DEMÁRIO, SOUSA, SALLES, 2010). Isto não significa que a alimentação no ambiente hospitalar deva evocar sensações negativas e desprazer. Ao contrário, a alimentação com fins terapêuticos deveria proporcionar o maior grau possível de satisfação sensorial e psicológica (BOOG, 1999).

No que diz respeito à alimentação do idoso, é válido ressaltar que o comportamento adotado é resultante de uma história geracional. A vivência de eventos significativos determina costumes, como o de estocar, evitar desperdício, valorizar e descartar tipos de alimentos, ter prazer em cultivá-los e preparar as refeições. Essas são observadas como as dimensões ocultas da comensalidade no hospital (CORBEAU, 2005). Quando desvalorizadas acentuam a associação negativa do ato de comer em ambiente hospitalar e podem tornar este, uma “obrigação insuportável”.

Na constituição da Enfermagem Moderna, Florence já advertia que milhares de pacientes passavam fome devido à pouca atenção dada pela enfermagem à alimentação. Defendia a pontualidade nas refeições. Relatou que algumas vezes se exigia dos pacientes em relação à alimentação, o que não podiam fazer sozinhos e, em outras, os pacientes não se esforçavam ou não se sentiam motivados para fazer o que era possível. Apontou que sinais como boca seca, febre e dor eram motivos para recusa alimentar e que os pacientes submetidos ao jejum prolongado entravam em exaustão (ICN, 2010).

Sua percepção aguçada destacou a insatisfação dos pacientes com a comida hospitalar oferecida no século XIX, ao relatar: “- Mas, quão frequentemente se ouve o paciente pedir costeletas de carneiro, um ovo ou um pedaço de *bacon* para o café da manhã...”. Acrescentou que o estômago do paciente não esperava a conveniência da enfermeira e que o mesmo é

guiado por outros princípios de seleção que não a da quantidade de nutrientes (ICN, 2010, p. 72).

Na atualidade, as enfermeiras percebem que houve um declínio na prestação dos cuidados nutricionais, tomando-se por base a pouca relevância dada à alimentação tanto da parte institucional, como da equipe multiprofissional. Para estas profissionais, o trabalho desarticulado entre os membros da equipe dificulta o estabelecimento de responsabilidades, causando prejuízos à saúde física e psicoemocional do paciente (CAMPOS, BOOG, 2006).

Médicos e enfermeiras encontram dificuldades para atuar na abordagem de problemas alimentares, em virtude da falta de embasamento teórico, da inexistência de protocolos de avaliação, da adoção de dietas padronizadas, do distanciamento entre conhecimento teórico e prática vivencial e do desconhecimento do trabalho da nutricionista (BOOG, 1999).

Um estudo realizado na Turquia sobre atitudes da equipe de enfermagem na nutrição do idoso concluiu que o conhecimento de enfermagem era insuficiente para atender às suas demandas cotidianas, devendo, portanto, melhorar a qualidade do ensino da nutrição aplicada à enfermagem e persistir como um conteúdo importante a ser inserido na educação continuada (HAKLI; ÇAKIROGLU, 2013).

Para além dos aspectos biologicistas e técnicos envolvidos na nutrição hospitalar aplicada à enfermagem, observa-se a necessidade de reflexão e discussão sobre aspectos socioculturais e sua interlocução com a saúde e a nutrição.

A terapêutica nutricional é geradora de conflitos, pois está associada à prescrição de tipos de dieta e restrições alimentares contrárias ao gosto e até mesmo à cultura dos pacientes. As mudanças nutricionais no contexto hospitalar não são vistas pelos pacientes como prescrições terapêuticas, mas como imposições, a transformação radical de um aspecto associado a uma história de vida. Por isso, não é incomum que a tarefa de oferecer um comprimido, um xarope, ou até mesmo aplicar uma injeção, seja mais bem recebido por um idoso nordestino, que oferecer-lhe uma alimentação hipossódica para hipertenso.

Em meio a esta problemática, os profissionais de enfermagem inseridos no contexto hospitalar estão presentes em todos os momentos de refeição do cliente. São testemunhas oculares do sofrimento ou resignação dos pacientes, ao ter que adaptar-se, recusar, ser privados de comida quando prescrito o jejum, ou ver modificada a forma de alimentar-se por via oral para fazê-lo por meio de sondas, tubos ou cateteres.

Justifica-se, portanto, o interesse e relevância em compreender a maneira como se dá o cuidado nutricional à pessoa idosa hospitalizada no cotidiano da enfermagem. Para tanto, serão analisados seis aspectos que tecem o cuidado de enfermagem relacionado à necessidade

de comer: a nutrição como um cuidado integral da enfermagem; a normatização do comer no contexto hospitalar; a refeição no ambiente hospitalar; fatores socioculturais e sua influência sobre a alimentação; a alimentação do idoso como uma prática compartilhada e os efeitos perversos da privação alimentar prolongada.

- A nutrição como um cuidado integral da enfermagem

Por integralidade do cuidado no contexto hospitalar, compreende-se o esforço de uma abordagem completa, holística, que atenda às necessidades de saúde da pessoa que necessite de hospitalização. A integralidade ocorre por meio da combinação de tecnologias auxiliaoras na melhoria e manutenção da vida (CECÍLIO; MERHY, 2003); A alimentação da pessoa idosa foi inserida como um dos elementos do cuidado integral, observada sob o ponto de vista de uma necessidade indispensável à vida.

[...] Se você não der a comida, ele fica sem comer. Então, o paciente depende de você pra tudo, então aqui você é integral do paciente (Hildegard, Técnica de Enfermagem).

[...] Você sabe que o serviço é integral. A gente tem que cuidar desde a higiene, a alimentação e a medicação (Florence, Técnica de Enfermagem).

[...] Assim, a gente tem aquela visão da enfermagem de... acomodar naquele leito, de tentar acolher com mais conforto, assim... de ver a questão da alimentação, se está se alimentando bem porque o idoso geralmente não bebe água, tem maior dificuldade pra ter apetite, principalmente quando ele está internado (Jean, Enfermeira).

O cuidado nutricional foi referido no planejamento dos cuidados ao idoso, por ambas as categorias: enfermeiras e técnicas de enfermagem, como parte do cuidado integral prestado a todos os internados, porém com diferentes abordagens práticas. As palavras associadas à nutrição do idoso hospitalizado proferidas pelas profissionais de enfermagem foram por ordem de frequência: alimentação, comida, dieta, jejum e fome.

Para as técnicas de enfermagem, cuidar da nutrição é dar, oferecer comida, alimento, enquanto que as enfermeiras se preocupam em obter informações do idoso e/ou de seu acompanhante sobre a aceitação da alimentação oferecida. Estas últimas se encarregam de informar ao médico e a nutricionista em caso de recusa alimentar do idoso. Realizam tentativas para convencer o idoso a alimentar-se: oferecer o alimento em diferentes formas de consistência e apresentação; oferecer alimentos da preferência do idoso que não sejam contraindicados; apresentar os benefícios em alimentar-se e o inconveniente em ter que usar

uma sonda para alimentar-se, caso continue a recusar a alimentação; averiguar a existência de disfagia inerente a complicações da doença que causou o internamento.

A organização do trabalho em enfermagem sofreu influência do modelo hegemônico taylorista-fordista caracterizado por parcelamento de tarefas, fragmentação e separação de funções. A equipe de enfermagem composta por enfermeira, técnica e auxiliares de enfermagem, profissionais com diferentes níveis de formação e atribuições legais, contribui para a fragmentação do trabalho em intelectual e manual.

No contexto hospitalar o cuidado integral é observado como um modelo alternativo, em que um profissional fica responsável por todos os cuidados ao paciente durante o seu turno de trabalho. Este é um novo padrão que faz oposição à organização do trabalho de enfermagem em que uma profissional se responsabiliza por uma prática de cuidado a todos os pacientes da unidade (ORO; MATOS, 2013).

Os cuidados observados como integrais são operacionalizados em vários momentos de modo fragmentado. No cuidado diurno os modelos tradicional e alternativo se fundem. O turno de trabalho inicia com a equipe recebendo o plantão, mas logo as profissionais se dividem. Uma verifica os sinais vitais e a outra seleciona a medicação. Depois, ambas prestam os cuidados higiênicos e novamente se separam, uma vai para o preparo da medicação e outra para a realização de glicemias e nebulização. Na sequência, participam de um mesmo cuidado: alimentar os pacientes. É raro um paciente receber todos os cuidados de uma mesma profissional durante todo o período.

A integralidade está incluída entre as diretrizes do SUS, que preza por uma visão abrangente do ser humano, em suas necessidades objetivas e subjetivas. A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais são fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990). Dada a relação estreita entre alimentação e saúde, as profissionais de enfermagem devem estar atentas aos fatores limitantes de uma nutrição adequada do idoso hospitalizado, refletindo sobre novas possibilidades de atuação, mais eficazes.

- A normatização do comer no contexto hospitalar

Diferentemente do contexto privado do domicílio, onde a pessoa tem total autonomia para decidir se vai comer, o que e quando comer, já no espaço hospital o comer é dependente de normas e rotinas que determinam permissão ou privação.

O comer, no hospital, tem uma conotação terapêutica, observada não como um fim em si mesmo, mas como um meio de manter ou recuperar a saúde dos que se encontram hospitalizados. Não se trata, portanto, de um ato isolado, mas de um complexo processo de cuidado com a nutrição da pessoa hospitalizada, tendo em vista a etapa da vida em que se encontra e os múltiplos fatores que a influenciam e determinam.

Nesse processo participam vários personagens, alguns deles desconhecidos pelas pessoas hospitalizadas. Em oposição, na alimentação doméstica, quase sempre, uma única pessoa desenvolve todo o processo: o cardápio, a compra, o preparo, o servir e o participar num contexto de sociabilidade familiar. No hospital, a comida caseira se transforma e passa a ter conotação de dieta, portanto soa no imaginário como uma alimentação com restrição.

O médico é o profissional responsável por permitir ou restringir a dieta, documentada no prontuário do paciente todos os dias. Eventualmente, a enfermeira altera a prescrição de acordo com o estado clínico. Por exemplo, um idoso com dieta hipossódica apresenta hemorragia digestiva. A enfermeira proíbe a alimentação até uma nova avaliação médica. A prescrição da alimentação no hospital é norteadada pela doença que o paciente apresenta e pelos resultados de exames. Apresentam-se como padrões: dieta hipossódica, dieta para diabético, dieta hipoproteica, dieta zero, dieta rica em ferro, dieta livre, dieta branda, entre outras. A dieta pode ser alterada de acordo com a necessidade de preparo para cirurgias, exames ou procedimentos. Nesses casos, a alimentação é liberada conforme a orientação médica, após o procedimento.

As informações contidas no prontuário são utilizadas pela enfermeira para esclarecer à equipe, aos pacientes e acompanhantes sobre a permissão ou a privação alimentar. O resultado é registrado tanto na comunicação oral, quanto na escrita, como se observa a seguir:

Então ela diz, paciente do leito 01, passou a noite de tal forma, tomou tal remédio, dormiu ou não dormiu, vai ficar ou não em jejum, aceitou a dieta, ou não, tudo isso (Uma típica passagem de plantão retratada por Florence, Técnica de Enfermagem).

Idosa do leito 03 rejeitou a dieta oferecida (Informação registrada no Relatório de Enfermagem da Clínica Médica Feminina).

Os dados registrados sobre a alimentação têm em comum a característica de serem breves e superficiais. Observa-se uma desvalorização do registro do estado nutricional, justificado pela escassez de profissionais de enfermagem e de tempo. Pouco se sabe, por exemplo, sobre a quantidade de dieta oferecida que foi aceita pelo paciente, o motivo de sua rejeição e o que foi feito para corrigir a situação.

As informações contidas no prontuário são também usadas pela nutricionista que segue leito a leito, atualizando dados e avaliando o consumo dos pacientes, as queixas e preferências. A partir de então, o processo se torna conhecido apenas pelos profissionais da nutrição, sendo para os outros membros da equipe interdisciplinar totalmente desconhecido.

Quando prontas, as refeições seguem num carrinho apropriado, empurrado pela copeira até o seu destino. Em cumprimento às regras de higiene, o alimento é devidamente protegido para evitar contaminação no trajeto percorrido. O horário de distribuição das refeições é fixo. O café da manhã é servido às 8:00h, o lanche às 10:00h e às 15:00h, o almoço às 12:00h, o jantar às 18:00h e a ceia às 21:00h, podendo ocorrer atraso de até 30 minutos.

A chegada do alimento nas enfermarias é anunciada pelo barulho emitido pelas rodas do carrinho. A distribuição das refeições é realizada pela auxiliar de nutrição e não segue uma regra fixa. Às vezes se inicia pela ala masculina, outras pela feminina, pela ordem crescente, decrescente ou aleatória dos leitos, variando a cada refeição. Ela confere em seu registro o tipo de dieta do paciente e entrega a refeição devidamente identificada nas mãos do paciente, do acompanhante, ou a deixa na mesinha de cabeceira para que seja oferecida pela enfermagem.

Não existem na Clínica Médica do hospital observado mesas apropriadas para a refeição. Se o idoso apresenta dificuldades para a independência no autocuidado relacionado à alimentação, o acompanhante ou a equipe de enfermagem promovem o auxílio, posicionando-o adequadamente para evitar engasgo ou oferecendo o alimento diretamente na boca, com o auxílio de uma colher. O tempo disponibilizado para que o idoso se alimentasse não foi medido, mas foi observado que o oferecimento da alimentação para o idoso era realizado apressadamente. Quando algum procedimento está sendo realizado, a comida permanece na cabeceira, por tempo necessário para que seja finalizado, causando o resfriamento do alimento.

Em caso de recusa, a enfermeira é notificada pelos acompanhantes ou pelas técnicas de enfermagem. Ela verifica pessoalmente o motivo da recusa, faz contato com a auxiliar de nutrição ou com a nutricionista, se necessário. Se o idoso apresentar impossibilidade de alimentar-se, enfermeira o comunica ao médico e providencia sondagem para a administração de alimentos.

O processo de avaliação dos resultados parece ser o mais prejudicado, pois não são estabelecidos pela enfermagem metas e objetivos a serem alcançados com o cuidado

nutricional. Nem mesmo o peso ou medidas antropométricas são registrados, no momento da admissão.

A necessidade de comer é instintiva. A fome se manifesta como um aviso emitido pelo corpo que sinaliza a necessidade de alimento. Os alimentos ingeridos fornecem as substâncias necessárias para um adequado funcionamento orgânico: glicose, lipídios, proteínas, vitaminas e sais minerais. Na velhice, todos esses nutrientes continuam a ser requeridos de modo que haja um equilíbrio entre a ingestão e o gasto orgânico (BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995).

No cuidado nutricional prestado pela equipe de enfermagem à pessoa idosa, quando realizado de modo mecânico, normatizado, corre-se o risco de desprezar aspectos importantes aplicados à situação dos idosos. Até mesmo a avaliação dos aspectos associados à dimensão biológica do cuidado nutricional fica prejudicada. O registro de informações sobre os dentes, próteses, língua, gengiva e reflexo de deglutição são escassos, deixando implícito que não está sendo observada a capacidade do idoso mastigar.

As modificações fisiológicas advindas do processo de envelhecimento com potencial de influenciar na nutrição são: a diminuição do paladar, do olfato e da secreção salivar e a redução da densidade e altura dos ossos que dão suporte aos dentes, contribuindo para a perda dos mesmos. Outros aspectos devem ser considerados, como a higiene oral precária e o uso de medicamentos, pois aumenta a viscosidade salivar. Hábitos de vida insatisfatórios, dificuldades de acesso a tratamento dentário e falta de conhecimento sobre cuidados com os dentes contribuem para que grande parte dos idosos atuais faça uso de próteses. Muitas delas, mal ajustadas, dificultam a mastigação (ELIOPOULOS, 2011).

Como consequência, é necessário substituir alimentos duros, por outros de consistência mais amolecida. Caldos, sopas e mingaus são refeições comuns no extremo da vida. Simbolizam que já não existem condições fisiológicas capazes para ingerir alimentos sólidos ou que tais funções estão comprometidas. É oportuno que no ambiente hospitalar o idoso seja orientado sobre a importância do cuidado com a higiene da boca, dos dentes e do ajustamento adequado da prótese, pois auxiliam na mastigação e no paladar.

Mais do que uma normatização, é importante que os idosos recebam da enfermagem os cuidados adequados com a sua nutrição, capaz de oferecer nutrientes necessários à manutenção da vida, mas também que sejam respeitadas as suas especificidades.

- Os sentidos e a refeição no ambiente hospitalar

É consenso que os órgãos dos sentidos participam ativamente no ato de comer, por meio de estímulos sensoriais emitidos pelos olhos, pele, boca, nariz e ouvidos. Nos hospitais, o momento das refeições nas enfermarias pode evocar sensações prazerosas, ou não, e influenciar na aceitação da dieta da pessoa internada.

Uma parcela considerável dessas sensações indesejáveis é decorrente de rotinas realizadas em função de normas institucionais, conveniência e disponibilidade de profissionais, em detrimento da centralidade que a pessoa deve ocupar nas práticas de cuidados em saúde. Ao refletir sobre os sentidos e as refeições realizadas no contexto hospitalar, a enfermagem poderá despertar para aspectos desprezados no cotidiano que têm potencial para produzir efeitos maléficos sobre a aceitação do alimento e, implementar práticas mais favoráveis à comensalidade.

Em primeiro lugar, é preciso lembrar, mais uma vez, que comer é o ato instintivo para ingerir nutrientes necessários à sobrevivência, mas também um ato social. De algum modo, mesmo nas camadas populares, de menor poder aquisitivo, existe um preparo do ambiente para as refeições. Esta é, em geral, uma atribuição feminina e que tem sido transformada pela maior participação da mulher no mercado de trabalho. Nestes casos, outra mulher, que não a mãe, organiza o momento de encontro familiar para as refeições.

Toalha ou jogo americano, pratos e talheres coloridos, travessas, copos são dispostos para atender cada membro da família. Algumas pessoas têm utensílios pessoais (pratos, canecas) pelos quais desenvolvem um vínculo afetivo, comer no prato que foi presenteado por alguém especial ou foi herdado de seus avós, por exemplo. O horário em que são servidas as refeições segue a regularidade e especificidade das pessoas da família. Em muitas residências, prevalece o costume bíblico de agradecer pelo alimento antes de servi-lo. As refeições no domicílio duram pelo menos, de vinte a trinta minutos e são encerradas, quase sempre, com uma fruta da época ou uma sobremesa típica.

No hospital, as refeições nas enfermarias são transformadas em um ato coletivo, com a participação de muitos desconhecidos. Não se aguarda ansiosamente pela comida preferida, receita de família, produzida artesanalmente. São esperados alimentos produzidos em escala industrial, por desconhecidos, que seguem um cardápio padrão de acordo com o tipo de dieta prescrito. Por todas essas questões, é esperado que comer no hospital não traga as mesmas sensações positivas geradas ao alimentar-se no próprio domicílio.



Os estímulos visuais nas enfermarias de hospitais públicos não são os mais agradáveis. Feridas, odores desagradáveis, frascos e drenos com secreções, papagaios, aparadeiras, lençóis e roupas com sangue, configuram o ambiente em que as refeições são servidas. Neste estudo em específico, nem mesmo mesa para as refeições está disponível. A enfermagem deve cuidar de oferecer um ambiente agradável, livre de qualquer estímulo visual e olfativo negativo. Solicitar a recolha do lixo após o término de procedimentos, não deixar secreções nos frascos de vácuo e mantê-los limpos são atitudes simples, mas de impacto positivo.

No entanto, se reconhece a impossibilidade de controlar esses estímulos por todo o tempo. Nesse sentido, as rotinas colaboram com a imagem satisfatória do ambiente. Facilita que até as 10:00h os banhos e os curativos sejam realizados e a unidade esteja limpa. Mas, podem ocorrer admissões, óbitos, ocorrências de emergência, vômitos, necessidade urgente em aspirar secreções ou o cirurgião pode passar para avaliar a ferida justamente na hora da refeição. Compete nesses casos garantir a privacidade do paciente e o conforto dos demais, isolando o espaço com biombos.

De igual modo acontece com os odores desagradáveis. Fezes, urina, feridas contaminadas ou necróticas, produtos de limpeza concentrados, sangue, suor, dentre outros. Todos estes devem ser retirados do ambiente em que a pessoa idosa realiza as suas refeições. O momento mais delicado é no horário do café da manhã, pois os banhos e os curativos estão em curso, e não são interrompidos em virtude da chegada da refeição.

O barulho durante as refeições também incomoda e traz irritabilidade, por isso devem ser evitados. No hospital estudado, observou-se a presença de ruídos durante as refeições ocasionados pelo uso de máquinas como furadeiras para demolição e ampliação da unidade de emergência, uso de nebulizadores, alarme acionado de bombas de infusão.

Quanto à melhora do paladar, a enfermagem pode atuar estimulando a higiene oral dos pacientes independentes e orientar os acompanhantes sobre a higiene oral adequada dos idosos dependentes, de modo a remover a saburra. Na ausência do acompanhante, a profissional deverá proceder à limpeza da boca. Este é um ponto crítico, pois apesar de essencial, foi notada uma desvalorização desse cuidado por parte da enfermagem. Nos idosos dependentes, a higiene oral foi com maior frequência observada uma única vez, antes do banho, no período matutino. O ideal é a realização por três vezes ao dia.

Possibilitar que o idoso hospitalizado seja capaz de realizar a sua própria alimentação é um desafio, principalmente quando faltam talheres adaptados, mesas para refeição e profissionais em quantidade suficiente para investir o tempo que for necessário nesta tarefa. O tato possibilita o manuseio de talheres, do prato, copo e a percepção da textura das frutas

oferecidas. Traduz independência que deve ser mantida ou recuperada por meio de ações interdisciplinares da equipe de saúde. Em virtude de as mãos serem o principal veículo de transmissão de infecções, a enfermagem deve primar para que sejam higienizadas antes e após as refeições e para que as unhas estejam limpas e cortadas.

Em um estudo realizado com pacientes idosos de hospitais da Região Sul brasileira, os fatores ambientais foram os de maior relevância quando se tratou da dificuldade para alimentação no contexto hospitalar. Os estímulos desagradáveis relacionados aos odores, sons excessivos (barulho de equipamentos, monitores, aspiradores, conversas de pessoas que circulam pelo ambiente), visuais (apresentação dos alimentos) e do paladar (sabor dos alimentos) favorecem a ingestão inadequada no momento da refeição (LIMA et al., 2014).

Com base no conhecimento científico sobre a interlocução entre as sensações e o ato de comer, a equipe de enfermagem poderá priorizar a manutenção de ambientes favoráveis à comensalidade da pessoa idosa hospitalizada. Para promover a ação terapêutica por meio da ingestão de alimentos adequados, as profissionais de enfermagem devem atuar com criatividade, sensibilidade, especificidade e interdisciplinaridade sem as quais não será possível melhorar a aceitação da comida oferecida no ambiente hospitalar.

- Fatores socioculturais e sua influência sobre a alimentação da pessoa idosa hospitalizada

Quando as profissionais de enfermagem oferecem a alimentação ao idoso hospitalizado, existe uma expectativa por parte destas de que o paciente aceite completamente o que está sendo oferecido. Contudo, alimentar-se é um ato voluntário, consciente e que depende da vontade da pessoa, exceto nos casos patológicos que impõem limitações. Ainda que no contexto hospitalar o idoso não tenha com frequência a oportunidade de escolher o alimento que vai consumir, ele decide quanto e o que vai comer, optando às vezes até em não comer.

Em virtude de estar presentes de modo ininterrupto nas enfermarias, as integrantes da equipe de enfermagem reconhecem em primeira instância os problemas mais frequentes e os fatores associados à nutrição dos idosos. Este contato assíduo é percebido como um importante requisito para atuar na identificação de problemas e planejamento de cuidados (BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995).

A vivência contínua da enfermagem com as pessoas idosas possibilita identificar problemas sociais que contribuem negativamente para o estado nutricional do idoso, como morar sozinho, não ter disponibilidade de um cuidador ou ser abandonado pela família. A

equipe de enfermagem percebe que nessas circunstâncias estar internado é garantia de ter alimento oferecido regularmente, como pode ser observado no comentário dessa profissional: *- Aqui ele tem alimentação e banho. São cuidados que muitas vezes ele não tem familiar que possa prestar esses cuidados com ele. Isso vai da condição de cada um (Calista, Técnica de Enfermagem).*

A participação familiar no cuidado ao idoso hospitalizado é mais frequente do que o abandono do idoso na instituição. No entanto, esta última situação infringe princípios éticos e também os herdados do cristianismo os quais prezam pelo respeito e pela honra aos de mais idade. Em um estudo realizado com trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos em um Hospital Universitário, elas referiram que o abandono familiar de idosos é uma condição que para elas traz sofrimento (TAVARES et al., 2010).

Igualmente, neste estudo, as profissionais de enfermagem investigadas compartilham do sofrimento dos idosos cujos familiares não comparecem para apoiá-los física e psicologicamente, como pode ser observado no seguinte depoimento: *[...] Marca muito é quando vêm aqueles idosos abandonados. Quem cuida é somente a gente aqui do hospital, técnicos e os enfermeiros, pra fazer a dieta, pra fazer tudo. Não tem ninguém da família que venha ajudar (Ida, Enfermeira).*

Os cuidados com a alimentação do idoso abandonado no hospital pela família aparecem com dupla conotação. A primeira delas é de uma experiência impactante, para a qual a enfermagem se sente ao mesmo tempo impotente, mas profundamente comovida com a questão do desprezo e insegurança à qual o idoso está submetido quando esquecido pelos familiares. A segunda está relacionada à sobrecarga da enfermagem que necessita “fazer tudo” o que o idoso precisa.

Compartilhar com os familiares o momento das refeições enquanto se está hospitalizado é um momento propício para reencontrar o mundo externo, comunicar-se com ele e manter-se conectado ao mesmo, prevenindo a sensação de total isolamento social.

Do ponto de vista da enfermagem, os aspectos sociais com potencial para influenciar no estado nutricional do idoso são: ocupação, escolaridade, nível socioeconômico, alcoolismo, tabagismo, pessoas com quem convive e presença de acompanhante. Idosos que moram sozinhos não se sentem motivados para comprar, preparar e ingerir alimentos.

Outro aspecto a ser observado é a funcionalidade para alimentar-se. Caso demonstre incapacidade para fazê-lo sozinho, deve receber da família e da enfermagem o apoio necessário. Negar este direito constitui uma negligência e maus-tratos à pessoa idosa.

Com base na observação de momentos de refeição realizada nas enfermarias, constatei que mesmo sendo o idoso independente, o isolamento social provocado pela hospitalização e a ausência de um familiar leva à carência afetiva, tristeza e maior ocorrência de recusa alimentar. Este estado psicológico é agravado pela inexistência, no hospital investigado, de atividades ocupacionais com potencial de interação humana. Recusar a alimentação pode significar também um indício de depressão ou desejo de morrer.

Quando eu circulava pela manhã por uma das enfermarias na CMM, um paciente idoso me interpelou e contou que passou mal, tossiu muito à noite e teve dor precordial. Havia registro no prontuário de que a enfermeira solicitou o médico plantonista e que o mesmo prescreveu Dolantina (medicamento utilizado no tratamento de episódio agudo de dor moderada à grave) e oxigenoterapia. Após esse rápido diálogo, observei que o idoso olhava fixamente para o alimento que estava ao seu lado, na mesa de cabeceira. Estava muito pensativo, com os olhos rasos d'água. Todos os outros pacientes tinham acompanhantes, exceto ele. Imaginei que ele estava se sentindo desmotivado, sozinho. Retomei o diálogo, ofereci o mamão e ele recusou. Foi então que decidi pegar o mamão com minhas próprias mãos e com o auxílio de uma colher, levei o alimento até a sua boca. Ele comeu tudo, se emocionou e chorou.

Desse modo, a dificuldade do idoso em aceitar a dieta apontou para questões afetivas, emocionais. Aspectos não ditos, mas passível de constatação a partir de uma interação positiva com o paciente.

Estereótipos relacionados às pessoas idosas conduzem à crença de que elas são teimosas e incapazes de mudar seus hábitos, dentre eles a alimentação. Por isso, a nutrição do idoso e sua vertente cultural foram retratadas nos seguintes trechos das entrevistas concedidas pelas profissionais de enfermagem:

O ambiente é totalmente diferente da casa dele, a rotina de comer e de beber, totalmente diferente. De uma hora pra outra, uma alimentação que ele comia, não pode mais. Então, ele fica todo desestabilizado. [...] A gente sabe que idoso ele tem o jeitinho dele porque ele foi criado assim, viveu durante muitos anos, a gente não vai conseguir mudar. A gente jovem sai da sua rotina, a gente já fica desestabilizado. Imagine o idoso que viveu uma década com suas rotinas, pra estar aqui tendo que alguém dar banho, alguém trocar a fralda, comer aquilo que mandam, sem poder fazer a sua comida! Os horários que mandam que às vezes não tem fome (Betty, Técnica de Enfermagem).

Os idosos vêm pra cá, não aceitam bem a dieta porque estão acostumados a farinha e carne e tomar café preto e, essas coisas não tem aqui. Aí eles reclamam muito, muito. Mas a gente orienta: a dieta melhor é essa pra o funcionamento do intestino. Por causa da pressão a comida está sem sal (Ida, Enfermeira).

Nesse sentido, Berger e Mailloux-Poirier (1995) apontam que as pessoas idosas são capazes de aprender e modificar as suas atitudes, desde que tudo lhes seja explicado com clareza. Fazzio (2012) reafirma tais ideias ao declarar que, havendo esclarecimento das razões necessárias à mudança, os idosos são ávidos para aprender a ter melhor saúde e maior independência. Enfatiza, ainda, que as propostas de mudança de hábitos na velhice devem ser bastante acolhedoras, cuidadosas e extremamente humanizadas.

Os aspectos socioculturais relacionados foram apontados como uma dificuldade da enfermagem para fazer cumprir a permissão do idoso em alimentar-se no ambiente hospitalar e para os quais a equipe tem pouco preparo na realização de abordagens mais efetivas.

- A alimentação da pessoa idosa hospitalizada como uma prática compartilhada com a família

A presença de um familiar durante a hospitalização é uma prática comum para crianças, adolescentes e mulheres grávidas internadas. Mudanças demográficas e epidemiológicas, avanços na área de saúde e de políticas públicas embasadas nos princípios de universalidade e integralidade colaboraram para o aumento progressivo de idosos hospitalizados. Como consequência, a presença do acompanhante de idosos tornou-se frequente também para este grupo etário. Em termos legais, a presença do acompanhante da pessoa idosa está incluída entre os direitos adquiridos pelos idosos amparados na Portaria MS/GM nº 280, artigo 2º (BRASIL, 1999) e, na Lei 10.741, artigo 16 (BRASIL, 2003).

Estudos etnográficos junto à família na unidade de internação hospitalar apontaram que o acompanhante é percebido como uma pessoa que permanece ao lado do paciente, oferecendo apoio emocional, mas também auxiliando nas tarefas desenvolvidas (MONTICELLI; BOEHS, 2007). A presença de familiares no acompanhamento de idosos hospitalizados tem sido sinalizada como um meio de melhorar a sua condição física e psicoemocional, prevenindo isolamento social, sensação de abandono, ansiedade e medo, por parte do idoso.

Do ponto de vista antropológico, a família se enquadra como um dos subsistemas de cuidado na assistência à saúde dos idosos. Para Kleinman, é possível identificar três setores de assistência à saúde nas sociedades complexas, o setor informal, o popular e o profissional. Cada um exibe uma forma específica de explicar a doença e propor cuidados para a recuperação do enfermo, bem como definir o comportamento do paciente nos encontros terapêuticos (HELMAN, 2003).

O setor informal é caracterizado por iniciar as atividades de cuidados, com base no conhecimento leigo, não profissional, cujo representante principal é a família. Inclui o auto-tratamento, conselhos de pessoas significativas, atividades de cuidado mútuo (grupos de autoajuda e igrejas) e consultas não remuneradas a outros leigos. Neste âmbito, tanto o paciente quanto o agente propositor de cuidados compartilham visões semelhantes sobre saúde e doença.

O setor popular tem por representantes os curandeiros especializados em curas sagradas e seculares. Estes agentes ocupam posição intermediária entre o profissional e o informal e se ocupam de problemas psicossociais. Seu foco de atenção transcende o paciente e inclui a família e outras pessoas que são impactadas pela enfermidade. O terceiro setor compreende as profissões de saúde organizadas legalmente, das quais a enfermagem faz parte. A escassez de recursos humanos em todo o mundo justifica uma menor proporção de atendimento no domínio profissional (HELMAN, 2003).

No Brasil, a amplitude de seu território marca desigualdades sociais e regionais passíveis de observação também nos dados sobre o número de profissionais de saúde por habitante. Em todo o território brasileiro, o número de médicos por mil habitantes é muito superior ao de enfermeiras, significando que o trabalho de enfermagem relacionado ao cuidado direto com o paciente está sendo realizado por pessoal técnico. Os médicos estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul, enquanto que a distribuição dos enfermeiros é mais uniforme (RIPSA, 2005).

No hospital, os agentes profissionais de saúde controlam desde o sono até a alimentação da pessoa internada, determinam exames, procedimentos e prognósticos e suas ações tendem a causar a redução da autonomia e o aumento da dependência do paciente (HELMAN, 2003).

O hospital pode ser visto como uma sociedade complexa, em que é possível identificar, em especial, a interação entre os subsistemas informal e profissional, atuando de forma sobreposta, a partir de diferentes significados atribuídos às doenças e aos cuidados requeridos. Em virtude da co-existência dessa pluralidade de visões em um mesmo ambiente, podem ocorrer situações de conflito em que entram em choque os cuidados prescritos pelos profissionais e as práticas adotadas pelo familiar acompanhante do idoso.

Permitir a presença do acompanhante da pessoa idosa é uma tentativa positiva de integrar a família no cuidado à pessoa doente no hospital. São ações de saúde que se contrapõem ao modelo biomédico e resgatam o respeito aos valores não somente dos profissionais, mas dos pacientes e de seus familiares (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

Estudos sobre a temática apontam a atuação do familiar como cliente e parceiro no cuidado de enfermagem (LIMA; GONÇALVES, 1997). Revelam também os elementos facilitadores da participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado, entre eles: o interesse em participar do cuidado, a interrelação com a equipe de enfermagem e o conhecimento anterior (PENA; DIOGO, 2005).

Existe uma expectativa por parte do idoso e da equipe de enfermagem que o seu acompanhante seja a pessoa que tenha experiência e paciência para seu cuidado. Em algumas circunstâncias ser acompanhante do idoso não é uma escolha, mas uma imposição familiar de compartilhamento de responsabilidades. Observa-se também o crescimento do número de famílias que contratam os serviços de acompanhantes ou de cuidadores de idosos para revezar nas tarefas de cuidados durante a hospitalização.

A escolha do acompanhante hospitalar, no interior das famílias, está relacionada a questões de gênero, já descritas nos estudos sobre cuidadoras informais (GONÇALVES et al., 2006; VILELA et al., 2006; IMSERSO, 2008; VIEIRA; ALVAREZ; VIRONDI, 2011). Esposas, filhas, netas, sobrinhas, vizinhas, irmãs de igreja, comadres, são observadas com maior frequência. A presença de acompanhante do sexo masculino está no âmbito secundário, responsável pelo revezamento quando a acompanhante principal, do sexo feminino se encontra exausta e esgotada. Homens como acompanhantes principais foram observados quando a pessoa idosa tinha somente filhos homens; não tinha filhos, ou somente contava com a disponibilidade do sobrinho ou esposo.

Vários estudos mostram que dentre as atividades realizadas pelos acompanhantes de pessoas hospitalizadas, estão incluídas as relativas à alimentação do seu familiar (SCHIER; GONÇALVES; LIMA, 2003; DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010; PASSOS; SADIGURSKY, 2011; PASSOS et al., 2014). A alimentação por via oral e/ou enteral, registradas no prontuário pelas técnicas de enfermagem, é o cuidado prestado pelo acompanhante. A participação das enfermeiras nessa prática se limita a medidas mais complexas, como instalar a sonda enteral e a solução de nutrição parenteral (PASSOS et al., 2014). Dada a relevância da nutrição na recuperação e manutenção da saúde da pessoa idosa hospitalizada, é importante conhecer o modo como a enfermagem interage com o subsistema familiar nessa prática.

No cotidiano da enfermagem, a escassez de recursos humanos determinou esta função aos acompanhantes de forma compensatória.

[...] porque assim, na nossa realidade como a gente tem uma equipe reduzida o acompanhante ele não fica restrito a estar acompanhando, ele participa do cuidado na alimentação, na higiene pessoal, ele participa do cuidado numa medicação oral, numa nebulização. Então, ele não é simplesmente um acompanhante. Ele faz parte da nossa equipe nesse sentido (Jean, Enfermeira).

O significado atribuído ao acompanhante pela enfermagem, não é somente do familiar que está ao lado do idoso, mas aquele que participa de seus cuidados relacionados às atividades básicas de vida diária, como a higiene, a alimentação, a eliminação e a mobilidade física. A responsabilidade do acompanhante pelo atendimento da necessidade de alimentação da pessoa dependente, no contexto hospitalar, foi analisada por Passos e colaboradores (2014) sob a ótica da escassez de recursos humanos e da pouca valorização e qualificação da enfermagem no que diz respeito a esta atividade. Os autores observaram que existe por parte da enfermagem uma transferência de cuidados menos complexos para o acompanhante.

Nesse estudo, sob o ponto de vista antropológico, a provisão do cuidado alimentar à pessoa idosa hospitalizada foi compreendida como uma complexa teia onde se entrelaçam os fios sociais, culturais e gerenciais. O distanciamento da enfermeira em relação ao paciente se configura como uma das consequências negativas da adoção do modelo biomédico, centrado na doença e não nas necessidades da pessoa. Exames, medicamentos, avaliações com especialistas e procedimentos, muitas vezes, são mais valorizados que as necessidades básicas da pessoa humana.

A integração do subsistema familiar no cuidado institucional ao idoso visa atenuar, neutralizar os efeitos deletérios e insuficiência do modelo biomédico em atender as necessidades psicossocioculturais da pessoa hospitalizada. A transferência de cuidados ou compensação destes, por parte dos acompanhantes em virtude da escassez de recursos humanos na enfermagem, é um lamentável equívoco que desvirtua o princípio norteador em assegurar a presença do acompanhante da pessoa idosa. O desempenho do cuidado com a alimentação do idoso realizado pelo acompanhante deve ter orientação, supervisão e avaliação contínua da enfermagem no sentido de observar o alcance dos objetivos propostos nesta esfera e preparar o familiar para alta. Desse modo, há uma discrepância entre o discurso de novas práticas humanísticas integradoras e a velha prática que visa compensar a carência de recursos humanos da equipe.

A falta de orientação sobre a alimentação incide sobre questões básicas de conservação e disseminação de insetos pela permanência prolongada do alimento sobre a mesa de cabeceira ou na janela. Foi o que observei ao adentrar em um dos quartos da enfermaria feminina, quando as técnicas de enfermagem terminavam o banho no leito da



idosa. O café da manhã já estava sobre a janela e esfriava. Quando as técnicas terminaram, saíram do quarto e nenhuma orientação foi concedida à acompanhante. Aproveitei a oportunidade e orientei a filha da idosa sobre a alimentação que estava sobre a janela com o sol incidindo diretamente sobre os alimentos. Alertei para a questão das formigas e risco de infecção e sobre a possibilidade de estragar com o sol.

Nesse mesmo dia, alguns profissionais do hospital e professores de enfermagem passavam pela enfermaria e convidavam os acompanhantes para participar de um Grupo de Ajuda Mútua (GAM), pois já se percebia o estresse vivenciado pelos familiares durante o internamento de um membro da família. Uma das enfermeiras da Clínica Médica questionou as coordenadoras do grupo perguntando se elas iam orientar e qualificar os cuidadores. A professora respondeu que inicialmente, não. A psicóloga acrescentou: eles irão para uma sala de reuniões, vamos tirá-los desse ambiente, orientar estratégias de enfrentamento e dar orientação de como cuidar.

No rosto da enfermeira ficou estampada a decepção em relação ao GAM. A escassez de profissionais e a sobrecarga de atividades faz do acompanhante um recurso imprescindível. Retirá-los do ambiente causava temor à enfermeira e a impedia de olhar com otimismo novas tecnologias de cuidado. As condições de trabalho chegam a ser desumanas e fica naturalizada uma assistência de baixa qualidade, justificada pela escassez de recursos humanos e materiais. Continuou sussurrando: - *Espera aí, não saia não, fica aqui! Tá vindo aquela professora que vai falar um monte de coisa, vai ficar aqui conversando e eu não vou conseguir abrir os prontuários. Fica aqui e você conversa com ela.* O comentário da enfermeira demonstra descrédito na proposta, como se o GAM fosse atrapalhar o serviço. A tônica é: precisa-se de pessoas para trabalhar, para amenizar a sobrecarga, alunos, voluntários, acompanhantes... Mas, há pouca reflexão sobre o que é produzido e formas de mudança.

Em alguns momentos, podem existir conflitos entre os principais atores do subsistema sobre a alimentação do doente, especialmente se for necessário a suspensão de alimentação por via oral para enterais e parenterais. Nestes casos, é retirada a sensação de prazer que a refeição ingerida por via oral é capaz de proporcionar. Ao entrar na enfermaria um idoso em pré-operatório de Gastrectomia Total (retirada do estômago) queixava-se de fraqueza e que “a comida do saco” (nutrição parenteral) não o estava sustentando. Piedosamente, olhou para mim e clamou: - *Pelo amor de Deus, me libera pelo menos um dia para eu beber um mingauzinho!*

Não obstante a tentativa de negociação, a pessoa idosa internada perde a sua autonomia em seguir o seu próprio caminho quanto ao que comer. Não pode comprar,

preparar alimentos, transgredir, pois se lhe fosse dada a oportunidade, o faria. O conhecimento da biomedicina é dominante no hospital e determina os cuidados.

Também, podem ocorrer conflitos de ideias no que tange à etiologia de manifestações clínicas. Um idoso internado com três pododáctilos necrosados queixava-se para sua filha que o pé começou a doer após tomar um suco gelado. No modelo biomédico, utilizado pelo subsistema profissional, os sintomas são relacionados a um processo físico. Enquanto que, neste caso, o subsistema informal o atribuiu a fatores externos, como a temperatura do líquido. Tais referenciais têm relação direta com o tratamento. Para o profissional, o alívio da dor é possível com a extirpação dos dedos desvitalizados e o uso de analgésicos. Diferentemente, para o leigo será: evitar alimentos gelados ou ingerir líquidos quentes.

De acordo com Kleinman, o Modelo Explicativo serve para esclarecer aspectos da enfermidade como: etiologia, duração dos sintomas, processos fisiopatológicos, história e severidade da enfermidade e tratamentos indicados. Os modelos leigos são mutáveis, influenciados pela personalidade e pelos fatores culturais. Já, os Modelos Explicativos adotados por profissionais seguem a lógica científica (HELMAN, 2003).

Não é incomum que acompanhantes tragam escondido, em meio aos seus pertences ou na roupa pessoal, alimentos da preferência dos idosos e que têm significado terapêutico para o binômio idoso-cuidador. Outras vezes, as visitas presenteiam frutas como maçãs e uvas, consideradas apropriadas aos que se encontram enfermos.

Com autorização da enfermeira, é possível trazer para o hospital alimentos simbólicos de ocasiões especiais, quando se comemora algo: nascimento, casamento, a visita de alguém especial, ou simplesmente para celebrar a vida. Os familiares organizam momentos importantes como o aniversário de seu familiar idoso, passível de não haver mais chance de fazê-lo futuramente, em virtude do quadro clínico.

Ainda que o idoso não possa comer um pedaço do bolo, a presença deste alimento evoca exaltação, comemoração, confirmado com o uso de balões, cartazes com mensagens de fé, gratidão e votos de saúde e vida longa. Bolo é gratidão, um pedaço de bons sentimentos, compartilhamento com outros que se tornaram, circunstancialmente, mais próximos do familiar hospitalizado. Ações como estas, por parte da família, são representativas de afeto, felicidade e fazem o idoso transbordar de emoções positivas em meio ao ambiente hostil do hospital.

Essa gama de interações e ações do acompanhante com o seu familiar e equipe, confirma que estes são clientes da enfermagem, parceiros do cuidado, requerendo visibilidade pelo poder revitalizador que são capazes de suscitar na vida do idoso hospitalizado.

Pensar no acompanhante sob o ponto de vista da compensação de deficiência na contratação de recursos humanos é reduzir seu papel. É preciso que a enfermagem valorize em seu discurso e práticas o papel do acompanhante enquanto membro da rede social do idoso hospitalizado e pertencente ao seu projeto de vida que não pode esgotar-se no internamento, como descreve esta enfermeira:

A gente tenta ensinar o que pode, o que os acompanhantes podem fazer, como fazer a dieta, quando tem sonda a gente ensina. Alguma coisa a gente ensina porque pode ser que o paciente vá para casa naquela condição crônica e ele precisa saber. Então, a gente ensina esvaziar o coletor da sonda vesical, fazer a dieta... (Ida, enfermeira).

Muitos familiares, acompanhantes de idosos, são iniciados em seu papel de cuidador leigo durante a hospitalização. Todavia, esse tem sido um processo que ocorre sem sistematização, objetivos, metas a serem alcançados, tampouco avaliados os resultados obtidos.

Nos cuidados de enfermagem normatizados, relacionados à nutrição da pessoa idosa hospitalizada, a participação do acompanhante é notória e indispensável. De modo predominante, incita segurança, valorização da pessoa idosa, possibilita a ampliação de sua autonomia e resgate dos sentidos implícitos da comensalidade vividos no ambiente familiar, doméstico. Acolher o acompanhante e compreender a sua função dentro da instituição e do processo de cuidado ao idoso hospitalizado é fundamental para ajudá-lo no enfrentamento dos fatores psicológicos e socioculturais relacionados ao internamento, e funcionais provocadas pela doença e envelhecimento.

### **Privação alimentar na pessoa idosa hospitalizada sob o olhar da enfermagem**

Durante a hospitalização, por várias vezes, em diferentes momentos, é necessário promover jejum por tempo variável, em função de exames, procedimentos e cirurgias. Entende-se que uma pessoa está em jejum quando permanece por, no mínimo, seis a oito horas sem alimentar. Nessas circunstâncias, o organismo exercita sua capacidade adaptativa e, fisiologicamente, são liberadas substâncias reguladoras encontradas em situações de estresse, como: adrenalina, noradrenalina, glucagon, cortisol e hormônio do crescimento (GUYTON; HALL, 2012). Na falta de ingestão de alimentos, esses hormônios permitem acessar reservas orgânicas de nutrientes para a manutenção de funções corporais essenciais.

Para além dos efeitos objetivos da privação alimentar, é preciso reconhecer os efeitos subjetivos induzidos pelo jejum. Os alimentos não se revestem apenas do seu poder nutricional, mas “possuem um significado simbólico, por meio dos quais pode se dar prazer,

saúde, conforto, segurança, recompensa, desaprovação, desprezo e atenção” (BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995, p.245).

A representação do jejum é culturalmente dependente. Na medicina tradicional chinesa, que considera o alimento e a respiração as fontes básicas de energia para o corpo, não teria sentido valer-se do jejum como terapêutica. Em algumas religiões, como o Catolicismo, a prática do jejum é requerida para promover uma maior santificação do corpo e da alma. Momento de silenciar, abster-se das paixões carnis, da vontade, mortificar o prazer em alimentar-se é uma penitência.

Na cultura ocidental, comer é uma função que consome tempo e atenção considerável na vida da pessoa, desde a obtenção do alimento até a sua preparação e o ato de comer. Quando o jejum é prescrito para a pessoa hospitalizada, retira-se esta função. O paciente, então, percebe a sua relevância e compreende que, de momento, manter ou recuperar a saúde é mais importante do que comer. Portanto, no hospital, o jejum tem uma conotação prescritiva, impositiva, é uma exigência médica, requerida pelo estado do paciente, pelo tipo da doença, para diagnóstico e terapêutica.

No cumprimento da prescrição do jejum participa uma equipe interdisciplinar, o idoso e seu acompanhante. O médico é o responsável por prescrever o período de jejum, sua duração e suspensão. À enfermagem, cumpre prezar pelo bem-estar do idoso; orientar o idoso e seu familiar sobre a necessidade do jejum, o tempo de duração, a observação, o registro e a implementação de ações relativas às consequências biológicas e psicoemocionais do jejum; e, sinaliza para o setor de nutrição o início e o fim da privação alimentar. Quanto à equipe de nutrição, compete-lhe restringir, liberar e entregar as refeições. Ao idoso cabe seguir as orientações e ao acompanhante oferecer apoio ao idoso e comunicar a enfermagem quaisquer alterações apresentadas pelo paciente.

Estudos mostram que a adoção de menor tempo de jejum nos procedimentos cirúrgicos tem sido utilizada com resultados positivos. Ao paciente é oferecida bebida rica em carboidratos, de duas a seis horas antes da cirurgia, cujos efeitos podem ser observados no bem-estar do paciente e na melhor recuperação pós-operatória, devendo ser esta uma prática encorajada (LUDWIG et al., 2013; FLORES; KIK, 2013). Em pessoas idosas com fratura de quadril, tem sido demonstrando maior conforto e satisfação com anestesia quando reduzido o tempo de jejum pré-operatório (IMBELLONI; POMBO; MORAIS FILHO, 2015).

Existe uma carência de estudos que tratam da temática do jejum em idosos hospitalizados em unidades de Clínica Médica, sob a ótica da enfermagem. Nas entrevistas com as profissionais de enfermagem e durante o período de observação das práticas de

cuidados à pessoa idosa hospitalizada, este foi um assunto recorrente. Considerando que nestas unidades de internamento a população idosa é prevalente e que a enfermagem exerce um papel estratégico nos cuidados com a nutrição e o bem-estar dos idosos, foram identificados aspectos que demonstram a percepção das profissionais de enfermagem sobre o jejum e suas práticas, as quais serão discutidas a seguir.

- Percepções de profissionais de enfermagem sobre o jejum em pessoas idosas hospitalizadas

Ao manifestar-se sobre o jejum nas pessoas idosas hospitalizadas a equipe de enfermagem destacou três aspectos que atribuem a esta prática uma conotação negativa: 1. Quando o jejum se torna um **sacrifício** para a pessoa idosa hospitalizada; 2. Jejum como um **estressor** para a pessoa idosa hospitalizada e seu acompanhante. 3. **Dificuldades relacionais** no cuidado à pessoa idosa hospitalizada em jejum.

Neste estudo, as circunstâncias mais frequentes em que o jejum foi requerido foram o preparo para exames e procedimentos cirúrgicos relacionados ao trato gastrointestinal, amputação de membros inferiores e desbridamento de feridas necróticas. Abster-se de alimentos nas cirurgias se faz necessário para prevenir complicações pulmonares associadas a vômitos e aspirações do conteúdo gástrico (FLORES; KIK, 2013). Nos exames diagnósticos por imagem, a adoção do jejum é necessária para favorecer a visualização do trato gastrointestinal, evitar a formação de gases e evitar broncoaspiração.

O tempo de jejum requerido varia de 8 a 12 horas e está associado a repercussões de natureza física, psicológica e emocional para o paciente.

Para os profissionais de enfermagem, a prescrição de jejum demanda uma gama de ações articuladas, como: orientação ao idoso e seu acompanhante, registro em documentos (prontuário, relatórios, outros), comunicação ao serviço de nutrição, supervisão para possíveis complicações resultantes da abstenção alimentar (exemplo hipoglicemia). Quando esse procedimento não alcança os objetivos propostos significa esforço desnecessário, aumentando os custos hospitalares (telefone, papel, tempo profissional). Mas, sem dúvida, o maior ônus incide sobre o paciente que tem o seu diagnóstico ou tratamento postergado e possibilidade de manifestação de complicações.

O médico que marca uma cirurgia deixa o idoso de jejum o dia todo, e pela noite, suspende e diz: deixa pra amanhã. Então, eu acho isso sacrificante para o jovem, imagine pra o idoso! Então, eu acho que eles deveriam ter um olhar diferente (Merle, Técnica de Enfermagem).

A idosa X estava com os pododáctilos isquêmicos, dorso do pé hiperemiado e com bolhas. Queixou-se que estava ficando fraca com o jejum prolongado. (Observação registrada no diário de campo, março de 2013)

Uma paciente idosa desorientada, em isolamento, portadora de uma ferida necrosada com odor fétido, estava com indicação de amputação do membro inferior esquerdo. Consta no Relatório de Enfermagem: “Estava em jejum para cirurgia, porém foi suspensa”. Constava no Relatório de Enfermagem das 7 às 19h: “Ficou em jejum novamente para cirurgia, porém Dr. X avisou que não faria, liberado a dieta. No registro das 19:00H às 7:00h constava: “Ficar em jejum novamente para cirurgia”. No entanto, a idosa faleceu no dia seguinte, às 02:10h, sem fazer a cirurgia (Diário de campo, abril de 2013).

Situação semelhante ocorreu com outro paciente idoso. Constava no Relatório de Enfermagem da CMM das 07 às 19h: “Paciente idoso, lúcido, orientado, coto do pé D com necrose fétida. Tem solicitação de amputação 1/3 superior da perna D. Ficou em jejum, porém não realizou a cirurgia” (Diário de campo, maio de 2013).

O jejum enquanto sacrifício está associado a períodos prolongados de privação para procedimentos cirúrgicos, os quais são adiados em virtude do interesse médico, prioridades de situações emergenciais com risco de vida iminente, transgressão do jejum pelo paciente, intercorrências clínicas como a hipertensão e falta de material.

Uma pesquisa realizada na cidade de Aracaju, Sergipe, no nordeste do Brasil, demonstrou que a ocorrência de suspensão de cirurgias se deu em virtude de atrasos da equipe cirúrgica, falhas de comunicação entre equipe médica, centro cirúrgico e unidades de internação, falta de material ou insumos necessários à cirurgia, falhas no preparo pré-operatório, assim como falta de exames de laboratório. Em consequência do adiamento, os pacientes manifestaram tristeza, desânimo, agressividade, revolta ou choro. Alegaram sentir-se inferiorizados, inseguros e desconfiados da equipe cirúrgica (VIEIRA; FUREGATO, 2001).

O sacrifício relacionado à abstenção alimentar do idoso hospitalizado pode ser visualizado em um contexto amplo do drama que os idosos de baixa renda, usuários do SUS, enfrentam para manter a sua saúde. Constitui-se em sacrifício o privar-se do alimento por várias horas, em dias consecutivos, na tentativa de resolver o problema de saúde que resultou em sua hospitalização. Sua nutrição e saúde, já debilitadas, sofrem um novo golpe: deixar de comer.

A adoção do jejum prescritivo por idosos hospitalizados é uma forma de buscar a recuperação da saúde. Representa um sacrifício da pessoa idosa e manifesta o seu desejo em manter a vida. Trata-se de mais uma alteração no hábito alimentar que já se encontra modificado em virtude do internamento. Aderir ao jejum prescrito e resistir ao seu prolongamento é uma tentativa do idoso hospitalizado em sobreviver diante de uma vida

repleta de perdas sociais, psicológicas e físicas. Ao fazer o sacrifício de abster-se de alimentos, espera elucidar o seu problema e encontrar medidas capazes de saná-lo.

O momento em que transcorre o jejum é permeado por sentimentos de medo, insegurança e de falta de controle sobre si mesmo, pois só resta ao idoso colaborar ou morrer como consequência de um problema de saúde desconhecido, por isso, não tratado. No caso do jejum para cirurgias mutiladoras adiadas, ou o idoso se submete e insiste para que em algum momento ela se concretize ou morrerá vítima de uma infecção generalizada.

Nesse sentido, “o sacrifício expõe o sujeito para fora da vida ordinária, ele fornece um aumento de sentidos, uma intensidade de ser propício à mudança, à autotransformação radical, na proporção da significação daquilo que é sacrificado de si mesmo” (LE BRETON, 2010, p. 38). Ao pagar o preço de ter que submeter-se ao jejum prescritivo, o idoso tem a pretensão de tratar o seu problema de saúde e dar continuidade à vida.

O jejum foi também percebido como uma condição estressante para a pessoa idosa e seu acompanhante. Presenciei uma conversa em tom de indignação do filho de uma idosa que iria se submeter a uma ultrassonografia: - *Não vou permitir que a minha mãe fique em jejum até as 14h para fazer um procedimento! Ela está há oito anos doente, há três só se alimenta de vitamina e mingau!* A enfermeira explicou que para a ultrassonografia de abdome total é necessário jejum de 12 horas, que o médico geralmente chega às 14h, então por isso era necessário prolongar o jejum. Não demorou muito para que o filho retornasse em companhia da Assistente Social que gentilmente abordou a enfermeira e esta passou a repetir a explicação.

Em outra ocasião, o filho de um idoso foi queixar-se à enfermeira de que já era o quarto dia que o idoso ficava em jejum. Se não fizesse a cirurgia, ia levá-lo para São Paulo ou Ilhéus, pois têm filhos que moram nestas localidades. Uma representante da Assistência Social da cidade de origem do idoso veio também saber a causa de tanto adiamento. A enfermeira a explicou.

O estresse vivido pelo idoso e seu acompanhante em ter que esperar em jejum até o período vespertino, sendo que poderiam ter sido realizados ainda no período matutino, explode “como uma bomba” nas mãos da enfermagem. Para esta profissional é uma situação que foge do escopo de resolutividade da enfermagem: - *[...] Tem coisas que não dependem da enfermagem. A gente está para cuidar. A queixa só vem pra gente. Os acompanhantes ficam perguntando o tempo todo, mas aí quando o médico chega, se calam. Tem medo, já é cultural isso. Tem receio de falar com o médico (Merle, Técnica de Enfermagem).*

O familiar da pessoa idosa hospitalizada é a pessoa imediatamente mais próxima do paciente, capaz de captar seu sofrimento manifestado ou silenciado. Durante o internamento, tanto o idoso quanto o seu acompanhante estão expostos a situações estressantes geradoras de sofrimento e angústia. Toda a tensão presente na dinâmica de internação de idosos causa reflexos na relação entre a enfermagem e a família.

O papel de cuidador e acompanhante do idoso hospitalizado é desempenhado com muito gasto de energia e esforço, gerando estresse físico e mental (PENA; DIOGO, 2009). Neste estudo, as situações de estresse manifestadas pelo acompanhante do idoso envolveram a figura masculina (filhos dos idosos) e ocorreram em virtude de jejum prolongado e horário da realização de exames do paciente.

Os homens são mais impulsivos em suas atitudes e frente a uma mulher exercem o seu poder simbólico manifestado por altivez no falar, atitude socialmente construída e legitimada. Mas, questões de gênero a parte, o impacto deste problema, ao que parece de cunho administrativo, é de grande repercussão na convivência harmoniosa entre a enfermagem e o acompanhante da pessoa idosa hospitalizada e pode ser visto como uma manifestação de violência institucional.

A enfermagem é sensível ao sofrimento do idoso em ter que ser mantido em jejum por mais de doze horas, ponderando que já se encontra fragilizado pela idade avançada e por múltiplas doenças. Cumpre destacar que esta atitude vai de encontro à imagem da enfermeira benfazeja que está sempre ao lado do enfermo, disposta a servir e aliviar o sofrimento físico ou moral (COLLIÈRE, 1989). Infringe ainda, o direito de prioridade de atendimento da pessoa idosa conforme disposto no Estatuto do Idoso, em seu artigo terceiro.

No contexto hospitalar, a equipe de enfermagem nunca se ausenta. A enfermeira assume a responsabilidade pelo bem-estar dos idosos que têm grande expectativa de serem ajudados a minorar o seu sofrimento. As profissionais de enfermagem herdaram a imagem de mulher consagrada disposta a servir ao doente e ao médico e que, no exercício da sua arte, deve evitar conflitos (COLLIÈRE, 1989).

Muito embora a enfermeira não seja responsável direta pelo estresse do acompanhante quando se trata da demora para realização de procedimentos que exigem o jejum do idoso, a ela compete gerenciar os conflitos que sucedem. Esta questão pode estar relacionada a vários fatores e um deles é o de natureza administrativa, pautado na relação público-privado, visto que os médicos responsáveis pelos procedimentos do hospital priorizam, por razões econômicas, estarem em seus próprios consultórios no período matutino.



A função simbólica da enfermagem como serviço, evoca o cumprimento de diretivas institucionais, médicas e administrativas, as quais não devem ser discutidas. Em muitas, observa-se uma prática restrita ao cumprimento de cuidados prescritos pelos médicos, sem nenhuma análise crítica, nem uso do potencial que a profissão reserva.

Um terceiro aspecto observado foram as dificuldades relacionais no cuidado da pessoa idosa hospitalizada em jejum, associadas ao poder prescritivo do profissional médico e suas condutas. Nas entrevistas, as profissionais de enfermagem não discutiram sobre o assunto, mas no cotidiano revelou-se como um grave problema a ser resolvido para a melhoria da qualidade da assistência ao idoso. Observações registradas no diário de campo, descritas a seguir, demonstram a complexidade da situação, e da condição de vítima e algoz que o médico ocupa como membro da equipe que presta cuidados aos idosos.

Diante dos sucessivos adiamentos da cirurgia de amputação da idosa, a enfermeira da CMF foi pessoalmente localizar o cirurgião, logo cedo pela manhã. Eram 9:00h quando retornou e comentou com a enfermeira da CMM que estavam vários médicos lá no conforto, todos conversando. O cirurgião X disse que ia operar primeiro o abdome de um jovem que estava no Pronto Socorro desde o dia anterior, que ia fazer a toracocentese do leito.1, os desbridamentos, mas as amputações seriam avaliadas depois. Ainda estava muito cedo, que deixasse o paciente em jejum por enquanto (Nota de diário de campo, hospital público, Jequié, Bahia, 2013).

Estava sentada no posto de enfermagem, próximo ao balcão, fazendo a atualização dos dados sobre os idosos internados. O médico cirurgião chegou e conversava com a enfermeira coordenadora sobre a problemática das amputações e mostrava-se muito insatisfeito. Dizia: - *A gente não vai mais fazer amputação* (referindo-se a ele e aos demais colegas). *Não é para cirurgião de barriga fazer amputação. É uma "fábrica de aleijados". Quantos voltam?* Falou ainda que o hospital precisava contratar um cirurgião específico para este tipo de procedimento. A enfermeira comentou que na reunião que tiveram ela falou sobre isso, que os médicos ficam "empurrando" o procedimento até chegar o dia do plantão dele, para ele realizar o procedimento (Nota de diário de campo, hospital público, Jequié, Bahia, 2013).

Observa-se que a enfermeira sai da posição de expectadora do sofrimento da pessoa idosa e vai em busca de encontrar as razões para sucessivos períodos de jejuns, os quais foram desnecessários, já que não cumpriram o seu desígnio cirúrgico. No entanto, retorna frustrada e sentindo-se impotente já que a realização do procedimento depende do médico e suas demandas. Na ordem de prioridade, as cirurgias de amputação ficaram em último lugar, e os idosos prejudicados por necessitarem com maior frequência desse procedimento. No entanto, não foi possível precisar com esse estudo a influência de estereótipos sobre a velhice nessa decisão, embora não seja descartada essa possibilidade.

Sob a ótica das enfermeiras, a qualidade de suas práticas de cuidados ao idoso depende muito do grau de compromisso do profissional médico, atribuindo a ele a responsabilidade

pelo período de jejum prolongado e, conseqüentemente, pelo estresse e sofrimento do idoso e de seu acompanhante. As suas conclusões não são compartilhadas com o paciente e sua família, mas comentadas nas conversas informais com as colegas e na passagem de plantão. Para o idoso e o acompanhante limita-se a dizer que a cirurgia foi suspensa pelo médico e que oportunamente será remarçada e libera-se a dieta.

Por outro lado, sob a ótica dos profissionais médicos se trata de um problema administrativo que envolve a necessidade de contratação de cirurgiões com habilidade para realizar o procedimento. Este é um grave problema que se perpetua e tende a piorar nos próximos anos, tendo em vista o aumento da população idosa, maior longevidade e prevalência de doenças crônicas mal controladas como diabetes e problemas vasculares. Toda a população atendida deveria ser beneficiada por um programa municipal de assistência integral, voltado desde a prevenção de amputações até a reabilitação. É preciso criar e monitorizar o banco de dados de cirurgias adiadas ou canceladas para melhor dimensionar o impacto do problema para os idosos.

Quanto às práticas de enfermagem relacionadas ao jejum da pessoa idosa, observou-se condutas que variaram desde o cumprimento estrito da prescrição, da aflição diante do prolongamento do jejum, até a busca ativa em solucionar o problema.

A passividade e a falta de abordagem crítica diante da prescrição encontram significado nos cuidados fundamentados inteiramente na prescrição médica. Este padrão de cuidados predominou no final do século XX, até as décadas de 60-70 do século XXI. No entanto, observa-se que a enfermagem ainda sofre a dupla influência do modelo religioso e médico, nos dias atuais (COLLIÈRE, 1989). Além do caráter antropológico e histórico-cultural da profissão de enfermagem, sua conduta pacífica pode ser visualizada como um atributo pessoal e também relacionada a questões de gênero onde predominam aceitação e submissão feminina (VIEIRA; FUREGATO, 2001).

A enfermeira coleta informações objetivas e subjetivas do idoso que vivencia o jejum, observa que ele sofre diante do atraso e adiamento dos procedimentos, se aflige diante da situação, mas não faz nada de concreto para modificá-la. Aguarda pacientemente que o médico comunique a liberação da dieta.

Em última instância, encontramos práticas desejáveis, baseadas no novo paradigma de uma enfermagem ativa, resolutiva, crítica e científica. A enfermeira que adota esse modelo se posiciona diante de problemas analisando-os para além do escopo biológico, não restringe seus cuidados ao cumprimento de prescrição médica e busca centralizar as suas práticas na pessoa idosa e não na conveniência de profissionais ou da administração hospitalar. Adota um

posicionamento firme nas reuniões formais e elabora documentos que tratam do problema, solicitando posicionamento dos responsáveis. Aborda o médico como integrante da equipe, defendendo os direitos do paciente e não se intimida diante do seu poder historicamente constituído. Orienta os familiares a participar do controle social por meio da comunicação direta com a chefia de enfermagem, administração e ouvidoria.

Esse novo modelo de enfermeira está em franco processo de construção, amparado na formação destas e nos componentes curriculares em que são discutidas questões históricas, socioculturais que envolvem a dinâmica de cuidados e a relação entre profissionais, instituições de saúde, políticas públicas e pessoas de diferentes grupos etários.

Diante de tais considerações é possível identificar que o jejum prescritivo para os pacientes idosos faz parte do cotidiano das enfermeiras que atuam no contexto hospitalar. A privação alimentar é reconhecida por elas como necessária para viabilizar ou evitar complicações durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

O jejum cujo propósito foi alcançado é encarado com avaliação positiva pelo paciente e os profissionais de enfermagem. No entanto, quando o objetivo não é conseguido, o jejum assume diferentes significados de conotação negativa como sacrifício, estresse e dificuldades relacionais para sua realização, cujas repercussões podem ser notadas pelo idoso, seu familiar e a equipe de enfermagem.

Nessas circunstâncias, a enfermeira assume papéis que variam da passividade e aflição, até atitudes efetivas diante do jejum prolongado com propósito frustrado. Estas ações encontram-se fundamentadas em antigos e novos modelos de cuidados de enfermagem que por vezes não são excludentes, mas coexistem.

A privação alimentar da pessoa idosa interfere no seu hábito alimentar, já modificado pelo internamento e, quando prolongado, pode contribuir para desnutrição e complicações relacionadas a anemia, dificuldades de cicatrização, fraqueza, tristeza e depressão, entre outras.

O olhar da enfermagem sobre o jejum de idosos hospitalizados numa perspectiva antropológica possibilitou identificar significados e compreender a complexa teia em que se enreda essa prática no cotidiano de uma unidade de clínica médica numa instituição pública hospitalar do nordeste brasileiro.

Os resultados expõem problemas administrativos que necessitam de resolução imediata, bem como relativos à submissão da enfermagem ao “poder soberano” dos médicos. Possibilita as seguintes contribuições para a prática de enfermagem: discutir e encorajar a adoção de menor tempo de jejum, na humanização do cuidado e prevenção da desnutrição

hospitalar de idosos; inserir a avaliação do grau de satisfação do cliente com os cuidados como indicador de qualidade da assistência; implantar ou monitorizar o banco de dados sobre o adiamento cirúrgico em pessoas idosas; orientar a participação do familiar no controle social; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos: médicos, enfermeiras e nutricionistas; garantir prioridade ao idoso no agendamento de exames que necessitam de jejum e prevenir a violência institucional contra a pessoa idosa hospitalizada.

Os cuidados com a nutrição da pessoa idosa hospitalizada estão inseridos num conjunto de práticas da enfermagem como parte de sua terapêutica. Foi observado que os cuidados de enfermagem nesse campo não seguem um padrão, são dicotômicos e oscilam entre práticas relativas a alimentar o idoso e deixá-lo em jejum.

No entanto, se reconhece que, seja na permissão ou na privação alimentar, a pessoa idosa hospitalizada deve obter a maior satisfação possível com os cuidados prestados pela equipe de enfermagem. A viabilidade dessa meta se concretiza por meio de ações interdisciplinares, nas quais se identifica uma histórica e difícil interdependência do profissional médico.

### **5.3.3 Higiene e intimidade: a enfermagem e os cuidados com a eliminação da pessoa idosa hospitalizada**

A eliminação de produtos resultantes do metabolismo orgânico é uma necessidade fisiológica fundamental e tem por objetivo manter condições favoráveis para que as células possam realizar adequadamente as suas funções. O corpo elimina por diferentes mecanismos a respiração, o suor, as fezes e a urina. A produção que se segue analisará a cultura de cuidados de enfermagem na eliminação urinária e intestinal de pessoas idosas hospitalizadas.

Eliminar é uma função dependente da idade, da condição de saúde da pessoa e da interação simultânea de fatores químicos, hormonais e do sistema nervoso. Mas, também está condicionada à dimensão psicossociocultural (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Os fatores biológicos que comumente influenciam na eliminação são: dieta, grau de hidratação, distúrbios motores, endócrinos e metabólicos, presença de dor, doenças cardíacas, urinárias, neurológicas e pulmonares, uso de medicamentos, sedentarismo e alcoolismo. Do ponto de vista psicológico, a eliminação é influenciada pela ansiedade, estresse, constrangimento, desprezo, por atitudes face à eliminação, dependência de laxantes e intimidade. Quanto aos aspectos sociológicos relacionados à eliminação, predominam fatores

educacionais e condições ambientais: distância, iluminação, altura da cama, salubridade e conhecimento do local apropriado para eliminar (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

As normas de conduta associadas à eliminação atendem regras orientadas e compartilhadas por diferentes grupos sociais. Na cultura brasileira, a eliminação intestinal e urinária relaciona-se a aspectos simbólicos de autocontrole, sujeira e privacidade, podendo ser observada variações quanto à idade e ao gênero.

O processo de envelhecimento impõe mudanças que interferem na função de eliminar. As alterações provenientes da idade avançada que intervêm na eliminação urinária são o enfraquecimento do músculo detrusor e do diafragma pélvico, o retardo no reflexo da micção, a redução do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular. No que se refere à eliminação intestinal, esta fica prejudicada pela redução nas secreções da mucosa e na elasticidade da parede retal, perda do tônus muscular do esfíncter interno, transmissão lenta dos impulsos neuronais para porção inferior do intestino com consequente redução na percepção de necessidade em eliminar as fezes (ELIOPOULOS, 2011).

Durante o processo de hospitalização, a necessidade de eliminar é alterada por múltiplos fatores, dentre os quais são comumente observados: a distância e salubridade dos banheiros, medo de cair, ausência de acompanhante, redução de privacidade, uso de medicamentos, alterações no padrão alimentar, na hidratação e restrição no leito. Crenças, valores e grau de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o processo de envelhecimento, também podem contribuir para melhora ou piora das disfunções relacionadas à função de eliminar em pessoas idosas.

A incontinência e a retenção urinária são os principais problemas relacionados à eliminação urinária na velhice. Já a eliminação intestinal nos idosos manifesta-se alterada na presença de obstipação, diarreia e incontinência. Todas essas manifestações são constrangedoras e, até mesmo, deprimentes para a pessoa idosa, com grande potencial para produzir isolamento social. Mas, sem dúvida, as incontinências representam o maior problema relacionado à necessidade de eliminação dos idosos, justificando serem classificadas como um dos “Gigantes da Geriatria”.

Uma pesquisa realizada em um Hospital da região Sudeste do Brasil, revelou uma prevalência de incontinência urinária em 35% das pessoas internadas, cujos índices variaram de acordo com a unidade pesquisada: 48% na Clínica Cirúrgica, 37% no Centro Obstétrico e 22% na Clínica Médica. Na pesquisa referida, a idade não foi observada como um fator causal isolado para incontinência urinária e, mesmo sendo esta condição tão relevante, tem sido pouco valorizada na avaliação médica e de enfermagem (SILVA; SANTOS, 2005).

No que diz respeito à incontinência fecal em idosos, a prevalência chega a 10% naqueles com mais de 65 anos, sendo que em instituições de longa permanência, a prevalência pode chegar de 40-50% (REMES-TROCHE et al., 2004). As incontinências urinária e fecal em idosos têm em comum a capacidade de afetar a imagem corporal, a autoestima, produzir medo e ansiedade para a realização de atividades cotidianas, favorecer o isolamento social e causar impacto econômico (REMES-TROCHE et al., 2004; HIGA; LOPES; TURATO, 2008; LOUREIRO et al., 2011).

Na condição de dependência para satisfazer as necessidades de eliminação, o idoso hospitalizado sempre requer a ajuda da equipe de enfermagem. No entanto, esta é uma realidade a qual os profissionais com formação generalista têm demonstrado pouco manejo em atuar. Enfermeiras Estomaterapeutas são especializadas no cuidado a pessoas com incontinência, mas ainda são em número reduzido no território brasileiro (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Existe uma carência de estudos com abordagem cultural sobre as práticas de cuidados de enfermagem relacionadas à eliminação de pessoas idosas hospitalizadas. Contudo, a aplicação de conceitos e referenciais da antropologia nas ciências da saúde tem crescido nas últimas décadas (LANGDON; WIJK, 2010). No campo da enfermagem, os referenciais da antropologia têm se mostrado adequados para a compreensão ampliada das necessidades específicas de cuidados a pessoas considerando a idade, o gênero, as enfermidades e os contextos distintos. Os resultados destas pesquisas favorecem o planejamento de cuidados com propostas mais humanizadas e mais adequadas ao contexto sociocultural onde serão inseridos.

Diante do exposto e da relevância do tema, esta discussão tem por objetivo identificar significados e práticas de cuidados de enfermagem relacionados à eliminação de pessoas idosas hospitalizadas.

Após obtenção do conjunto de dados coletados por meio de entrevista, observação com registros em diário de campo e análise documental realizada em prontuários e relatórios de enfermagem, procedeu-se a leitura exaustiva em busca de elementos que retratassem a realidade de cuidados. Tomando todo o conteúdo digitado e valendo-se do recurso da informática “localizar conteúdos”, foram elencados os seguintes termos relacionados à eliminação: eliminação, urina, xixi, cocô, fezes, incontinência, sonda vesical, uopen, fralda, dermatite, medo e vergonha. Para discussão, foram levadas em consideração a consistência e contexto da informação, a oposição entre discursos, os enunciados representativos, palavras e frases significativas, segmentos repetidos e correspondência das palavras.

Organizadas as informações, emergiu uma grande categoria denominada: Significados e práticas de cuidados de enfermagem relacionadas à eliminação de pessoas idosas hospitalizadas, composta por duas subcategorias: Práticas de cuidados de enfermagem relacionadas à eliminação urinária e intestinal de pessoas idosas hospitalizadas e Significados das práticas de cuidados de enfermagem relacionadas à eliminação de pessoas idosas hospitalizadas, ambas analisadas a seguir.

- Práticas de cuidados de enfermagem relacionadas à eliminação urinária e intestinal de pessoas idosas hospitalizadas

Os cuidados de enfermagem relacionados à necessidade de eliminação em pessoas idosas são restritos diante do uso indiscriminado de fraldas no ambiente hospitalar, o que impossibilita uma avaliação adequada da frequência urinária e intestinal. Os cuidados também são prejudicados pelo comportamento dos idosos que se sentem envergonhados em falar sobre um assunto considerado íntimo. Este depoimento de uma profissional retrata a questão: - [...] *quando fala sobre necessidades fisiológicas eles (os idosos) usam termos engraçados. Alguns têm vergonha de falar que fez cocô, que fez xixi, aí ficam procurando termo, ficam com vergonha de falar que está obstipado (Madeleine, Técnica de Enfermagem).*

Embora seja uma função fisiológica, a eliminação de excretas é influenciada por questões culturais aprendidas e socializadas desde a infância. Falar sobre presença, ausência ou características do material urinário e fecal com pessoas estranhas ao seu convívio, é para o idoso motivo de vergonha e constrangimento. Especialmente com relação às fezes, pois são consideradas repulsivas ou repugnantes.

A ausência das eliminações para os idosos tem uma conotação de desconforto e gravidade, quase sempre associada em seu imaginário com obstrução ocasionada por tumores. Já a situação contrária, a de perda involuntária de fezes e urina, evoca sentimento de tristeza e de descontrole do corpo, uma consequência nefasta associada ao processo de envelhecimento. O uso de fraldas reforça esses sentimentos que conduzem os idosos a uma percepção negativa de si, uma regressão à infância.

A pronúncia de palavras relacionadas ao excremento biológico sempre foi rejeitada socialmente. Soam como termos de baixo calão, termo chulo e, até mesmo palavrão. Os termos utilizados para referir-se às eliminações podem variar de acordo com a regionalidade, grau de instrução e idade. Até mesmo as crianças se sentem embaraçadas quando molhadas

por urina ou sujas de fezes. Saem à procura da mãe ou outra pessoa de sua confiança para cuidar da limpeza.

Na cultura brasileira, este acanhamento no falar ou agir diante das eliminações permanece na adolescência, fase adulta, até a velhice, portanto independe do grupo etário ou sexo. Pode ser considerado um tabu falar dos excrementos, mesmo no contexto hospitalar, pois numa relação de formalidade, a ansiedade e constrangimento são acentuados. Foi observado neste estudo que as profissionais de enfermagem falavam com o idoso sobre as eliminações com naturalidade, utilizando-se de palavras simples, adotados no cotidiano.

O uso dos termos “xixi” e “cocô” pelas profissionais de enfermagem para referir-se à urina e às fezes, foram bem tolerados por ambos, embora alguns idosos utilizassem termos considerados marginais, reprovados socialmente, como: “*mijar*” e “*cagar*”. Com menos frequência pronunciaram: “*verter água*”, “*tirar água do joelho*” (urinar) e “*bosta*”, “*merda*” (fezes). A avaliação dos aspectos socioculturais pela enfermeira facilita a comunicação e interação com o paciente. Deve-se estar atenta para a procedência e as peculiaridades regionais, classe social e escolaridade da pessoa idosa.

Foi observado também que a função de eliminação não era totalmente ignorada pelas enfermeiras. No ritual da ronda diária, sempre questionavam ao idoso e seu acompanhante se estava com a função de eliminação regularizada e registravam como presentes ou ausentes. Neste último caso, acrescentavam por quanto tempo se observou a ausência e concediam orientações imediatas para o idoso e o acompanhante. A enfermeira repassava a informação para a nutricionista ou auxiliar de nutrição, e, posteriormente ao médico assistente. Na análise dos fatores impeditivos foram valorizadas a mobilidade, alimentação e hidratação. O ambiente e o uso de medicamentos que alteram a eliminação apareceram como secundários.

Quando estas medidas não foram suficientes para retornar à normalidade da eliminação, o médico era avisado e prescrevia medicamentos como laxantes e enemas para combater a obstipação e, sondagem para a desobstrução ou incontinência urinária. A enfermeira se responsabilizava pelo cateterismo vesical, pois é legalmente instituído como de sua competência, por se tratar de uma técnica mais complexa.

Para as técnicas de enfermagem, maioria entre as profissionais da equipe, as alterações na eliminação têm conotação de sujeira e necessidade imediata de limpeza. Passar do sujo ao limpo era uma primazia. **A presença de fezes e urina como determinantes de prioridade de cuidados** foram recorrentes nos discursos:



[...] a gente prioriza um idoso que está urinado, prioriza mais isso... (Katharine, Técnica de Enfermagem).

Quando eu vejo um idoso aí, eu vejo como está a parte fisiológica, né? Aí eu vou ver quem está de xixi, priorizar estes que estão aí, que estão molhados demais. [...] se tem xixi e fezes, precisa logo de um banho (Wanda, Técnica de Enfermagem).

O banho tem caráter de purificação. Traz conforto e evita o isolamento social do idoso. É importante, mas não suficiente para uma abordagem global ao idoso hospitalizado com eliminação prejudicada, pois não incide nas causas básicas do problema. Deve ser visto como uma medida de controle dentro de um conjunto de práticas que visam à reabilitação. Durante o banho do idoso, as técnicas de enfermagem também auxiliam na retirada manual de fezes impactadas.

A higiene do idoso passa a ser encarada não como uma atividade individualizada, mas como **um compromisso da equipe de enfermagem:**

Se eu passo e vejo que o paciente está de xixi, precisando de uma higiene, se eu conseguir fazer sozinha com a ajuda do acompanhante tudo bem, e se não conseguir chama a outra colega e vamos fazer. Então não existe isso: - Esse paciente é meu, só cuidado dele, esse paciente é seu, responsabilidade sua. Como a gente trabalha em equipe, dinâmica, uma equipe que se ajuda, o trabalho realmente tá coeso (Florence, Técnica de Enfermagem).

A escassez de investimentos nesta área deve-se também aos estereótipos sobre a velhice como sinônimo de dependência para o desenvolvimento das atividades básicas da vida diária, e, pelo tabu relacionado à necessidade de eliminar sistematicamente. No entanto, atualmente, se observa uma crescente preocupação com a incontinência urinária no idoso. Isto pode ser constatado no aumento do volume de produção científica na área. Os problemas referentes à eliminação intestinal recebem menos atenção da comunidade científica e pelos profissionais de saúde.

No hospital, a prática de higiene realizada pelas profissionais de enfermagem é influenciada pelas normas sociais de um hábito considerado civilizado, pelos ideais higienistas derivados do saber biomédico e por uma prática exemplar da enfermagem que preza pela ordem e moralidade. A materialização destes ideais interfere diretamente nas práticas da equipe de enfermagem e no planejamento cotidiano dos cuidados aos idosos internados que são dependentes e possuem eliminação prejudicada.

Os cuidados com idosos dependentes e que necessitam de ajuda da enfermagem para eliminação, foram visualizados como de maior complexidade, foi o que afirmou uma das

técnicas de enfermagem: [...] *o paciente idoso dá mais trabalho, é acamado, urina, obra toda hora (Dorothea, Técnica de Enfermagem).*

No contexto hospitalar, os profissionais de enfermagem reconhecem o direito da pessoa idosa a um tratamento (cuidado) digno, no entanto revelaram dificuldades para efetivar esses direitos, relacionando-as à insuficiência de recursos humanos, materiais e físicos (LIMA et al., 2013). A queda no nível de qualidade dos cuidados prestados, também em decorrência da carência de recursos humanos, foi retratada pelas profissionais de enfermagem desse estudo: [...] *Acho que aqui precisa de mais funcionários, recursos humanos, de mais funcionários, pra poder a gente atender melhor (Imógenes, Técnica de Enfermagem).*

A sobrecarga de trabalho é determinada pelo grau de dependência dos idosos e do número de profissionais para prestar os cuidados. Foi demonstrado, em uma pesquisa realizada em um hospital geriátrico de reabilitação de Belo Horizonte - MG, Brasil, que ter mais de sete pacientes dependentes sob seus cuidados, impossibilita a equipe de enfermagem para realizar cuidados básicos como a higiene oral e da prótese de idosos hospitalizados por falta de tempo e estabelecimento de prioridades (FERREIRA et al., 2006). Nesse estudo etnográfico, no período diurno, a proporção era de um profissional técnico para sete ou oito pacientes, na maior parte do ano. Essa constatação permite inferir que nem sempre o profissional estará prontamente disponível para atender às necessidades de eliminação do idoso dependente, sendo a disponibilidade de recursos humanos, portanto, um fator limitante na qualidade dos cuidados prestados.

A sobrecarga física e emocional dos profissionais de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados ainda carece de investigação. No contexto brasileiro, foi encontrado apenas um trabalho com a utilização da Escala de Zarit. As autoras concluíram que os profissionais do sexo masculino, na faixa etária de 25 a 29 anos, tiveram maior estresse que as do sexo feminino. Mesmo diante de uma alta prevalência de idosos nas clínicas, o estresse foi baixo quando avaliado pela referida escala, o que pode ter ocorrido pela maior qualificação do profissional, participação dos acompanhantes ou inadequação do instrumento para avaliar estresse do cuidador profissional no contexto hospitalar (MELO; YOSHIE, 2009).

Em relação à eliminação prejudicada no idoso hospitalizado e o trabalho da enfermagem, é sabido que alterações nesta função aumentam com a idade e com a presença de comorbidades. A maior longevidade colocará cada vez mais os profissionais de enfermagem em contato com esta realidade considerada penosa, constrangedora e que exige trabalhos suplementares com a manutenção da higiene pessoal e custos adicionais com lençóis, fraldas, dentre outros.

A condição de dependência para realizar as eliminações quando associada à escassez de recursos humanos e materiais, e conhecimento gerontogeriátrico insuficiente da equipe de enfermagem, constitui em fatores que predisõem a violência institucional, praticada de modo inconsciente, por isso desapercibida pela equipe. Quando em proporção inadequada, as profissionais não dispõem de tempo suficiente para o idoso dependente e decidem quando e como irão atender o idoso, podendo incorrer em negligência.

Numa investigação realizada em hospital do sul do Brasil, observou-se que a dependência física e/ou psíquica do idoso requer maior tempo das profissionais para o cuidado. Estas informaram que o trabalho de enfermagem é dificultado pelo espaço físico inadequado e pela sobrecarga. Apontaram como estratégias para melhorar o cuidado à readequação do espaço físico e à ampliação do quadro de pessoal, bem como à realização de capacitações voltadas para as especificidades do idoso (OLIVEIRA, 2014).

A percepção da enfermagem quanto aos sentimentos do idoso com dependência para eliminar foi observada nas entrevistas. Para as profissionais investigadas, o idoso dependente se sente inútil, um incômodo para a equipe, sendo que a dependência nas eliminações tem grande impacto para o surgimento e manutenção desse sentimento negativo.

Mas, quando eles (os idosos) se sentem presos a uma cama de hospital, precisando de uma pessoa a todo momento pra tá ali cuidando... Precisar de uma água, a pessoa tem que ir buscar, tem que pegar. Se precisar fazer um xixi, tem que fazer na fralda. Então, eles têm muita resistência nisso de fazer as necessidades fisiológicas na fralda. Então, às vezes eles se sentem um inútil. Tô ali, preso a uma cama de hospital, sem poder fazer nada, dependente de todo mundo que chega ao meu redor [pausa, silêncio]. [...] o idoso acha que está ali e já está incomodando demais as pessoas, que a solução mais rápida era morrer (Faye, Técnica de Enfermagem).

A percepção da necessidade de eliminação prejudicada como um incômodo foi de modo semelhante, constatada em pesquisa realizada por Caldas e Teixeira (2012). Os idosos revelaram que o fato de estar acamados e usar fraldas era motivo de aborrecimento, pois quando a fralda estava saturada por urina ou suja de fezes pediam ajuda às profissionais e estas demoravam muito para atendê-los. É importante frisar que muitos idosos podem sentir-se incomodados, porém, por dificuldades na comunicação, não expressam o desconforto. No contexto investigado, os idosos que não solicitavam à enfermagem e não possuíam acompanhantes, eram trocados, ao menos, duas vezes por plantão de doze horas.

Diante do inadequado dimensionamento do pessoal de enfermagem e da urgência da higiene do idoso dependente que se encontra com a eliminação prejudicada, a família é bastante requisitada como colaboradora para esta função. Mas, nem sempre esta interação é

harmoniosa. Podem ocorrer conflitos decorrentes da expectativa dos profissionais quanto aos cuidados com os idosos hospitalizados e a prática efetiva dos acompanhantes.

A participação e o estudo dos cuidados e dos cuidadores familiares no contexto hospitalar é de interesse recente na comunidade científica, iniciado na década de 90, com acentuado crescimento no final da primeira década do século XXI. Não obstante, a participação do cuidador informal nos hospitais tenha aumentado, nem sempre se observa clareza no desempenho de seu papel. Existe expectativa por parte da equipe de enfermagem de que o acompanhante da pessoa idosa ofereça apoio emocional por meio de sua presença e participe dos cuidados básicos do idoso como os relacionados à higiene, à alimentação, à eliminação e à mobilidade no leito.

No Hospital investigado, existe uma portaria de 2013 que normatiza o acesso de visitas e acompanhantes nas unidades de internamento. Foi elaborada utilizando-se os fundamentos de instrumentos legais como a Constituição Federal (BRASIL, 1988), Portaria Nº 280 (MS, 1999), Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (MS, 2006). Segundo este documento, a presença do acompanhante é de grande relevância para a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar; é de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações aos acompanhantes nos leitos, fica a critério da equipe multidisciplinar da unidade verificar a necessidade de os acompanhantes realizarem procedimentos hospitalares sob supervisão, visando o preparo para alta.

O único procedimento que o acompanhante poderá realizar, e ao que o documento faz referência, é a dieta oral. Conforme especificado, poderá ser oferecida pelo acompanhante com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável<sup>2</sup>.

No cotidiano, o papel do acompanhante extrapola os aspectos instituídos na norma, como se identifica nas entrevistas com as profissionais de enfermagem:

Então, a gente ensina esvaziar o coletor da sonda vesical, fazer a dieta, administrar uma medicação oral, os cuidados com o banho, higiene do paciente... [...] Aí, a gente tenta sensibilizar os acompanhantes para isso, para aprender e pra ajudar também a equipe porque a equipe aqui não dá conta de fazer só (Ida, Enfermeira).

[...] tem aquele (acompanhante) que assume não só o dele, mas os dos outros. Ajuda a trocar uma fralda, dá banho no paciente dele, dá a alimentação do outro, avisa a enfermeira quando o soro tá acabando, então de uma forma que te ajuda (Florence, Técnica de Enfermagem).

---

<sup>2</sup> A fim de resguardar o anonimato da instituição, não será citado o número da portaria, nem o local, obedecendo aos critérios éticos pré-determinados para a realização do estudo.

Ficou caracterizado que a presença do acompanhante do idoso hospitalizado tem dupla função: educativa, de preparo para a alta, mas também de complementaridade dos cuidados, por insuficiência de recursos humanos para atender às demandas de cuidados. A primeira função é desejável e, legalmente instituída, enquanto que a segunda, pode ser vista como uma distorção do papel a ser desempenhado pelo acompanhante.

Neste estudo, os acompanhantes dos pacientes idosos hospitalizados realizavam os seguintes cuidados relacionados à necessidade de eliminação: auxiliar na higiene íntima, trocar as fraldas, esvaziar a bolsa coletora de urina, oferecer/remover urinol e aparadeira, conduzir ao banheiro quando possível, informar à equipe interdisciplinar a presença e características das eliminações, ou ausência destas.

Durante esses procedimentos, os acompanhantes podem sentir-se constrangidos em ter que realizar cuidados que envolvem as partes reservadas do corpo da pessoa idosa hospitalizada como acontece na higiene íntima, na troca de fraldas e, no vestir e despir. O acanhamento é acentuado, principalmente, se for realizado por um cuidador do sexo oposto. Ainda assim, familiares percebem que cuidar do idoso no hospital fazem-nos sentir mais seguros, acolhidos e menos sobrecarregados do que no domicílio (CABRAL; NUNES, 2015).

Nesse sentido, é preferível que tanto do ponto de vista formal, quanto informal, que estes cuidados sejam realizados por pessoas do mesmo sexo do idoso. No entanto, a própria unidade em que o estudo foi desenvolvido, dispõe somente de profissionais do sexo feminino e existem situações em que o idoso só dispõe da ajuda de seu cônjuge. Nestas circunstâncias, é importante que não se restrinja a presença do acompanhante somente em função do sexo, pois retiraria do idoso seu direito legal. É preciso uma análise individualizada, no sentido de garantir o direito, como também, na medida do possível, a intimidade dos idosos hospitalizados.

Foi também pontuado pelas profissionais de enfermagem que alguns acompanhantes negligenciam os cuidados com a eliminação da pessoa idosa hospitalizada, ocasionando lesões de pele durante a prestação do cuidado.

[...] não avisa que o paciente fez xixi. Às vezes, é um técnico pra cuidar da enfermaria toda. Então a gente não consegue ver. Aí deixa o paciente lá de xixi muito tempo porque ele tem nojo de tocar na fralda. Gente, pelo menos avisa porque a gente vai, está aqui pra isso! Mas, eles não avisam, deixam o paciente lá, cria dermatite e isso também dificulta o trabalho da gente. Tem acompanhante... que só Jesus, que, às vezes, era melhor ele não está aqui, do que ele está e dificultar o trabalho! (Betty, Técnica de Enfermagem)

A higiene íntima e a troca de fraldas, como relatado anteriormente, têm horários pré-estabelecidos, no início e final do período. Trocas adicionais são dependentes da percepção sensorial da equipe, da solicitação dos idosos ou de seus acompanhantes. Muitos idosos dependentes têm comunicação prejudicada e necessitam da atenção, sensibilidade e disponibilidade de seus cuidadores, tanto formais quanto informais.

A equipe de enfermagem, em sua formação profissional, foi treinada para prestar esta modalidade de cuidados. As máscaras (únicas ou duplas) são utilizadas como um recurso para amenizar o odor desagradável e impedir que os idosos e seus acompanhantes notem as expressões faciais de repugnância. Mas, não é incomum que mesmo compreendendo ser esta uma de suas atribuições, para alguns profissionais, a pode tornar-se uma prática detestável.

A enfermagem pode disfarçar que faz a remoção das fezes e urina com prazer, evita comentários que poderiam motivar constrangimento ao idoso, mas os acompanhantes de outros pacientes que estão nas enfermarias coletivas podem não ter os mesmos cuidados. Por isso, é importante que o ambiente esteja arejado e, no momento do procedimento, garantir somente a presença do acompanhante do idoso, se para este for tolerável.

O desprezo dos acompanhantes pelas fezes e urina do idoso não pode ser confundido com o desprezo da pessoa idosa, mas como uma questão cultural e da influência de modelos higienistas de cuidados. No contexto domiciliar, o cuidador tem que assumir todas as modalidades de cuidados. Contudo, no hospital, a presença, a responsabilidade legal e a remuneração dos profissionais de enfermagem permitem ao acompanhante optar em fazer o que é mais gratificante para si, ou aceitável.

No estudo realizado com acompanhantes de idosos do Complexo Hospitalar Universitário de Jaén, na Espanha, 75% dos sujeitos afirmaram que ajudam o idoso a alimentar-se e somente 45%, realizam a higiene dos idosos molhados por urina. Os autores observaram ainda que, diferentemente do cuidado no contexto domiciliar, o cuidador do idoso hospitalizado encontra três ou mais pessoas da família para revezar nos cuidados. São predominantemente mulheres jovens, por isso com maior grau de escolaridade. Privam-se de realizar algumas atividades porque consideram que estão pagando pelo serviço, ou por não terem competência para tal, ou medo de prejudicar o idoso. Os pesquisadores resgatam a ideia de que para alcançar melhores resultados na participação do acompanhante devem considerar-se suas preferências no cuidado ao idoso hospitalizado. Concluem, a partir dos resultados obtidos, que se os familiares deixarem de fazer o que fazem, não seria possível satisfazer as necessidades do idoso hospitalizado (DÁVILA et al., 2012).

As profissionais desse estudo reconhecem a sua responsabilidade para realizar a higiene íntima do idoso. Esperam que se a acompanhante não puder fazê-la sozinha sinalize, solicitando colaboração da equipe. Consideram inadmissível que o acompanhante não tome qualquer uma dessas atitudes, permitindo que a pele dos idosos seja lesada pela presença prolongada de urina, aumentando a carga de trabalho, os custos com o tratamento e ampliando o tempo de hospitalização.

Os cuidados referentes à necessidade de eliminação dos idosos hospitalizados fluem como uma rotina na unidade, mas o êxito depende da capacidade do profissional em estabelecer uma relação interpessoal de confiança com o idoso hospitalizado. Trata-se, portanto, não apenas de uma rotina, uma técnica, do uso da razão profissional, mas de sensibilidade, de fluxos de subjetividade.

Agora mais cedo a gente foi trocar ali uma paciente, uma mulher com deficiência visual e ela tava de xixi, aí tinha que tirar a fralda, trocar o lençol, e ela travou as pernas. Travou pra não querer abrir e como é que ia colocar a fralda? Aí eu conversei com ela, falei o que ela tinha a gente tinha também, que a gente já estava acostumada e que o que a gente via não ia falar pra ninguém, ia ficar ali, que só tinha mulher, não tinha homem ali, que a porta estava fechada, ninguém ia ver o corpo dela além da gente... Aí então, ela relaxou e ajudou, deixou. Aí ela se sentiu segura (Madeleine, Técnica de Enfermagem).

As profissionais de enfermagem necessitam tocar no corpo da pessoa cuidada, para promover a higiene e a troca de fraldas. Este tipo de prática é considerado um trabalho sujo, cujo caráter é oculto, silenciado, marcado por baixa estima ocupacional e diferencial de gênero (TWIGG, 2000). Neste campo, os cuidados exigem discrição, tato, consideração pelo outro, compaixão, aspectos que se traduzem em estratégias empregadas pelas cuidadoras (BATISTA; ARAÚJO, 2011).

A investigação em questão revela que as profissionais de enfermagem negociam a permissão para tocar o corpo da pessoa idosa em sua intimidade, apresentando justificativas pautadas na preservação da privacidade, do sigilo, e no fato de serem do sexo semelhante. Remete à ideia de possuírem a mesma anatomia e conhecimento de causa quanto à adequada higiene das partes íntimas. As reações dos idosos quando exposta a sua nudez variaram desde a aceitação, até a recusa temporária, havendo necessidade de negociação.

No cuidado ao idoso com eliminação prejudicada está o tocar a intimidade de um corpo considerado sem beleza, sem saúde e sem autonomia. Relatos prévios de pesquisa demonstram que a exposição do corpo a jovens profissionais é para o idoso muito constrangedor, pois eles têm a idade de seus netos (BILLINGS; ALASZEWSKI, 2008).

Culturalmente, o idoso é mais reservado na exposição do corpo, pois foram educados respeitando esses valores. Muitos deles nunca expuseram seus corpos nem mesmo para seus filhos. Quanto mais intenso for o pudor, maior será o constrangimento do idoso. Numa pesquisa etnográfica realizada no hospital do Porto, Portugal, os enfermeiros relataram que o comportamento descontraído do idoso foi percebido como facilitador da interação com a enfermagem quando a nudez era requerida (VEIGA, 2007).

A comunicação interpessoal e interação positiva com o idoso é uma fonte benéfica para se evitar situações de desconfortos provocados pela invasão de seu espaço pessoal (PROCHET; SILVA, 2008). Compete à enfermagem respeitar a intimidade da pessoa idosa e não naturalizar a exposição de seu corpo.

O conhecimento técnico-científico aprendido na formação e na educação contínua do profissional de enfermagem é de importância inquestionável para a qualidade dos cuidados gerontogeriátricos. Na prática cotidiana da clínica médica, uma das participantes do estudo revelou que o aprendizado com as colegas da equipe, a partir de suas vivências, é muito valorizado. Trata-se de um saber resignificado, adaptado para uma realidade que em muito se distancia do ideal.

Eu acho que a gente vai aprendendo aos poucos, cada caso a gente vai aprendendo. Vai aprendendo com o paciente que fica aqui muito tempo, e uma vai ensinando a outra. Uma que teve a experiência diz é assim, faz assim, põe a fralda assim, faz o curativo assim que é melhor (Imogenes, Técnica de Enfermagem).

Nessa modalidade de aprendizagem, as profissionais com mais tempo de serviço são muito respeitadas, pois já vivenciaram muitas experiências, por isso agregam maior repertório de cuidados. São consideradas um verdadeiro tratado de gerontogeriatría ambulante, fonte inesgotável de circunstâncias de cuidados com desfechos positivos e negativos que colaboram na adoção de atitudes mais ponderadas, tanto sob os aspectos objetivos, quanto subjetivos do cuidado. Quando as enfermeiras têm pouco tempo de formação, as técnicas de enfermagem mais experientes são requisitadas com mais frequência que estas. Esta atitude deixa implícito que não apenas a formação, mais o tempo de exercício profissional contribui para a confiança dos demais membros da equipe, uma conquista que vem com os anos de trabalho.

O compartilhamento de saberes e fazeres se faz com naturalidade entre a equipe de enfermagem. Dúvidas muito acentuadas são retiradas imediatamente com o uso tecnológico da internet que oferece socialização de resultados de pesquisas recentes em todo o mundo. Em menor proporção, as dúvidas são sanadas com as enfermeiras de outros setores e com o profissional médico. O processo de aprendizagem do cuidado pelo compartilhamento de



experiências pode ser observado em práticas mais complexas como o tratamento de feridas, até a mais simples como uma troca de fraldas em idosos dependentes.

Como em um movimento espiralado, este é um processo dinâmico, que permite a continuidade de determinadas práticas, rupturas, normatização, transgressão ou criação de outras práticas, as quais ajudam a tecer uma cultura de cuidados ao idoso hospitalizado. A aprendizagem pela experiência em Enfermagem tem sido objeto de estudo durante a formação profissional (LARANJEIRA, 2006), mas de acordo com o relato da profissional parece manter-se, mesmo após o exercício profissional. A sala de aula e o contexto clínico se tornam um espaço de formação contínua, no qual é possível vivenciar os múltiplos fatores de ordem biológica, psicossocial, cultural e institucional, que interferem no cuidado ao idoso.

Há interesse maior por situações de cuidados não estudadas ou vivenciadas durante a formação, como por exemplo, a abordagem objetiva e subjetiva de enfermagem a idosos com Esclerose Lateral Amiotrófica; a interação entre a enfermagem, o idoso e seu acompanhante em internação prolongada, visualizando a operacionalização da rede de cuidados à pessoa idosa (ou ausência desta) e suas implicações para a qualidade de vida.

A utilização de dispositivos para contensão de fezes e urina em idosos hospitalizados é uma prática associada ao trabalho das técnicas de enfermagem. Segue a tendência de aprendizado pela experiência, perpetuando o comportamento de uso indiscriminado, desprovido de julgamento clínico prévio, justificado na manutenção da higiene, escassez de lençóis, de pessoal e de tempo para efetuar trocas mais frequentes (ALVES; SANTANA, 2013).

É desconhecido o impacto econômico provocado nos hospitais pelo uso indiscriminado de fraldas em idosos, mas se reconhece que os custos tende a aumentar frente a uma população mais longeva e dependente, bem como de pouco investimento em pesquisas de enfermagem nesta área. Numa revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária do idoso, as autoras apontaram que esta é uma abordagem relativamente nova na profissão, requerendo maior investimento em pesquisas clínicas que forneçam embasamento para as práticas de enfermagem (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

No entanto, resultados de estudos qualitativos, publicados em periódicos de circulação nacional e internacional, demonstram que a pessoa idosa hospitalizada é afetada nas dimensões física e psicoemocional com o uso de fraldas. No campo biológico ou físico, o uso prolongado de fraldas, sem a troca periódica, pode comprometer a integridade da pele manifestada pelas dermatites. Do ponto de vista psicoemocional, podem emergir no idoso percepções antagônicas de segurança, tranquilidade e manutenção do equilíbrio, concomitante

com desconforto e significados emocionais negativos (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

O uso de fraldas é naturalizado nas práticas de enfermagem, no contexto hospitalar, aceito de modo pacífico tanto por profissionais de enfermagem, quanto pelas pessoas idosas, pois acreditam ser uma consequência do envelhecimento com dependência e uma prática inevitável nesse contexto. O desconhecimento sobre as alterações do processo de envelhecimento e impacto nas eliminações, ou por ambos os agentes envolvidos, favorecem a perpetuação destes estereótipos (ALVES; SANTANA, 2013; ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

A visão do idoso hospitalizado como uma pessoa dependente favorece a compreensão equivocada das incontinências urinária e fecal, como inerentes ao envelhecimento. Nesse sentido, o uso de fraldas significa uma questão de manutenção da higiene, sem qualquer propósito de reabilitação para a independência funcional.

No contexto hospitalar investigado, inexistem protocolos de avaliação sobre a funcionalidade do idoso para eliminar. A decisão sobre a conduta a ser adotada é dependente da disponibilidade de recursos, do sexo do idoso e do julgamento da enfermagem (mais especificamente do técnico de enfermagem) quanto à adoção da melhor proposta de cuidado.

Os problemas de eliminação urinária identificados com maior frequência foram a incontinência e a retenção urinária. Os dispositivos disponíveis no hospital investigado foram a fralda descartável, o uropen, absorventes femininos e a sonda vesical. Não foi observada incontinência fecal diagnosticada. A fralda foi utilizada mesmo em idosos com função intestinal preservada, mas que exibiam mobilidade prejudicada ou déficit cognitivo.

A escolha do dispositivo variou respeitando os diferenciais da anatomia masculina e feminina. Os homens têm maior facilidade para urinar em pé e controlar direção do fluxo de urina devido à natureza flexível e saliente do pênis. O hábito de balançar o pênis ao término do jato urinário é necessário para expelir o excesso de urina presa na abertura do prepúcio ou da glândula. As bermudas oferecidas pelo hospital ou os pijamas providenciados pela família do paciente permitem aos homens urinar sem retirar toda a roupa de baixo, se assim o desejarem e for funcionalmente possível.

Nas mulheres, a uretra se abre diretamente para a vulva, o que dificulta o controle do jato urinário, tornando-se, para elas, mais fácil urinar sentada ou de cócoras. No entanto, essa é uma prática variável de acordo com a cultura e ambiente, pois foi observado que em áreas rurais de Angola, as mulheres temendo perigos existentes no solo (serpentes, formigas, capins capazes de provocar lesões na pele) têm por hábito urinar de pé. Vão para um lugar calmo, se

escondem por trás dos casebres, arbustos ou árvores, lateralizam a calcinha, e, urinam de pé. Ainda na cultura das famílias angolanas, a evacuação é denominada “necessidade maior” e a eliminação urinária, “necessidade menor”<sup>3</sup>. Quando são requeridos cuidados íntimos pelo homem idoso, esta função é exercida pela esposa e, na ausência desta, pela filha mais velha. Se o cuidado íntimo for requerido pela mulher idosa, seu esposo deverá fazê-lo, ou sua filha mais velha. Em casos que o cônjuge seja falecido e a idosa só tenha filhos do sexo masculino, o cuidado íntimo deverá ser realizado por sua irmã ou tia. Desse modo, observa-se a relevância da enfermagem em conhecer os aspectos culturais que envolvem a eliminação dos idosos sob seus cuidados, a fim de que seu planejamento seja mais congruente com sua realidade do idoso.

O ato de eliminar é, na maioria dos países, uma atividade privativa, fisiológica. Contudo, diferenciais de gênero, e por convenções sociais se torna mais aceitável que um homem urine nas ruas, comportamento reprovado em mulheres. O ato pode ser tolerado em público, em ocasiões festivas como o carnaval em que se ingere muita cerveja e os sanitários públicos são insuficientes e insalubres. Se for realizado sobre monumentos públicos se torna um crime contra o patrimônio. Pode ser interpretado como uma simples falta de educação ou, tratar-se de uma transgressão social, falta de pudor, decoro, passível de punição por infração penal.

No ambiente hospitalar, os idosos dependentes podem se sentir altamente prejudicados em sua privacidade, a partir das atitudes naturalizadas de expor o corpo da pessoa internada como se ele fosse apenas físico e, não social, sexuado. Embora a questão da manutenção da privacidade seja um assunto amplamente discutido na formação das profissionais de enfermagem, na prática, nem todas elas adotaram-na como um princípio a ser observado nos cuidados higiênicos. Algumas utilizavam o biombo, outras descobriam apenas partes do corpo e, outras deixavam o idoso totalmente exposto. As explicações dadas para a exposição pública do corpo do idoso foram de necessidade de realizar apressadamente a higiene devido ao número de pacientes que ainda necessitavam cuidar, espaço estreito para posicionar o biombo, ou atenuar a situação considerando-a naturalizada no contexto hospitalar.

É socialmente mais aceitável e higiênico que as pessoas façam suas necessidades fisiológicas em um banheiro. Os mictórios públicos, em geral, são separados para homens, mulheres, crianças e adaptados para pessoas com graus variáveis de deficiência, para garantir

---

<sup>3</sup> Informações recolhidas numa entrevista concedida na cidade de Itabuna, Bahia, em outubro de 2014, pelo Sr. António Dembue Tumissa, natural da província de Malanji, Angola.

privacidade, segurança e acessibilidade. Resistir à vontade de urinar, devido à falta de instalações ou estado precário de higiene destes ambientes, pode promover a infecção do trato urinário. No hospital pesquisado, quando o banheiro não estava disponível, ou quando a pessoa idosa estava limitada ao leito e recusava-se a urinar na fralda, a micção era realizada em um recipiente, como um frasco de soro vazio, urinol, comadre e até mesmo em penico trazido por familiares.

Na prática de cuidados a idosos hospitalizados, as profissionais de enfermagem valorizaram mais o uso de fraldas, do que o de uropen, em idosos do sexo masculino. O uropen é um dispositivo de látex (tipo um preservativo), de tamanhos variados, que reveste o pênis e, em sua porção anterior, possui uma abertura para adaptar extensões por onde fluirá a urina. Para adaptá-lo na pele, deve ser fixado na base do pênis para evitar perda de urina na roupa ou no leito. As profissionais participantes utilizam esparadrapo, pois não há disponível na instituição uma cola apropriada para tal fim.

Para fixar adequadamente o esparadrapo, é necessário poda ou remoção dos pelos pubianos, o que é percebido pelas profissionais como um trabalho adicional. Na enfermaria investigada, observou-se que os episódios de perda de urina com o uso do uropen eram frequentes, exigindo a necessidade de troca do dispositivo e de lençóis, por isso as profissionais preferiram a fralda a este. Além disso, a fralda tem a dupla função de absorver tanto as eliminações vesicais, quanto as intestinais, enquanto que o uropen, somente as primeiras.

Muito embora sejam de fácil manejo, tanto o uso de fraldas como o de uropen, requer cuidados específicos com a troca sistemática, a fim de evitar prejuízos à integridade da pele. Durante o período em que permaneci no campo, registrei no diário de campo alguns dos problemas com o uso inadequado destes dispositivos, relatados a seguir.

Em uma manhã fui interpelada por uma jovem acompanhante de um idoso. Queixava-se de que as técnicas de enfermagem não estavam seguindo as recomendações da enfermeira para o tratamento da dermatite provocada pelo uso contínuo de fraldas. A orientação da enfermeira era que fizesse a higiene íntima, utilizasse Dersani três vezes ao dia e trocasse diariamente o uropen. No entanto, quando ela chegou, o idoso estava utilizando fraldas e pomada protetora de pele. Questionava-se: - Como vai se recuperar, se o tratamento não está sendo seguido? Orientei que conversasse com a enfermeira, retirasse a pomada da mesa de cabeceira e solicitasse a presença de uma das técnicas para trocar a fralda pelo uropen.

Numa outra circunstância, um idoso em internação prolongada me abordou e relatou que, por alguns dias, utilizou uma “camisinha grudada em uma bolsa para guardar urina”

(referia-se a um uropen acoplado a um sistema de drenagem fechado de urina) quando sentiu um mau cheiro vindo do pênis e um desconforto devido ao esparadrapo muito apertado. Disse que quando retirou, “quase o pênis caía”, ferido, sujo e com um cheiro horrível. Perguntei porque estava usando uropen se podia usar um papagaio ou ir até o banheiro. Ele me respondeu que, em uma noite, não deu tempo chegar até o banheiro e vasou urina na roupa e na cama. Quando pediu ajuda, segundo ele, alguém da enfermagem falou que já estava dando trabalho e já estava bom o suficiente para alta. Em seguida, a funcionária colocou o uropen e não deu nenhuma orientação. Ele tomou banho por vários dias e não retirou o dispositivo para limpar o pênis, por isso surgiu o mau cheiro.

Os relatos demonstram uma postura profissional e humana insensíveis, que não respeitam a dignidade da pessoa idosa, em que nenhum argumento por mais plausível que possa parecer justifica a violação dos direitos do paciente idoso hospitalizado.

Observei que a ocorrência de dermatites na Clínica Médica era pequena. No entanto, provocava impacto negativo no idoso e sentimento de piedade nas profissionais. Alguns idosos dependentes, por ocasião da admissão, já apresentavam dermatites e as profissionais tratavam com o uso tópico de óleos à base de ácidos graxos essenciais e pomadas de óxido de zinco. O problema identificado é que não havia uma padronização para o tratamento e ficava a critério do profissional de enfermagem que ia proceder à higiene íntima. A falta de sistematização da assistência contribuiu para essa ocorrência e dificultava a avaliação dos resultados obtidos.

Estudos para tratamento de dermatites por fralda têm sido desenvolvidos, especialmente, na Europa e América do Norte. Há uma carência de estudos no cenário brasileiro que considere as especificidades dos idosos institucionalizados e hospitalizados e a dinâmica dos serviços de cuidados em saúde neste país (ROSA et al., 2013). Muitos produtos apresentados nas pesquisas internacionais como eficientes para o tratamento das dermatites por fraldas em idosos institucionalizados, não estão disponíveis nos serviços públicos brasileiros.

Quando os idosos cursam com retenção urinária ou possuem úlceras por pressão de difícil tratamento na região glútea, o médico prescreve o cateterismo vesical. A enfermeira realiza o procedimento. A partir de então, os cuidados ficam ao encargo das técnicas de enfermagem que registram as características e volume da urina e orientam aos acompanhantes o esvaziamento da bolsa coletora.

Antes da realização do procedimento, a enfermeira interage como idoso e seu acompanhante explicando-lhes a necessidade do mesmo. Em geral, aceitam sem relutar, pois,

desejam resolver o desconforto originado pela retenção urinária ou evitar umidade e trocas recorrentes dos pensos de úlceras por pressão, localizados na região glútea. Na totalidade dos procedimentos realizados durante a observação de campo, as portas das enfermarias coletivas foram fechadas e foi utilizado o biombo para garantir a privacidade. As enfermeiras ressaltavam que os benefícios seriam superiores ao desconforto, o que contribuía para uma atitude de resignação dos idosos.

Com frequência, os idosos em uso de sonda vesical são retirados do leito e transportados para outros setores internos e externos do hospital para realização de exames e procedimentos. Nestas circunstâncias, para evitar infecção do trato urinário por refluxo de urina para a bexiga, a extensão da sonda é temporariamente clipada, até ser reposicionada mais baixa que o nível da cintura. Se inadvertidamente a extensão não for aberta, poderá causar danos físicos e psicoemocionais ao idoso. Os problemas relacionados ao uso da sonda vesical originados diretamente pela enfermagem foram a parafimose e o esquecimento da sonda pinçada após transporte do paciente, como se observa nos seguintes registros do diário de campo:

Um jovem, acompanhante do idoso do leito10 veio informar à enfermeira que ele já estava há dez dias sem evacuar e que o pênis estava muito edemaciado. Após avaliação do Urologista foi identificado Parafimose instalada após cateterismo vesical (Notas registradas no diário de campo).

“Paciente idoso, não verbaliza, afebril, com leve dispneia, em uso de oxigênio sob cateter, apresentou fáceis de dor e sudorese, até que identifiquei que o sistema coletor de urina da sonda vesical de demora estava fechado e o paciente com bexigoma” (Relatório de Enfermagem do plantão noturno).

Neste último caso, consultei o prontuário do idoso e constatei que ele havia saído do hospital para fazer um Ecocardiograma. Muito provavelmente, no transporte de retorno, a sonda veio fechada e quem recebeu o paciente não atentou para abri-la. Havia registro no prontuário de que o desconforto do paciente e visita da enfermeira se deu às 23h. Como ele estava com sudorese e expressão de dor, que não sabia localizar, chamou o plantonista que prescreveu Dimorf e Isordil, e solicitou o exame de sangue para identificar os níveis de Troponina-T e CK (enzimas que se elevam no infarto). Somente às 23:40h, a enfermeira identificou que a extensão estava clipada, abriu, drenou a urina e o paciente passou o restante da noite tranquilo, pois o desconforto cessou. Estava com edema de pênis após cateterismo vesical. Foi avaliado pelo urologista que identificou Parafimose.

A parafimose é a incapacidade de fazer o prepúcio voltar a recobrir a glândula do pênis quando retraído. O prepúcio é retraído para realizar a antissepsia antes da introdução da sonda

pelo meato urinário. Ao término do procedimento, a enfermeira deverá reposicioná-lo. Se assim não proceder, o idoso irá desenvolver Parafimose induzida iatrogenicamente após sondagem vesical. Trata-se de emergência urológica que pode levar, em casos mais graves, a gangrena ou auto-amputação da extremidade do pênis. O tratamento da parafimose é feito através da recolocação do prepúcio na sua posição normal de forma manual, geralmente sob efeito de anestesia. Na impossibilidade, é necessária uma intervenção cirúrgica: a plastia prepucial (FRAZÃO, 2015).

A parafimose foi um problema recorrente, de fácil prevenção, neste caso, dependente exclusivamente da prática das enfermeiras. Este pode também ser considerado um problema ético, pois viola princípios dispostos no artigo 12 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), o qual atribui como um dever da enfermagem assegurar à pessoa, à família e à coletividade, assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

- Significados dos cuidados relacionados à eliminação de pessoas idosas hospitalizadas para as profissionais de enfermagem

### **Os cuidados de eliminação como uma questão de higiene**

Na perspectiva das profissionais de enfermagem, o cuidado ao idoso hospitalizado com alteração na função de eliminação é uma questão de higiene. Partindo do fio condutor que a pessoa idosa é dependente, a eliminação prejudicada foi considerada como uma alteração inerente ao processo de envelhecimento. Neste âmbito, a função da enfermagem, na visão das profissionais investigadas, ficou reduzida a ajudar a manter a pessoa idosa limpa, livre de odores desagradáveis de fezes e urina.

Sob a perspectiva histórica da enfermagem, a presença de material urinário e fecal são fontes potenciais de veiculação de microorganismos os quais podem transmitir doenças parasitárias e infectocontagiosas. A teoria microbiana da doença foi desenvolvida em meados do século XIX, por Louis Pasteur e outros pesquisadores colaboradores. Antes desse período, acreditava-se que as doenças eram transmitidas pelo ar contaminado pelas impurezas, denominadas miasmas (MARTINS; MARTINS, 2014).

A influência dos ares e dos lugares sobre a saúde das pessoas foi uma constante na medicina grega. Acreditava-se haver influência destes sobre o temperamento, as paixões, sobre o desenvolvimento fetal, entre outras. Em épocas de epidemia, as pessoas temiam ser contaminadas ao respirar o mesmo ar que as pessoas doentes (MARTINS; MARTINS, 2014).

Essas impurezas eram originadas dos humores orgânicos, de dejetos, material em decomposição, os quais produziam odor fétido, portanto ao controlar o odor, pensava-se ser possível controlar as epidemias. Na Idade Média, a Europa em muito se parecia com áreas de bolsões de pobreza encontradas no Brasil, com esgoto a céu aberto e sem recolhimento sistemático do lixo doméstico. A purificação não se dava pela água, mas pelo fogo, queima de substâncias aromáticas e afastamento dos animais domésticos (VAGHETTI et al., 2011).

As casas não possuíam banheiros, as pessoas não tomavam banho diariamente, mas lavavam o rosto, as mãos e os pés. As eliminações eram feitas nos quartos, em recipientes, que depois eram esvaziados em qualquer lugar, até mesmo lançados das janelas, para as ruas (MARTINS; MARTINS, 2014).

A situação em prisões e hospitais era lastimável. Florence Nightingale, a enfermeira que liderou o projeto de enfermagem centrado nos hospitais, assim descreveu as condições hospitalares da Europa em 1845:

O assoalho era feito de madeira ordinária e, devido à falta de limpeza e à falta de utensílios sanitários para uso dos pacientes, estava saturado de matéria orgânica[...]. Paredes e tetos eram de gesso comum, também...saturados de impurezas [...] No inverno as janelas eram mantidas fechadas para o calor, às vezes por meses seguidos[...]Após algum tempo, o cheiro se tornava doentio; com a umidade escorria água das paredes e uma vegetação instantânea aparecia. O remédio para isso era frequente lavagem com cal e raspagem, mas os trabalhadores engajados nessa tarefa frequentemente caíam seriamente doentes (ICN, 2010, p.4 e 5).

Em sua prática, Florence foi fortemente influenciada pelo modelo miasmático e suas ações priorizavam a limpeza pessoal, ambiental, ar fresco, lavagem, fervura e alvejamento. No período de guerra, o número de soldados feridos aumentava consideravelmente. Muitos deles eram colocados diretamente sobre o chão frio e imundo e tinham diarréia aguda e cólera como consequência das condições insalubres do ambiente. Faltavam cobertores, cadeiras, lençóis, urinóis, camas, pratos, garfos, dentre outros materiais e equipamentos médicos. Além de solicitar os itens mais prioritários para suprir as necessidades do hospital, requisitou-se trezentos escovões para proceder à limpeza das enfermarias. Estabeleceu-se lavanderias para os hospitais e recrutou-se as mulheres dos soldados para a tarefa de limpeza das roupas (COSTA et al., 2011).

A identificação dos micróbios por Pasteur, em 1862, revolucionou o campo da saúde e das práticas de enfermagem, especialmente no controle das infecções hospitalares por meio da higiene do corpo e das mãos e das noções básicas de esterilização e assepsia (AMANTE et al., 2011).



Novas concepções de limpeza foram se configurando. A desconfiança da água que abria os poros para penetrar os miasmas presentes na Renascença, foi modificada no século XVIII. Nas técnicas de cuidados com o corpo, a água passou a ter lugar de destaque, produzindo sensações de conforto, vigor e proteção (JOANILHO, 1998).

A “paranoia dos micróbios” se consolidou no Movimento Higienista presente na passagem do século XIX até meados do século XX. Neste modelo difundido pela saúde pública, havia intervenção técnica do profissional de saúde sobre o ambiente, com funções normativas sobre os modos de viver, produzir e desenvolver a vida na sociedade. O temor do invisível levou profissionais de saúde pública a ensinar e perseguir ideias sobre higiene que mudaram os hábitos com relação à limpeza do corpo e do ambiente (AMANTE et al., 2011).

Instintivamente, existe uma tendência em se afastar do que está sujo ou mal cheiroso. Nestas circunstâncias, tende-se a promover limpeza e desodorizar o ambiente e livrar-se o mais rapidamente possível dos excrementos, especialmente das fezes, pois a sua presença em meio externo é capaz de produzir imediatamente um odor desagradável.

Na velhice, limitações funcionais produzidas pelo envelhecimento ou por doenças, podem requerer apoio para a realização da higiene pessoal e íntima. O caminho para a independência e o autocuidado nas práticas de higiene ganha sentido inverso. O hábito privado e íntimo necessita ser compartilhado com outros, o que proporciona constrangimento pela necessidade de exposição de “partes encondidas” (íntimas) do corpo.

Diante de todos os acontecimentos históricos, ideológicos, das descobertas científicas e da natureza dos cuidados, a Enfermagem desenvolveu uma relação muito estreita com a higiene dos corpos dos pacientes e do ambiente. A higiene passou a representar a imagem da profissão e, por consequência, indicativo da qualidade da assistência prestada pelo profissional.

A noção de limpo e de sujo é evocada com recorrência quando se trata dos idosos hospitalizados com eliminação prejudicada. A presença de fezes e urina na fralda, no corpo ou lençol, remete à necessidade de limpeza. Estar limpo é uma regra a ser obedecida para o convívio social, pois naturalmente nos afastamos do que é sujo ou tem odor desagradável. A troca de fraldas e higiene íntima se traduz em uma transformação do sujo em limpo, uma espécie de purificação onde as imundícies são retiradas.

[...] porque ainda está num ambiente sujo, com fralda suja? Mesmo sabendo que o número de profissionais não é o adequado, a gente se redobra, se divide.[...] A gente prioriza tá trocando esse paciente. Tá trocando a roupa dele de cama, tá trocando a fralda pra que ele não fique sujo até pra que ele se sentir bem. Dar um conforto (Madeleine, Técnica de Enfermagem).

Em seu livro: O limpo e o sujo, uma história da higiene corporal, o historiador Georges Vigarello (1996), citado por Joanilho (1998) faz uma viagem no tempo demonstrando como se deu a evolução do banho medieval ao banho moderno. Mostra como estas práticas de higiene foram se configurando de acordo com as ideias sobre o corpo.

Nesse sentido, cuidar da higiene é cuidar do corpo, não apenas visualizando-o sob uma perspectiva biológica, pois segundo Mauss:

O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo. [...] Antes das técnicas de instrumentos, há o conjunto das técnicas do corpo. [...] Não há técnica e não há transmissão se não houver tradição. Eis em que o homem se distingue antes de tudo dos animais: pela transmissão de suas técnicas e muito provavelmente por sua transmissão oral. (MAUSS, 1974, p.407).

Sobre os odores do corpo Le Breton acrescenta:

[...] provocan disgusto en los individuos cuando son públicos (pedos, materia fecal, orina, etc.) pero a los que se acomoda sin problema cuando está solo o cuando se trata de las propias excreciones. El olor está socialmente proscrito; a nivel individual está integrado a la existencia, quizá con discreción, pero su influencia forma parte del placer de lo cotidiano (LE BRETON, 2002a, p. 116).

Para compreender a valorização da higiene nos cuidados da enfermagem à pessoa idosa com eliminação prejudicada, percorremos os caminhos da história dos miasmas, da teoria microbiana e do modelo higienista, os quais influenciaram consideravelmente as práticas de cuidados de enfermagem. Foram também resgatados os aspectos culturais que determinaram a percepção do sujo e do limpo ao longo do tempo.

No entanto, a visão da pessoa idosa como dependente e os problemas de eliminação como inerentes ao processo de envelhecimento limitaram o cuidado de enfermagem a uma prática exclusiva de higiene. Do ponto de vista das profissionais, a higiene dos idosos incontinentes é capaz de proporcionar o bem-estar do idoso e dos demais que estão ao seu redor, evitar o constrangimento, prevenir o isolamento e obter uma imagem exitosa da enfermagem e da ordem institucional. Mas, mostra-se insuficiente porque resolve um problema imediato, mas não permite ao idoso o acesso à reabilitação da sua função e maior independência.

### **Os cuidados de eliminação como uma questão de intimidade**

No cuidado de enfermagem ao idoso dependente com eliminação prejudicada, a intimidade com o corpo é requerida. Várias vezes ao dia, partes do corpo consideradas íntimas

são expostas para que sejam higienizadas e removidos os excrementos. Esta não é uma tarefa fácil, pois, é capaz de gerar algum grau de constrangimento. Podemos até falar em um duplo constrangimento, pois se trata de tornar visíveis, zonas escondidas do corpo, como também produtos rejeitados pelo organismo, de natureza repugnante.

Para alguns idosos, a exposição de seu corpo é temporária, para outros será algo definitivo em virtude da sua progressiva dependência. Sobre este aspecto Le Breton escreveu: “La vejez traduce un momento en el que la represión del cuerpo deja de ser posible, el momento en el que el cuerpo se expone a la mirada del otro de un modo desfavorable” (LE BRETON, 2002a, p.143).

Nas práticas de cuidados com a eliminação, estabelecer uma relação empática é de fundamental importância, pois tanto nas palavras ditas, ou no silêncio, a pessoa idosa está a revelar os seus sentimentos diante da exposição de seu corpo. Neste tipo de cuidado, há pura interação e fluxos de subjetividade.

Muitas vezes, sem tomar consciência em virtude do automatismo com que se pratica a higiene íntima no hospital, a profissional de enfermagem está a tocar partes do corpo reveladas apenas a pessoas muito íntimas: cônjuges, filhas ou outras pessoas da família muito próximas. Via de regra, na maioria das culturas, a higiene íntima é “uma prática privada, fonte de informações pessoais que devem ser preservadas” (MALLYSSSE, 1996, p.1).

Le Breton percebeu que o hospital, enquanto habitação temporária do corpo, simplifica as suas funções:

En estas habitaciones el cuerpo se reduce a una suma de necesidades arbitrariamente definidas, el cuerpo se asimila a una forma pura, fuera de toda forma de existencia, sin historia, sin cualidades, simple volumen. Es concebido para “funcionar” en un espacio y no para vivir en él (LE BRETON, 2002a, p.107).

As estratégias utilizadas para minimizar o constrangimento proveniente do cuidado íntimo são de cunho humorístico, tipo: “o que está dentro quer sair”. Assim, na informalidade é iniciada uma interação que permite ao idoso ou aas profissionais de enfermagem falar sobre temas que, em outro contexto social ou na formalidade, seria considerado desconcertante ou indecente.

Uma segunda estratégia utilizada pelas técnicas de enfermagem é apresentar-se como do mesmo sexo, por isso se identifica com o corpo e com as particularidades exigidas na higiene íntima feminina: “o que a senhora tem, a gente tem também”. Nesse caso, a inexistência de profissionais de sexo masculino foi relatada como uma desvantagem para os homens idosos:

Os homens, às vezes, são mais resistentes por conta de tabus. Porque você vai trocar uma fralda ele fica com vergonha, não quer. Porque já vem desde mais novo que não queria mostrar as partes íntimas pra ninguém. [...] Tem alguns pacientes do masculino que não aceitam nem que a filha troque a fralda! (Betty, Técnica de enfermagem).

Durante a metade da Idade Média, os cuidados foram realizados por homens, pois, era considerado impróprio para uma mulher cuidar de um homem que não lhe fosse familiar. Assim surgiram Ordens como a dos Irmãos do Espírito Santo e os de Santo Antônio (VAGHETTI et al., 2011). Mas, desde a origem da enfermagem Moderna, o cuidado profissional é predominantemente feminino. Estudo realizado no contexto brasileiro reafirmou as percepções das profissionais quanto à importância do sexo e da idade de quem toca e de quem é tocado e o constrangimento produzido nas situações de cuidados íntimos (KOHLRAUSCH et al., 2000; SCHIMIDT; SILVA, 2013).

Ao tratar da questão dos cuidados prestados aos idosos em ILPIs, Batista e Araújo (2011) descreveram que, nestas instituições, a intimidade se revela publicamente fazendo surgir sentimentos de vergonha e embaraço. O cuidado desenvolvido por mulheres no corpo adulto fragilizado evoca o toque corporal e recriação das práticas familiares da relação materno-infantil.

O toque do idoso hospitalizado, realizado pela equipe de enfermagem é, quase sempre de natureza instrumental, ou seja, um contato para desenvolver um procedimento ou técnica. Em estudo realizado com profissionais e graduandos de enfermagem do interior de São Paulo, Brasil, sobre a comunicação não verbal com o idoso revelou percepções destes em relação ao toque. Para os participantes da referida pesquisa, o toque de qualidade deve requerer autorização prévia do cliente, respeitar a valorização do cliente quanto à área exposta ao toque, condição em que o idoso se encontra para ser tocado, intencionalidade, intensidade, frequência e duração do toque e, características das mãos que tocam (SCHIMIDT; SILVA, 2013).

Nas observações de campo realizadas durante este estudo, o desrespeito à intimidade e privacidade do idoso não foi percebida pelas profissionais como uma prática intencional, mas circunstancial, gerada pela escassez de tempo e profissionais, em ocasiões pontuais. Justificaram o ato de deixar o idoso despido publicamente quando necessitavam, por exemplo, de mais material para terminar a higiene íntima ou quando o biombo estava distante da enfermaria, ou simplesmente porque não tinham por hábito usar biombo.

Muitos idosos estavam impossibilitados de falar ou acanhados para proferir qualquer comentário diante da sua condição de dependente de cuidados. Aceitavam pacificamente a

exposição de sua nudez, ou quando sua condição permitia, demonstravam seu incômodo refletindo as pernas, puxando o lençol ou a toalha para cobrir as partes íntimas.

O respeito à intimidade do paciente está entre as responsabilidades e deveres da enfermagem dispostos no Código de Ética destes profissionais, conforme explicitado em seu Artigo 19: “Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte” (COFEN, 2007).

De acordo com Yepes (2001), a intimidade da pessoa é seu mundo interior, o que lhe confere caráter único e irrepetível. Este mundo interior não é visível, mas passível de manifestar-se no exterior por meio do corpo. Essa revelação do interior pelo exterior ocorre por meio da comunicação e pelo rosto. Portanto, o corpo faz essa conexão entre o interior e o exterior. Yepes (2001) esclarece ainda que o fato da intimidade ser revelada pelo corpo incita a pessoa a protegê-lo, não por conta de baixas temperaturas, mas com o intuito de resguardá-lo. Assim, quando se fala em intimidade no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, estamos nos referindo ao seu mundo interior que deve ser preservado como algo privado.

Os sentimentos de vergonha e pudor presentes nos cuidados de eliminação preservam a dignidade e a intimidade da pessoa idosa. Quando a pessoa se sente feia ou insultada em uma dada situação, a vergonha é suscitada. Ela afeta o mais íntimo do ser humano e tem um papel decisivo na formação da consciência moral, fazendo-a se sentir bem ou mal.

Consoante estas inferências, compete à enfermagem resguardar o direito de privacidade do idoso hospitalizado, prevenindo situações de desrespeito expondo-o ao ridículo e à desonra face à nudez do seu corpo. A hospitalização do idoso não pode rebaixá-lo em seu *status* de pessoa, nem comprometer a sua dignidade.

### **Os cuidados de eliminação como uma questão de interação entre a enfermagem, o idoso e seu acompanhante**

A admissão de idosos dependentes no hospital é prevalente, como também, a dependência do idoso desenvolvida durante a hospitalização. Nestas circunstâncias, aumentam as demandas de cuidados e, em geral, os profissionais de enfermagem não estão em quantidade, nem qualidade suficiente para atendê-los. No contexto brasileiro, é assegurada legalmente a presença de um acompanhante para a pessoa idosa que requer internamento ou está em observação nas instituições de saúde (BRASIL, 2003). O acompanhante costuma assumir o déficit institucional para suprir às necessidades de cuidados ao idoso.

Sabe-se que as normas e portarias institucionais limitam as tarefas que podem ser executadas pelo acompanhante da pessoa idosa hospitalizada, sob a supervisão da enfermeira.

Dentre estas tarefas, eles podem dar apoio emocional, alimentar o paciente e desenvolver tarefa mais simples. Muitos deles atuam em outras atividades como responsáveis ou coparticipantes na prestação de alguns cuidados, como: ajudar na higiene íntima e na troca de fraldas do idoso incontinente.

As mulheres são as mais requisitadas para esta função, pois se acredita que tenham maior facilidade para fazê-lo em virtude de sua experiência no cuidado com as crianças. Na ausência de uma rede de suporte feminina, os acompanhantes do sexo masculino estão presentes com maior frequência para cuidar de seus pais ou avós.

As mulheres participam de todas as etapas do processo de cuidados com a higiene íntima. Providenciam material, luvas, fralda, bacia com água, sabão, algodão, toalha e lençóis; mobilizam o idoso, ajudam a remover as fezes e a urina; higienizam a pele, colocam uma nova fralda; organizam o leito e descartam o material. Os homens acompanhantes auxiliam providenciando a água e mobilizando o idoso, raramente realizam a higiene propriamente dita. Demonstram, por sua expressão facial e pelo esquivar-se do contato direto com o excremento, maior repugnância em relação à presença e odor das fezes.

As pessoas idosas internadas pareciam se sentir mais seguras e confortáveis com a participação do familiar neste cuidado, exceto quando o acompanhante era filho da paciente idosa, ou quando era filha mais jovem do paciente idoso. Os idosos eram totalmente passivos nessa tarefa, não exerciam qualquer participação nas observações que realizei. Era solicitado apenas para ajudar, o quanto fosse possível, com a mobilidade do corpo.

As profissionais de enfermagem demonstraram ter expectativas quanto à participação do familiar nesta tarefa, seja assumindo, apoiando, ou sinalizando a necessidade do idoso. O convívio diário com as acompanhantes permitiu que a equipe de enfermagem traçasse um perfil delas e classificá-las em uma tipologia segundo a participação no processo de higiene íntima, conforme explicitado a seguir.

A primeira categoria é constituída pelas “acompanhantes participativas”. São interessadas; totalmente comprometidas com as necessidades do idoso; solicitam somente quando necessário; informam sobre as eliminações do idoso; são pró-ativas; buscam aprender com a observação do trabalho das profissionais no trato com os outros pacientes que vivenciam condição similar e obedecem às orientações da equipe. Não constitui maioria, são mais comuns entre as esposas e filhas de idosos com internação prolongada, ou que já exerciam esta tarefa no domicílio. Sobre o comportamento destas, a profissional descreve: *“Tem uns (acompanhantes) que são bem preocupados, sempre ao lado, sempre chamando a gente” (Katharine, Técnica de Enfermagem).*

Na segunda categoria estão situadas as “acompanhantes impacientes”, que solicitam a todo o tempo e querem resposta imediata, sem considerar as prioridades dos demais pacientes e a organização do trabalho das profissionais. Este depoimento, de uma técnica de enfermagem sobre a cuidadora também idosa, exemplifica o perfil desse tipo de acompanhante:

Você vê que esse Sr. do leito 15, é um paciente tranquilo, mas ele não fica um segundo de xixi. A mulher chama... Ela não deixa ele ficar molhado um minuto! Ai quando você vai várias vezes no dia, não dá tempo! Você não dá conta, considerando que são muitos os pacientes tomando Lasix (Martha, Técnica de Enfermagem).

Na interação diária com as acompanhantes, a harmonia não é uma constante. Muitos conflitos podem emergir, mas são sanados pelo diálogo, escuta compreensiva de ambas as partes. O conflito com a família do idoso nas relações de cuidados foi também retratada numa pesquisa realizada em um hospital público de Feira de Santana-BA. As autoras constataram que o zelo extremado da família exigia da equipe uma atenção maior do que a necessária ou do que poderia ser concedida para aquele paciente, interferindo no cuidado de outros (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

As “acompanhantes desinteressadas” compõem a terceira categoria. Elas existem, mas estão alheias às necessidades do idoso. São, em sua maioria, jovens, netas (os) ou filhas (os) do idoso que não se dispuseram voluntariamente a ser acompanhantes, mas foram delegadas pela família para revezar com o cuidador principal.

Tem muito acompanhante que nem quer saber do idoso, que não se importa, que fica passeando o tempo inteiro, que deixa o idoso de xixi o tempo inteiro. Mais aí dá a desculpa: Ah, mas eu não sei trocar a fralda! Mas, não está de xixi? Chama a gente, que a gente troca. Eles não querem saber! Uma boa parte, nem todos. Eles (os acompanhantes) não se preocupam muito não, é difícil, sabe! (Katharine, Técnica de Enfermagem)

Porque quando chega aqui no hospital a responsabilidade toda, até de uma troca de uma fralda é da equipe de enfermagem e a gente sabe que o acompanhante está aqui pra fazer parte desse cuidado, desse processo até mesmo pra aprender. - Oh, você vai limpar o paciente, quando ele for pra casa você vai limpar dessa forma, tudo isso. Mas infelizmente eu ainda tenho reclamação. Eu ainda não estou muito satisfeita com essa questão de acompanhantes (Josephine, Enfermeira).

A quarta categoria identificada pelas profissionais corresponde as “acompanhantes ausentes”. Seu comportamento é caracterizado pelo afastamento do idoso. Pode comparecer esporadicamente nos momentos de visita, por um período de tempo muito curto. Também inclui as situações em que o idoso é sozinho e não tem sequer um familiar, amigo ou

conhecido que possa acompanhá-los, como no caso dos imigrantes, andarilhos, ou aqueles em que a família migrou para grandes centros urbanos em busca de melhores condições de vida e o idoso decidiu permanecer no local que residia.

O idoso que fica sozinho, a família abandona. Deixa aqui (no hospital), você tem que prestar todos os cuidados. Tem que alimentar ele, trocar fralda, dar o banho, tudo tem que ser com você. As pessoas da família não quiseram ficar com eles. Muitos querem se livrar um pouco do trabalho (Hildegard, Técnica de Enfermagem).

Na percepção das profissionais desse estudo, os homens sofrem mais abandono familiar que as mulheres. Estas últimas têm vínculo muito próximo com os filhos que lhes retribuem os cuidados recebidos na infância, enquanto que os homens sofrem por terem abandonado ou maltratado a sua família durante a vida. Essas impressões foram confirmadas por pesquisa realizada na Espanha, onde se observou que os homens têm menor apoio, menos amigos e mais conhecidos, enquanto que a rede de suporte social das mulheres idosas é mais alargada (DURÁN, 2008).

O cuidado na situação de dependência tolhe a liberdade do cuidador familiar. A hospitalização permite uma “libertação” temporária da família, pois o idoso terá garantido uma assistência proporcionada por cuidadores profissionais. Aproveitam o tempo livre para um descanso físico e emocional, imposto pela sobrecarga que é cuidar do idoso dependente no domicílio, quando os recursos (suporte social, material, financeiro e conhecimento) são escassos.

Quando o acompanhante do idoso é ausente, as profissionais de saúde têm tendência em acusar a família de desamor e sentem-se sobrecarregadas por não contar com o apoio do cuidador informal. Como estratégia de enfrentamento, elas comunicam ao serviço de Assistência Social e Psicologia, a fim de tentar localizar algum familiar, estabelecer ou resgatar o vínculo do idoso com a família e ajudar o idoso a enfrentar os sentimentos negativos provenientes do abandono. Estes idosos recebem maior atenção da equipe e são apoiados também pelas acompanhantes de outros idosos, motivadas pela solidariedade humana.

Quanto à participação da família na hospitalização do idoso parece haver diferentes compreensões do disposto no Estatuto do Idoso, em seu artigo 16 (BRASIL, 2003), oscilando entre o direito a acompanhante e uma exigência do acompanhante pela instituição. Sobre os avanços e contradições do EI na saúde e nos cuidados, é preciso refletir que:



Embora o referido artigo refira-se ao *direito* a acompanhante, os hospitais, em especial os públicos, estão *exigindo* a presença contínua de um acompanhante. Este passa a ser responsável por tarefas antes exercida por funcionários do hospital, como dar banho e alimentar o idoso. Ou seja, a preocupação do estatuto em “proteger” o idoso e manter os vínculos familiares resulta em mais responsabilidade e sobrecarga sobre os seus familiares (CAMARANO, 2013, p. 20).

Diante de todas essas considerações, foi possível concluir que os hábitos relacionados à eliminação são voltados para a excreção de substâncias que resultam do funcionamento orgânico, por isso, consideradas elementos imundos e, tradicionalmente, veiculados às doenças e à sujeira. Eliminar é um ato de natureza privada e que envolve partes ocultas do corpo. A construção médica e social do envelhecimento como uma fase de inúmeras perdas (biológica, social e psicológica) contribui para uma visão das alterações de eliminação em idosos como uma consequência natural na velhice. A eliminação como um processo fisiológico recebe, na velhice, uma conotação de incapacidade para controlar partes do corpo, dependência.

Nos discursos sobre os cuidados ao idoso hospitalizado, fralda e xixi foram os descritores mais recorrentes. Os cuidados com a eliminação foram centrados, de modo soberano, na higiene das partes íntimas, não havendo qualquer menção à reabilitação da função. A vergonha emergiu frente à necessidade do idoso em expor suas partes íntimas do corpo para serem manipuladas durante a higienização. Para a realização dos cuidados com a eliminação os acompanhantes dos idosos foram requisitados. A função de eliminação prejudicada em pessoas idosas hospitalizadas tem para a enfermagem, ao mesmo tempo, a conotação de prioridade de atenção e sobrecarga de trabalho, requerido pela troca frequente de fraldas.

A hospitalização de pessoas idosas é um fenômeno que cresce em todo o mundo e, também no Brasil. A enfermagem é a categoria profissional que está responsável por tempo ininterrupto por seus cuidados. A utilização do referencial da antropologia foi útil para compreender que o modo de entender a necessidade de eliminação do idoso influenciou as práticas destas profissionais. Permitiu refletir sobre as dimensões subjetivas e culturais e a insuficiência do modelo biomédico para atender às necessidades multidimensionais da pessoa dependente, com a necessidade de eliminação afetada.

Os resultados dessa investigação indicam que os cuidados de idosos hospitalizados com eliminação prejudicada são complexos, necessitando de melhoria no âmbito das atividades intersetoriais e multidisciplinares, resumidas em ações educacionais, estruturais, institucionais e assistenciais.

No campo educacional, observa-se a necessidade de promover estratégias para ampliar o conhecimento gerontogeriátrico, com a participação da equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais, discutindo temáticas relativas aos aspectos normais e patológicos do envelhecimento; tabus em torno das eliminações no cenário regional e brasileiro; estereótipos sobre a velhice e implicações para a prática de enfermagem; problemas éticos no cotidiano de cuidados às pessoas idosas; função do acompanhante da pessoa idosa, relação interpessoal com o idoso e seu acompanhante e abordagens de enfermagem no manejo da incontinência do idoso institucionalizado.

Em se tratando dos aspectos estruturais e institucionais, compete aos gestores providenciar adequação do ambiente, transformando as enfermarias maiores, em espaços menores, com banheiro e no máximo quatro leitos, separados por cortinas para garantir maior privacidade. De igual forma, deve-se providenciar a instalação de corrimãos para facilitar o deslocamento do idoso até o banheiro; contratar o quantitativo de profissionais de enfermagem com parâmetro no grau de dependência dos pacientes e participação do acompanhante, a fim de evitar sobrecarga da equipe e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Compreende-se que, em instituições públicas, a burocracia, a falta de recursos e/ou licitação podem prorrogar por muito tempo essas medidas. Sendo assim, compete à enfermeira internar o idoso em um leito com a menor distância possível do banheiro, para que facilite a independência na necessidade de eliminar.

Na vertente assistencial, urge maior supervisão e participação das enfermeiras nos cuidados de eliminação, pois, são delegados, em sua maioria, às técnicas de enfermagem e aos acompanhantes. É também de sua competência construir, implementar e validar protocolos de avaliação e manejo das incontinências no contexto hospitalar e sensibilizar a equipe para a relevância do problema. Por fim, com base em resultados de pesquisas e do perfil dos idosos internados, as enfermeiras devem sugerir aos setores competentes a compra de produtos absorventes para a terapia das incontinências, bem como da prevenção e tratamento das dermatites e úlceras por pressão.

## **6 SIGNIFICADOS CULTURAIS DO CUIDADO À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Depois de uma longa trajetória para conhecer o ambiente de cuidados, a percepção do idoso sobre as profissionais de enfermagem e como os cuidados são desenvolvidos, busquei, neste capítulo, compreender de modo mais abrangente a cultura de cuidados prestados pelas profissionais de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada. Dito de outro modo, procuro integrar e esclarecer o que representa todo o conhecimento até aqui apresentado.

Para tanto, identifiquei os fios condutores e as ligações que elas fazem para constituir a complexa teia de significados representativos do cuidado ao idoso hospitalizado. As profissionais de enfermagem, ao mesmo tempo que constroem essa teia, estão amarradas a ela.

O cuidado ao idoso hospitalizado como fenômeno cultural foi tratado em três tópicos a partir de sistemas significativos, os quais foram abstraídos de um denso material coletado de entrevista, observação dos cuidados e análise documental com o objetivo de “determinar a razão pela qual este ou aquele povo faz aquilo que faz” (GEERTZ, 1997, p. 10-11).

[Diante do primeiro significado abstraído, segundo o qual “cuidar da pessoa idosa hospitalizada é manter a sua vida e dignidade”, procurei esclarecer o vínculo que as profissionais de enfermagem estabeleceram entre cuidado hospitalar, vida e dignidade da pessoa idosa. Além de ser um assunto sobre o qual as enfermeiras se debruçam há muito tempo, trata-se de um terreno fértil para a interlocução das duas ciências: a Enfermagem e a Antropologia.

No que concerne ao segundo significado, o qual considera que “cuidar da pessoa idosa hospitalizada é um trabalho exigente e envolvente”, pretendi com esse título apresentar as particularidades do cuidado ao idoso, orientado pela percepção da pessoa idosa como dependente de cuidados e carecido de dedicação integral da profissional, motivo pelo qual considera-se um trabalho exigente. A concepção do idoso como uma pessoa carente, reclama da equipe de enfermagem interação positiva com a pessoa idosa, confiança, respeito e sensibilidade, por isso considerado um cuidado envolvente. Reflito sobre os estereótipos da velhice presentes na sociedade e sua influência sobre as práticas de cuidados em contexto hospitalar.

Já o terceiro significado, o qual afirma que “cuidar da pessoa idosa hospitalizada é compartilhar responsabilidades com seus acompanhantes”, evoca a conquista de um direito da

pessoa idosa assegurado pela enfermagem e uma exigência institucional frente à escassez de recursos humanos para atender às demandas dos idosos dependentes.

## 6.1 CUIDAR DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA É MANTER A SUA VIDA E DIGNIDADE

Indiscutivelmente, a manutenção da vida é a principal motivação para o cuidado, seja ele formal ou informal. Manter viva a espécie humana foi o meio encontrado para quando houvesse extinção da espécie. Homens e mulheres, cada um com papéis definidos, cumpriram, ao longo dos séculos, seus deveres para promover a vida: plantar e preparar o alimento; pescar; caçar; proteger o território; cuidar das feridas, das pessoas doentes da família; acolher durante o nascimento, entre outros. A prática de cuidados é, portanto, “a mais velha prática da história do mundo. Não pertencia a uma profissão, mas, a qualquer pessoa que se propunha a ajudar outra, a satisfazer suas necessidades e... promover a vida” (COLLIÈRE, 1989, p. 25 e 27).

A profissionalização do cuidado, difundida no século XIX por Florence Nightingale, guardava resquícios do cuidado promovido por mulheres, especialmente as consagradas, cujo trabalho tinha caráter caritativo, fraternal, vocacional para o serviço a pobres e doentes (COLLIÈRE, 1989; COSTA et al., 2011).

Esta concepção foi se modificando conforme foram se desenvolvendo os conhecimentos da medicina relacionados ao diagnóstico e à terapêutica de doenças. Tantos foram, e ainda são, esses avanços que os médicos delegaram tarefas mais simples às enfermeiras, restringindo seu papel ao de meras colaboradoras, que se responsabilizavam pelo cumprimento rigoroso dos cuidados prescritos (COLLIÈRE, 1989).

Na segunda metade do século XX, ocorreram mudanças significativas no modo de pensar e agir da enfermagem, ampliando sua prática para além da assistência, de forma a abranger também o ensino e a pesquisa. Suas práticas estenderam-se, então, à pessoa, à família e à comunidade e passaram a ser construídas e reproduzidas considerando os aspectos éticos, sociais e políticos (KLETEMBERG et al., 2011).

Das origens do cuidado no mundo à Enfermagem Moderna, observa-se que a promoção da vida se apresenta como a finalidade primeira do cuidado humano e, portanto, da enfermagem, cujo princípio fundamental é o compromisso com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade.

O cuidado profissional de enfermagem se caracteriza por:[...] uma relação entre ser que necessita cuidado e ser que tem, legalmente, a obrigação moral de cuidar, implicando um comportamento de responsabilidade e o uso de conhecimento e habilidades aprendidas formalmente em uma instituição formadora (WALDOW, 2004, p. 133).

A Enfermagem continua a expandir sua atuação na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tomando como referência o Código de Ética da profissão, que tem por princípio o respeito à vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões (COFEN, 2007).

No século XXI, as profissionais de enfermagem têm lançado um olhar especial sobre o grupo etário idoso, considerando a urgência em se construir o conhecimento relativo aos cuidados dessas pessoas, a fim de lhes garantir melhor qualidade de vida. Essa preocupação abrange os diversos ambientes de cuidados, incluindo o contexto hospitalar.

Na instituição hospitalar, a preocupação principal da enfermagem tem sido o alívio do sofrimento físico, embora o sofrimento psicoemocional não seja passado despercebido pela equipe. No entanto, as profissionais de Enfermagem correm um grande risco: ao fixar-se exageradamente no sofrimento físico da pessoa idosa podem ser valorizados apenas cuidados curativos cujo interesse é exclusivamente o tratamento da doença, deixando de lado sendo o desenvolvimento da pessoa e o resgate de sua autonomia e independência.

Desde a origem da Enfermagem Moderna, Florence já demonstrava preocupação com a plenitude da pessoa humana. Mesmo com tantos problemas para solucionar, inúmeras feridas para tratar, “a Dama da Lâmpada” se dispunha a não deixar nenhum soldado que estivesse sob sua observação morrer sozinho. Solicitava às cuidadoras que lembrassem que o sofrimento do doente era tanto mental como corporal. Nos momentos de folga, escrevia cartas para que os soldados enviassem a suas casas (ICN, 2010).

Mostrava ser uma pessoa dotada de grande sensibilidade, experiente com o sofrimento humano. Sabia que, certamente, pensamentos negativos pairavam sobre a mente dos soldados ameaçados de morte e aterrorizados pela lembrança da morte de milhares de companheiros. Temiam deixar esposa e filhos, ansiavam por notícias e por poder revê-los o mais breve possível.

Neste século, o desafio para enfermagem não tem sido as guerras, mas as mudanças globais no contexto demográfico, epidemiológico, familiar, social, e nas formas de fazer e entender o cuidado. A estrutura da população mundial caminha para uma maior participação da população idosa, e, conseqüentemente, de maior prevalência de doenças crônicas degenerativas, as quais requerem cuidados mais complexos (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

O fato de as pessoas estarem vivendo mais incrementa os casos de dependência, cronicidade, deficiência e reivindica o atendimento não só de necessidades pontuais, básicas ou de sobrevivência. É colocada em questão não apenas a longevidade, mas também a qualidade de vida dos anos vividos, de forma a garantir-lhes acesso diversificado às instituições de saúde, abrangendo os diversos níveis de prevenção, participação social, autonomia e a máxima funcionalidade possível. O enfoque, portanto, se desloca da doença, para um projeto mais global de vida, centrado nas potencialidades da pessoa (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Dito de outro modo, significa que não basta alimentar, dar banho, fazer o curativo e administrar o antibiótico. É preciso pensar e atuar na perspectiva de uma manutenção ou re-integração social da pessoa, respeitando sua autonomia e mantendo ou recuperando a funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais. É lógico que este trabalho não se esgota no hospital durante o processo de internamento e preparação para a alta. É importante que ele seja iniciado ainda nesse ambiente e que todos os cuidados prestados sigam nessa mesma linha de pensamento. A manutenção da vida é o objetivo primeiro, universal e, por isso, essencial do cuidado. Mas, é preciso refletir no modo como esses cuidados estão sendo realizados para que haja coerência entre o discurso e a prática entre o pensar e o prestar cuidados ao idoso hospitalizado.

No entanto, não se pode deixar iludir. Existem situações em que não haverá melhora alguma, ou a melhora será muito discreta e fugaz, como no caso de pessoas idosas com doenças crônicas progressivas produtoras de dependência irreversível. Nessas circunstâncias busca-se, de igual modo, manter a autonomia e a funcionalidade pelo maior tempo possível, um viver com o máximo de qualidade que se possa oferecer e uma morte digna.

Nos discursos e nas práticas de enfermagem registradas neste estudo, o cuidado ao idoso hospitalizado ainda está prioritariamente centrado no corpo e na terapêutica, limitando-se às práticas de manutenção da vida. São cuidados rotineiros, normativos, aplicados a todos os internados, como se pode notar nos depoimentos seguintes:

Aqui o que a gente prioriza é chegar de manhã e fazer a ronda, a gente faz a ronda, a gente verifica os sinais. Nessa verificação dos sinais a gente já está tendo um contato com o idoso percebendo o que mais necessita neles. Se é de imediato dar um banho, fazer um curativo ou fazer uma medicação. Se ele está sentindo dor a gente procura saber se a pessoa está sentindo dor, se tiver pra medicar pra deixar o paciente bem confortável. Então quando a gente chega, o paciente às vezes está sujo, pra não deixar muito tempo o paciente mijado, então a gente prioriza logo o banho. Faz a ronda, agiliza logo o banho desses pacientes porque é isso que é melhor pro paciente, mais conforto pro paciente (Faye, Técnica de Enfermagem).

Assim, a gente tem aquela visão da enfermagem de... acomodar naquele leito, de tentar acolher com mais conforto, assim... a prevenção das úlceras de decúbito, a questão da prevenção de quedas, de trauma. Tem a questão também que a gente observa mais o acesso venoso, de prevenção de uma flebite, de ver a questão da alimentação, se está se alimentando bem, porque o idoso geralmente não bebe água, tem maior dificuldade pra ter apetite, principalmente quando ele está internado. Tem também a questão da higiene pessoal que a gente fica mais atento, porque geralmente tem a dificuldade de tomar banho, não é todo idoso que tem a facilidade. É mais a questão do aspecto geral, nada mais específico do que isso, a não ser que ele tenha alguma patologia, a gente já se atenta para os cuidados com aquela patologia, que não é só porque ele é idoso, mas porque ele tem aquela doença. Aí a gente fica também atento para os cuidados com aquela patologia: se ele é cardíaco, se é hipertenso, se é diabético... (Jean, Enfermeira).

Tanto os cuidados prestados pelas enfermeiras quanto aqueles prestados pelas técnicas de enfermagem são orientados pelas necessidades identificadas no momento da passagem do plantão e da “ronda”, uma visitação sistemática, diária e ritualística a todos os pacientes. A profissional de enfermagem segue leito a leito portando uma prancheta, papel e caneta na mão com o intuito de perguntar, observar e registrar informações consideradas por elas como relevantes. Em consonância com a divisão social do trabalho de enfermagem, durante a ronda, as técnicas se concentram em aferir os sinais vitais (mais especificamente a temperatura e a pressão arterial), observar as condições higiênicas e a presença de feridas. Partindo do mais para o menos complexo, utiliza-se os indicadores de prioridade: presença de dor ou alteração nos sinais vitais, condições higiênicas, presença de feridas, tratamento terapêutico agendado para o dia (exames, cirurgias ou qualquer outro procedimento diagnóstico ou terapêutico).

Quanto às enfermeiras, essas direcionam a sua observação e anamnese não com o objetivo primeiro de realizar os cuidados diretos, mas com o de oferecer condições para o conforto e a segurança dos idosos, além de fazer cumprir as prescrições médicas. Elas orientam, encaminham, solicitam, acompanham a evolução do quadro clínico e conversam com demais membros da equipe. Em outras palavras, elas exercem seu papel estratégico de elo entre os membros da equipe de saúde. Os cuidados diretos da enfermeira com o corpo do idoso acontecem somente nos casos mais graves, muito complexos, em que estão em uso de equipamentos ou drogas que requerem cuidado especial da enfermagem.

A fragmentação do trabalho da enfermagem segue o modelo criado nos Estados Unidos por Frederick Taylor. De acordo com o Modelo Taylorista, cada profissional realiza uma parte da tarefa e todos são acompanhados por um supervisor. Do Fordismo, a enfermagem herdou o trabalho simplificado e parcelado, executado apressadamente, em ritmo de máquina. Para aumentar a produtividade e atender às demandas de cuidados, a enfermeira se ocupa de atividades gerenciais, enquanto as técnicas realizam os cuidados de manutenção

de vida e os de reparação, provenientes da prescrição médica. Há uma dicotomia entre o saber da enfermeira e o fazer das técnicas de enfermagem (KLETEMBERG et al, 2011).

O cuidado humano e o cuidado de enfermagem são, em sua essência, promotores dos direitos humanos dos quais também gozam as pessoas idosas, pois estão a reconhecer que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (ONU, 1948, Art.1 e 3). Assegurar o direito à vida não deve ser uma busca incansável e solitária dos profissionais de enfermagem, mas também do Estado e da sociedade, cujos membros, ao mesmo tempo em que os têm como um direito fundamental, também os tem como o seu bem de maior valor, o qual deve ser defendido.

Assim, a manutenção da vida, finalidade primeira dos cuidados de enfermagem, é observada no contexto dos Direitos Humanos Universais como o direito à vida com dignidade. A dignidade da pessoa humana justifica a busca incessante pela qualidade dos cuidados, cuja centralidade está simplesmente no que a pessoa é, e não na idade, no sexo, na cor da pele, na religião que defende ou na classe social a que pertence. O cuidado de enfermagem, quando realizado na perspectiva da dignidade da pessoa humana, está por valorizar o paciente como pessoa, respeitando a sua autonomia, a qual está situada entre os pilares da enfermagem gerontogeriatrica. Para a equipe de enfermagem participante do estudo, a dignidade da pessoa idosa é preservada quando ela é mantida limpa e alimentada, em companhia de seus familiares.

“Dignidade” é um termo polissêmico utilizado como sinônimo de: decência, decoro, distinção, honestidade, honra, honradez, integridade, respeitabilidade, seriedade. Entende-se por digno o que é merecedor, apropriado, conveniente. O filósofo alemão, Immanuel Kant, na Fundamentação da Metafísica dos Costumes, foi quem primeiro reconheceu o princípio da dignidade humana, estabelecendo-o como um Imperativo Categórico: "age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente com um meio" (KANT, 2009, p.429).

A dignidade foi apresentada como um valor incondicional, intrínseco, incomparável, incomensurável e insubstituível. A atribuição de valor inestimável ao ser humano é também uma das premissas bíblicas. O livro de Gênesis 1:27 descreve que o homem foi criado à imagem e semelhança de Deus, conferindo à criatura um valor de uma divindade (ALMEIDA, 2006). O homem se tornou um ser vivo dotado de livre arbítrio, uma personalidade única e autoconsciente.



Ao falar sobre a dignidade da pessoa idosa, uma técnica de enfermagem retrata sua experiência com a própria mãe quando essa se encontrava hospitalizada na unidade:

Quando minha mãe passou mal aqui, o médico perguntou quantos anos tinha. Quando a gente falou: - Tem 82 anos, ele falou: - Não tem muito o que fazer, deixa lá! Quando a enfermeira falou: - Não, mas é a mãe de uma funcionária! Ai ele veio e olhou. Então, eu vejo assim, a questão da idade. Eu acho que o Estatuto do Idoso na prática, ainda não vigora. Eu não entendo não (sorriu)! Porque eu acredito assim, como um idoso de 80 anos, 90 anos, pode morrer daqui a quatro minutos, eu também posso. A probabilidade de morte, talvez pela idade que a pessoa já viveu seja maior, mas a gente vê tanto jovem que vai antes, né? Eu acho assim que você tem que dar um tratamento, mesmo que ele venha a óbito, que ele vá com dignidade, que ele vá com dignidade. Que ele vá limpo, que ele tenha os cuidados que tem que ter. E, muita coisa eu vejo descaso (Martha, Técnica de Enfermagem).

A dignidade da pessoa humana se constituiu como um dos princípios norteadores de amplo alcance somente após a Segunda Guerra Mundial e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Este princípio influenciou, senão todos, grande maioria dos direitos fundamentais atuais, como se vê, por exemplo, na Constituição Brasileira. Em seu artigo 1º, estabelece-se que “a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em um Estado democrático de direito e tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político” (BRASIL, 1988). Influenciou também os “Princípios en favor de las personas de edad”, que recomenda:

Las personas mayores deben poder gozar de los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en cualquier asilo o centro de tratamiento o de cuidado, lo cual incluye el respeto pleno a su dignidad, creencias, necesidades y privacidad, así como el derecho a tomar decisiones sobre su atención y la calidad de sus vidas (ONU, 1991, Principio nº14).

Desse modo, não obstante a dignidade humana tenha sido reconhecida há muitos anos, permanece como um tema atual, reforçado nos contextos de vulnerabilidade, como a de pessoas idosas. A dignidade humana é uma meta a ser perseguida, como retratou a III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada no mês de novembro de 2011, em Brasília, intitulada: “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”.

Em termos de conceito a dignidade da pessoa humana refere-se a:

[...] qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável,

além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2007, p.62)

No caso específico das pessoas idosas, somente o fato de serem “pessoas” lhes confere o direito de viver e ser tratado com dignidade. A dignidade da pessoa humana tem por atributos ser: suprema, absoluta, intangível, inalienável, imutável, incomensurável, inexaurível, bipolar, impessoal e imanente (SARLET, 2007).

Não há o que possatornar o homem indigno uma vez que, como pessoa humana, nasce digno e o será para sempre. É contraproducente imaginar que a passagem de muitos anos poderá tornar o homem indigno de ser tratado como qualquer outra pessoa de menos idade. Sendo assim, a dignidade da pessoa humana é uma meta a ser perseguida pela enfermagem.

As concepções sobre a velhice e a pessoa idosa oferecem sustentação às práticas de enfermagem. Essas práticas relacionadas à manutenção da vida do idoso sofrem influência da cultura que, de modo inconsciente, ajuda na tomada de decisões, no modo de agir e se comportar em relação à pessoa idosa. Mas, também são práticas influenciadas por problemas macroestruturais do setor saúde como, por exemplo, das condições para a realização dos cuidados.

Embora em termos de conhecimento científico se tenha avançado nos cuidados aos idosos hospitalizados, a prática apresenta-se limitada. A escassez de recursos humanos e materiais podem levar as pessoas idosas a serem ignoradas, terem seu tratamento retardado e atenção diminuída, condições favoráveis para a prática de maus-tratos, negação de uma vida e de uma morte digna, resultando na violação dos direitos humanos.

Além disso, a hospitalização da pessoa idosa em condições adversas do sistema de saúde poderá resultar em problemas de ordem física e psicoemocional, tais como: gerar ou agravar um quadro de deficiência nutricional e desidratação, comprometer a integridade da pele, acentuar o sentimento de abandono e solidão, afetar a independência e a autonomia.

Na análise desse significado, foi possível identificar o cuidado como um imperativo moral que promove a vida e a dignidade da pessoa idosa. O cuidado moral desenvolvido pelas profissionais desse estudo, foi evocado no atendimento às necessidades mais básicas de sobrevivência (cuidados de manutenção de vida).

Por outro lado, a natureza das relações estabelecidas no desenvolvimento dos cuidados de manutenção de vida foi fortemente prejudicada pela escassez de profissionais, como também pelo conhecimento incipiente sobre os princípios do cuidado gerontogerátrico. Cuidados realizados apressadamente, com pouca oportunidade de participação do idoso,

desconsiderando seus hábitos e suas crenças, desrespeitam os direitos da pessoa idosa a ter um atendimento individualizado.

Desse modo, a equipe de enfermagem deve estar atenta para não apenas prestar os cuidados de manutenção de vida, mas conhecer o idoso, as suas necessidades e individualidade, respeitar o seu ritmo e permitir o seu envolvimento de acordo com sua capacidade funcional e motivação.

Neste estudo, observou-se que os cuidados prestados a idosos dependentes, em internação prolongada, foram os que mais se aproximaram do ideal em considerar tanto as necessidades de cuidados quanto a natureza da interação produzida. Vários motivos justificam esse achado: o maior tempo de permanência do idoso na unidade permitiu conhecer a sua história de vida, suas crenças, seus valores, seus gostos e ritmo; o ambiente de cuidados era privativo e totalmente personalizado com pertences do idoso e acomodação adequada para o acompanhante; a relação da equipe de enfermagem com o idoso e sua família era de confiança e compartilhamento de responsabilidades; havia um compromisso dos demais membros da equipe de saúde e da instituição em atender, o mais breve possível, às necessidades do idoso e de sua família; as condições psicossociais, culturais e espirituais do idoso eram percebidas e valorizadas na sua subjetividade.

Veiga (2007), referindo-se ao estudo de Atree, especifica que, na relação de cuidado, pacientes e acompanhantes valorizam o compromisso, o conhecimento do doente, o padrão de comunicação, a delicadeza, a preocupação, a sensibilidade, a disponibilidade de tempo e o acesso à equipe. Diante desses achados, ele percebeu que a integridade da pessoa idosa hospitalizada poderia facilmente ser lesada nos cuidados considerados de fácil realização, como os de manutenção de vida.

Conclui-se que, para prestar cuidados que respeitem a dignidade da pessoa idosa, é necessário: investir tempo; atender às necessidades objetivas e subjetivas do idoso; acolher e integrar a família no processo de cuidado; ter um ambiente adequado para receber o idoso e sua família; e atuar numa perspectiva de intersectorialidade e interdisciplinaridade. Para cuidar, é preciso CONHECER (o que a pessoa idosa precisa?), RESPEITAR (como o Sr.(a) gostaria que fizesse?) e NEGOCIAR (o que eu posso fazer para atendê-lo(a) diante do contexto de cuidado? Como o Sr.(a) pode participar?).

## 6.2 CUIDAR DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA É UM TRABALHO ENVOLVENTE E EXIGENTE

Para compreensão deste significado, foi necessário retomar as concepções das profissionais de enfermagem sobre a pessoa idosa para, a partir dessas, analisar os cuidados prestados, considerando a sua natureza e as relações estabelecidas. O uso do termo “trabalho”, e não “cuidado” foi uma tentativa de ser fiel à percepção das profissionais ao julgar que cuidar do idoso hospitalizado “dá trabalho”.

Ao atribuir o cuidado ao idoso como um trabalho exigente, as profissionais de enfermagem estavam se referindo à intensa demanda de tempo e à intensidade dos cuidados requeridos nas situações de dependência. A dependência reclama cuidados, mas o fato de não conhecer o idoso, ou conhecê-lo parcialmente, pode reprimir o que ainda está a viver em seu corpo. Assim, a enfermagem deve realizar sua prática de cuidados levando em consideração que:

Cuidar é mobilizar tudo o que vive, tudo que é portador de vida, toda a sua vitalidade... toda a vida que existe em potência até ao limiar da morte, não para a prolongar a todo custo, mas para procurar aquilo a que a pessoa ainda dá valor, como aquele olhar a uma pessoa querida, aquela mão que ainda deseja tocar (COLLIÈRE, 1989, p.306).

O trabalho exigente é caracterizado pela dificuldade em satisfazê-lo e por sua complexidade, provenientes da incapacidade do idoso e do contexto de cuidados. Por exigente compreende-se o que é difícil de satisfazer, complicado. As atividades básicas da vida diária do idoso são interrompidas em virtude da doença ou do avançado processo de envelhecimento. Neste estudo, foi observado que o hospital investigado ainda não implantou o uso de protocolos de avaliação da Capacidade Funcional do Idoso, informação imprescindível para avaliar as condições em que o idoso foi admitido, o impacto dos cuidados prestados e o planejamento de cálculo de dimensionamento e distribuição de pessoal.

As profissionais de enfermagem afirmam estar experimentando uma sobrecarga de trabalho.

Pense nessa situação: você sozinha! Tem dia que a gente pega sozinha 14 pacientes, precisando de você pra tudo, e aí realmente... Por isso os funcionários não querem vir trabalhar na CM, por causa da sobrecarga (Florence, Técnica de Enfermagem).

Deveria ter mais recursos humanos. Às vezes a gente quer ir lá ficar um pouquinho, mas não tem tempo porque a sobrecarga de trabalho é grande. Porque se tivesse um pouco mais de recursos humanos ou se tivesse uma psicóloga, um terapeuta ocupacional, que pudesse dar mais apoio, ao que a gente não pode dar por causa da sobrecarga... (Dorothy, Enfermeira).

aqui é muito trabalho, ... muito idoso, ...muito banho no leito, ... muito curativo, ...muito paciente grave (Katharine, Técnica de Enfermagem).

Tem dias que somos duas. Sábado e domingo somos duas e aí não dá. Como é que você vai trocar um paciente que não se move, tipo X, sozinha? Aí você se acaba, depois de um ano você não aguenta mais trabalhar (Martha, Técnica de Enfermagem).

São escassos os estudos que estimam o risco de morbidade física e psiquiátrica de profissionais de enfermagem que lidam com idosos dependentes no contexto hospitalar. No entanto, no ambiente domiciliar, foi demonstrado que a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos de Portugal estava negativamente relacionada com a sobrecarga e morbidade, e positivamente com a satisfação com os amigos (PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Sobrecarga de trabalho e exigência física foram as dificuldades encontradas para o cuidado relatadas por cuidadoras de idosos institucionalizados. A sobrecarga de trabalho compromete o cuidado ao idoso por reduzir o tempo necessário para desempenhar as atividades. O prejuízo percebido é para ambos, cuidadores e idosos. Mobilizar constantemente os idosos para serem transferidos cadeira-leito, dar banho e trocar fraldas são práticas com potencial para gerar problemas de coluna nas cuidadoras (COLOMÉ et al., 2011).

Percebe-se que as profissionais que cuidam de idosos em instituições (ILPIs e hospitais) julgam o cuidado ao idoso negativamente, como um trabalho árduo, penoso, difícil, enquanto as esposas que cuidam de seus maridos dependentes no domicílio, minimizam os efeitos do cuidado solitário e negam o sofrimento proveniente do processo de cuidar (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005). A diferença de comportamento entre o grupo de cuidadoras formal e informal se deve ao significado atribuído pelas primeiras ao cuidado que se presta a um usuário de um serviço, por isso se relaciona às condições de trabalho. No contexto domiciliar, há expectativa social de que o cuidado seja desenvolvido por mulheres da família, por isso é encarado com naturalidade, e elas se encontram resignadas diante desse papel.

Os problemas relacionados às condições precárias de trabalho para o exercício da enfermagem são encontrados desde a origem da profissão. Há registros sobre o trabalho de Nightingale que descrevem sua descomunal jornada de trabalho, a quantidade insuficiente de profissionais para as demandas de cuidados e o impacto do trabalho nas condições de saúde:

Por volta de janeiro de 1855, após certo número de batalhas calamitosas, o número de feridos no hospital aumentou para 12.000 homens. Em cartas que escreveram para casa, suas companheiras e os soldados de quem tratou a descreveram como uma pessoa que trabalhava até a morte, nunca sentava durante as refeições, trabalhando

vinte horas seguidas, cobrindo feridas e cuidando dos moribundos. Alguns dias, ela passava oito horas ajoelhada, cobrindo feridas. Naquele inverno ela atendeu a 2.000 desses moribundos. [...] Inevitavelmente, desmoronou, ficando duas semanas entre a vida e a morte. [...] Não obstante, saiu da guerra com um profundo sentimento de haver falhado, porque havia muito trabalho por ser feito (ICN, 2010, p.6 e 7).

Nos dias atuais, o problema permanece. A enfermeira e professora Collière também advertiu: “Para que cuidar seja suportável, é necessário ter em conta as condições materiais, afetivas e sociais dos cuidados” (COLLIÈRE, 1989, p. 345). Esclareceu também que a avaliação negativa da qualidade dos cuidados de enfermagem pode encontrar refúgio na insuficiência de profissionais e na escassez de tempo, como pode ser observado na justificativa destas profissionais:

Você até quer dar uma atenção especial, você não pode. Não posso disponibilizar 1h, 1:30 minutos, pra cada paciente idoso, que seria o ideal. No preparar o banho, que ele consiga fazer alguma coisa, mesmo devagar, lento. Depois a gente fazer aquela massagem nele, porque tudo tem que ser conversado, tem que ser permitido, eu não posso simplesmente chegar e meter a mão, sem a permissão dele. Criar um vínculo, para que ele confie em mim e permita que eu toque no corpo dele, permita que eu faça tudo aquilo. Então, precisa disso. Mas, você não pode. Tem que ser impessoal, tem que entrar e vamos lá. Dizem as meninas que eu entro meto a mão pro lado, meto a mão pro outro, terminou. Infelizmente não dá tempo. Não dá tempo porque eu tenho que começar a aferir pressão arterial, a gente tem que começar a ver os sinais, depois 8 horas, separar a medicação, tem medicação, e depois tenho que dar os banhos, os curativos, 11 horas tenho que dar a medicação. Então ..., o nosso tempo você vê que é curto, pra dois técnicos de enfermagem pegar uma quantidade de paciente dessa, nessa condição, precisando desses cuidados, muitos idosos, então... é difícil (Florence, Técnica de Enfermagem).

[...] se a gente tivesse mais profissionais pra prestar o cuidado a gente teria mais tempo. Prestaria uma qualidade bem melhor, porque muitas vezes a gente não presta por falta de tempo. Se a gente entra pra dar um banho de leito, já está com o tempo contado, pra fazer esse banho (Calista, Técnica de Enfermagem).

Não são mais os soldados de guerra que exigem grande parte das demandas de cuidados nas décadas iniciais do século XXI. Idosos com doenças crônicas, jovens e adultos incapacitados por acidentes de trânsito, pessoas atingidas ou incapacitadas por arma branca ou arma de fogo, desastres naturais e epidemias (AIDS, Ebola, Dengue, entre outras) mobilizam recursos do sistema de saúde. Por isso, é preciso repensar o cuidado e utilizar melhor as competências das profissionais de enfermagem.

Algumas profissionais demonstraram orgulho em ter realizado todo o serviço de rotina, mesmo trabalhando sozinhas para atender 14 ou 16 pacientes. Para suportar esta sobrecarga de trabalho, contam com a ajuda de cuidadores familiares, cuidadoras contratadas pela família, estagiários e voluntários. Todavia, reconhecem que a qualidade dos cuidados fica comprometida, pois necessitam agir com agilidade, rapidez.

Características das concepções religiosas sobre os cuidados foram também destacadas pelas profissionais que relacionaram qualidade de cuidados a uma identificação, vocação, manifestação de amor e respeito pelo próximo. Nessa perspectiva, os idosos carentes e dependentes necessitam de todo o amor e dedicação da enfermagem.

E, no mais, você tem que se identificar com o que faz. Porque você tem que amar, porque nenhum profissional de enfermagem em nosso país ganha referente ao que ele merece, ao que ele faz, Nenhum. Então, o primeiro ponto é amar, fazer com amor, se colocando no lugar daquela pessoa. Como você gostaria de ser tratado? (Madeleine, Técnica de Enfermagem)

Foi relatado neste estudo que na velhice as pessoas voltam a ser crianças, o que requer muita paciência de quem cuida, quer seja acompanhante ou profissional de enfermagem, conforme observado nestes fragmentos das entrevistas com as enfermeiras:

A gente procura sempre estar orientando, explicando que tem que ter a paciência, que é a idade, que eles vão voltando a ser crianças e tem que ter todo um cuidado, tem que ter uma paciência mesmo (Dorothy, Enfermeira).

[...] a diferença em trabalhar com paciente idoso é que a gente precisa ter realmente muita paciência e dar o carinho, dar a atenção de que eles necessitam nessa idade que eles já estão, e ainda com algumas patologias que precisam de um cuidado mais específico (Lydia, Enfermeira).

A paciência se mostra como uma estratégia eficiente utilizada nas interações do processo de cuidar que previne manifestações de violência. A necessidade de agir com paciência remete à imagem estereotipada da pessoa idosa como carente de afeto e “como criança”. Para as profissionais, é preciso ter paciência para ouvi-los contar suas histórias de vida, dar tempo para que façam lentamente o que necessitam, não levando em consideração os insultos e agressões físicas ou verbais, dentre outros.

Na pesquisa realizada por Batista e Araújo (2011), numa ILPI, as autoras observaram que as cuidadoras consideravam os idosos como vítimas em função do sofrimento físico e psíquico constatado na decrepitude de seu corpo, no abandono familiar, na carência afetiva, na solidão e indiferença com que são tratados na família e sociedade. Para as autoras, a paciência modula o desejo das cuidadoras de revidar agressões realizadas pelos idosos institucionalizados e permite insistir para que aceitem os cuidados de que necessitam.

As práticas de cuidados de enfermagem consideradas mais significativas a partir dos discursos e da observação foram reveladas no “fazer por” ou “ajudar a” pessoa idosa nas atividades básicas de vida diária, ou nos cuidados de manutenção de vida. As técnicas de enfermagem assumem estes cuidados considerados “mais pesados e desprezados, sem

reconhecimento social e econômico” (COLLIÈRE, 1989, p. 343). Nesta categoria, os cuidados com a alimentação, a higiene e a eliminação foram os mais significativos, podendo ser incluídos numa ampla categoria de cuidados direcionados ao corpo da pessoa idosa e às mãos das profissionais, o principal instrumento de trabalho.

Embora pareça, em um primeiro momento, que os cuidados de manutenção de vida tenham apenas uma função biológica (nutrir, limpar, eliminar bactérias, retirar substâncias tóxicas que interferem no funcionamento celular), na verdade, eles extrapolam essa dimensão por requererem uma relação entre o idoso, a profissional de enfermagem e o acompanhante.

Segundo as profissionais de enfermagem deste estudo, o fato de os idosos chamá-las pelo nome retrata um forte vínculo estabelecido entre eles:

E você percebe que o paciente tem um vínculo com você porque ele fica te chamando pelo nome: - Oh fulana! Então parece que você é alguém da família, alguém íntimo dele. Eles não sabem o nome da nutricionista, do fisioterapeuta, às vezes nem do médico, e o nosso ele chama uma, chama a outra pelo nome. Chama uma, chama a outra, pelo primeiro nome. Não é nem Sr<sup>a</sup>, é pelo primeiro nome (Florence, técnica de Enfermagem).

Partindo do pressuposto de que o cuidado requer uma relação entre quem presta e quem recebe a ação, o cuidado sobre o corpo físico é também psicológico e social, uma vez que é intermediado por valores e crenças dos envolvidos no processo. O corpo da pessoa idosa é também simbólico, revestido de história, experiência e subjetividade. Desse modo, pensamos não haver dicotomia entre cuidados objetivos e subjetivos, eles são indissociáveis, pois a subjetividade é inerente ao ser humano.

No entanto, no cotidiano de cuidados prestados no contexto hospitalar e nas instituições públicas, percebe-se que, em várias situações, essa subjetividade é desconsiderada como por exemplo, quando se exige que o paciente idoso tome banho às seis horas da manhã ou faça a sua janta às 18:00h, sendo que esse não era o hábito do idoso; ou ainda, quando tem que ser banhado por uma pessoa de sexo diferente; ou quando expõe seu corpo, desrespeitando sua vergonha e seu pudor, dentre outras.

A maioria dos idosos demonstra sujeição ao modo como o cuidado é prestado pelas profissionais de enfermagem. Poucos relutam para garantir o respeito à sua história e à sua identidade. Em poucas ocasiões, observei concessão quanto ao horário dos banhos. Quem reclamava ficava por último, mas todos eram banhados pela manhã.

O constrangimento ocasionado pela exposição de partes íntimas do corpo foi observado em idosos de ambos os sexos. Chamou atenção a situação de sujeição e vulnerabilidade dos homens idosos a ter que ser cuidados invariavelmente por mulheres.



Acreditam que, quando não têm um acompanhante disponível para efetuar este cuidado, são, inevitavelmente, obrigados a aceitar a ajuda que está disponível, se quiserem recuperar a saúde: - *Devido eu estar precisando, necessitando dos seus cuidados e eu não tenho ninguém pra me cuidar, eu não posso ter vergonha, eu quero é minha saúde (Idoso que teve de expor a região inguinal para uma técnica de enfermagem fazer o curativo decorrente de herniorrafia).*

O comportamento agressivo do idoso durante os cuidados foi registrado neste relato: *Muitos são grossos, têm muitos idosos que batem na gente. Cansei de apanhar aqui, mas isso é normal, a gente já se acostumou. Não tem jeito (Katharine, Técnica de enfermagem).* Na prática, a agitação de alguns idosos era decorrente de alterações cognitivas, e, quase sempre, contornadas pela presença dos familiares ou por uma conversa com a enfermeira. Em última instância, chamavam o médico socorrista para prescrever medicação quando as profissionais percebiam que o comportamento trazia risco para a segurança do próprio idoso e dos demais internados. A contenção foi utilizada em poucas circunstâncias e, logo que o idoso se acalmava, era retirada. A proteção dos punhos era realizada com compressas ou improvisada com fralda descartável.

As profissionais de enfermagem sabiam situar no tempo cada atividade realizada, como em um ritual diário de cuidados, uma rotina a ser cumprida para organizar o serviço e garantir que os cuidados básicos fossem prestados a todos os pacientes:

A rotina é assim: a gente chega de manhã, pega o plantão, a colega nos passa tudo o que aconteceu durante o período das 12 horas anteriores. Aí eu vou separar a medicação. Vou olhar todos os cartões pra ver quem tem medicação das 7, das 8, das 9 que são os três primeiros horários. Enquanto eu estou separando esses três horários de medicações, a colega já está passando de leito em leito aferindo os sinais. Aí depois disso, nós vamos selecionar quem é banho no leito, quem é banho de cadeira, quem é que vai deambulando. Aí a gente vai, põe primeiro os que estão deambulando pra tomar banho, aí depois a gente leva os de cadeira, aí depois nós vamos dar os banhos no leito. Quando a gente termina os banhos no leito, nós vamos para os curativos daqueles que foram de cadeira, ou deambulando. Aí vamos fazer os curativos. Com isso já se deu 10:30, 11 horas (sorriu). Aí vamos para nebulização e glicemia e medicação das 11h. Aí a gente faz a medicação das 11h, terminou, já está dando meio-dia. Vem a alimentação do paciente, ele se alimenta. Tem a medicação das 13, 14h, aí tem a medicação das 16,17,18 e 19h. Nesses intervalos a gente vê, quem precisa trocar, quem precisa de mudança de decúbito, a gente já fez nesses intervalos também as mudanças de decúbito de quem precisa, já viu quem perdeu o acesso e já puncionou novo acesso, já viu quem teve alguma intercorrência fora da rotina dele e já fez medicação específica, já chamou o socorrista, já acionou a enfermeira, já viu aquele que tá criando uma escara, já aciona a enfermeira para providenciar um colchão casca de ovo, um Duoderm pra colocar, e aí passou. Começa tudo de novo, até chegar 7 horas da noite. E estamos felizes, a rotina é muito intensa (Florence, Técnica de Enfermagem).

As condições precárias do ambiente também foram determinantes para o cuidado ser designado como exigente: *Eu acredito assim, a gente, não tem, por exemplo, equipamentos, estrutura, por exemplo, piso antiderrapante, corrimãos na enfermaria, cadeiras de rodas em número suficiente... Então, essa estrutura física e de equipamentos, a gente tem essa limitação no setor (Jean, Enfermeira).*

Uma estrutura física adequada oferece segurança à pessoa idosa, aumenta sua independência, alivia a sobrecarga de trabalho de enfermagem e previne problemas de saúde resultantes do trabalho destas profissionais. O uso de instrumentos e tecnologias de compensação para funções motoras comprometidas, ou posturais é escasso e, por vezes desconhecidos. Falta mobiliário simples como mesas de apoio para que o idoso possa se alimentar sozinho ou talheres adaptados para deficiências funcionais.

De modo contraditório, as profissionais percebem que o desenvolvimento tecnológico na área de saúde, permite atendimento de pessoas com graus variados de complexidade. Em algumas circunstâncias, quando as vagas de UTI são menores que a demanda ou em casos de doenças crônicas progressivas, os idosos podem permanecer nas enfermarias com ventiladores mecânicos, monitorizados, mas sem recursos profissionais em quantidade adequada para atendê-los.

Diante de todo este contexto de cuidado, os resultados obtidos com as práticas das profissionais de enfermagem nem sempre são desejáveis. Podem ser visualizadas como contradições do cuidado, o que causa certo grau de frustração nas cuidadoras formais. Collière (1989, p.312) afirma que esses cuidados têm poder redutor sobre as capacidades dos utilizadores. A enfermagem não os desenvolve de modo intencional, mas representa uma dificuldade das prestadoras de cuidados em identificar o que os pacientes podem ou sabem fazer por si próprios e o que lhes dá desejo e gosto de viver.

O abandono do idoso pela família e os maus-tratos sofridos no domicílio foram retratados como experiências envolventes no cuidado ao idoso hospitalizado.

A situação de descaso da família para com o idoso é marcante, entendeu? Teve um idoso aqui uma vez que foi abandonado pela família e o Ministério Público veio buscar. Então, aquilo me marcou porque foi assim àquela disputa, na mesma hora o filho apareceu, aquela coisa toda. Mas o idoso, você via mesmo que ele estava um idoso largado, abandonado, sem cuidado nenhum, precário, insatisfatória a higienização (Faye, Técnica de Enfermagem).

Tinha um homem aí que não era daqui do município, acho que era da cidade X. Então, esse homem saiu da UTI, ficou aqui, no leito 06, ficou mais de 20 dias, e nenhum parente veio assim ter um contato se estava vivo ou morto. Não veio ninguém. Esse homem ficou aqui e o Serviço Social entrou em contato com a prefeitura e com os familiares. Veio a ambulância, não apareceu nenhum parente.

Então assim, eu fico me perguntando, será que a deficiência está no Serviço Social, nos parentes? Em quem está essa deficiência? Porque é muita deficiência, é falta de diálogo. Os idosos que ficam aqui abandonados são rejeitados pela família. Porque já teve caso aqui que a filha mesmo falou: - Eu vou levar ele pra quê? Pra ficar lá em casa me abusando, cagando, obrando e eu não ir pra festa? (Dorothea, Técnica de Enfermagem).

Embora seja obrigatório aos profissionais denunciarem qualquer tipo de violência, seja ela uma suspeita ou uma constatação, não observei nenhuma denúncia durante o período em que estive em campo. Tanto a conduta observada quanto a revelada foi a de acionar o serviço de assistência social e a psicologia.

A gente fala com a Assistente Social do Hospital pra entrar em contato com alguém da família. O paciente precisa de acompanhante, o número de funcionários é reduzido. Não dá pra ficar o tempo todo cuidando. Aí a Assistente Social, geralmente entra em contato com alguém da família. Às vezes vem, às vezes elas dão o retorno: - Olha, não tem ninguém pra ir ficar com ele. Aí a gente cuida mesmo, fica aí a maior parte do tempo (Ida, Enfermeira).

O abandono de idosos é um fenômeno de ocorrência mundial que sempre existiu no interior das famílias, mas que, agora, diante do envelhecimento populacional, do momento de maior acesso aos serviços de saúde e efervescência de medidas protetivas de violência contra pessoas idosas, se tornou mais visível. No Brasil, assim como em quase todos os países do mundo, deixar o idoso desamparado é considerado crime. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) dispõe em seu Artigo 98 a seguinte cláusula: “abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado, é passível de pena de detenção de seis meses a três anos e multa”. Em seu Artigo 18, estabelece que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra idosos devem ser obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde aos órgãos competentes.

Em Portugal, tem sido veiculada na mídia a problemática do aumento do número de idosos abandonados nos hospitais. Doenças crônicas comuns na velhice provocam dependência em idosos e as famílias alegam não ter condições de recebê-los em casa. Assim, os familiares passam a ter um comportamento evasivo de não visita-los, desaparecer, não atender telefone do Serviço Social e protelar a alta, denominadas “altas problemáticas”. Cada vez um número maior de idosos permanece internado por motivos sociais e não por necessitarem de cuidados médicos. Esta situação é mais comum em idosos com psicopatias e que necessitam de acompanhamento psiquiátrico, o que dificulta seu ingresso até mesmo em

ILPIs. O governo português estuda até a possibilidade de adaptar escolas desativadas para acolher idosos abandonados em hospitais (MANETA, 2010; LUÍS, 2015).

Os idosos desamparados não escondem a tristeza em virtude do sentimento de abandono e solidão. Choram, ficam cabisbaixos, retraídos, viram-se para a parede, recusam alimentação, manifestam desejo de morrer ou gratidão extrema frente a qualquer cuidado de enfermagem como, por exemplo, oferecer-lhes um copo d'água.

No México, 49% dos idosos viúvos internados em hospital se percebem abandonados, 18% crêem que é pela velhice, 13% por sua enfermidade, 31% não recebem visitas desde que foram hospitalizados (RAMOS; BARRIOS; MENDOZA, 2012). Numa etnografia realizada no Peru para investigar o fenômeno do abandono de crianças e idosos de Ayacucho, concluiu-se que, nesta região, a educação é vista como um talismã, capaz de transformar pessoas simples em pessoas de sucesso profissional. Assim, os filhos lembram-se de seus pais pela educação que foram capazes de lhes proporcionar e galgar um bom trabalho. O fato de não terem cumprido este papel pode contribuir para que os idosos sejam indesejados pelos seus filhos. Além disso, famílias pobres com idosos dependentes têm menos mobilidade e um orçamento mais dispendioso, constituindo-se um obstáculo, um inconveniente e um incômodo (LEINAWEAVER, 2010).

Neste estudo, as profissionais de enfermagem demonstraram compreender o abandono de idosos no hospital, por seus familiares como uma atitude reveladora da precarização das relações familiares e da falta de solidariedade geracional. Muitas famílias têm receio de levar o idoso dependente para casa e não saber cuidar, não ter recursos para tal e ter que deixar o emprego para cuidar do idoso, o que comprometeria a sobrevivência dos demais. Algumas profissionais admitem que o abandono de idosos é fruto de uma relação pregressa muito conflituosa, em que primeiro o idoso abandonou a família e agora recebe dessa uma atitude semelhante.

Quanto às condições estruturais da unidade, a equipe de enfermagem tem expectativa de que a instituição adeque as condições do ambiente para os idosos, contrate mais profissionais e promova cursos de aperfeiçoamento para o cuidado específico a esta clientela.

Eu acredito que a curto prazo, a gente poderia estar se atualizando em gerontologia, em geriatria porque pode a ter ser que a gente até esteja realizando o cuidado de enfermagem numa visão do que a gente acha que está correto, pelo que a gente estudou. Eu mesmo já tenho mais de 10 anos de formada. Então, eu vi geriatria, tenho conhecimento, mas a gente sabe que as coisas atualizam, mudam numa velocidade muito grande. Então eu acredito que a curto prazo poderia está revendo a questão das nossas práticas com capacitação, com atualização. Acho que basicamente isso a curto prazo (Jean, Enfermeira).

Adequar a quantidade de profissionais do setor pra quantidade de pacientes graves que a gente tem, não só idoso, mas aí adequaria a quantidade de profissional. E faria a Sistematização da Assistência porque planejaria melhor a assistência ficaria organizada, padronizada, a gente teria como avaliar se teve uma melhora, ou não, em quanto tempo teve essa melhora, ou não. Mas, sem fazer a sistematização, fica difícil (Ida, Enfermeira).

Mudar essas camas, colocar também umas cortinas, pra ter privacidade. Esses dias mudou os colchões, mas tinha que mudar eram as camas, pra colocar uma cama mais prática que no Hospital da Bahia tem. E por exemplo, em cada um quarto botasse um banheiro grande. Por exemplo, cada cadeira que tiver em um quarto ninguém tira porque é daquele quarto e é daquele banheiro, pra ficar ali (Dorothea, Técnica de Enfermagem).

Na maioria das sugestões para melhorar os cuidados prestados aos idosos hospitalizados, as profissionais de enfermagem assumem uma posição passiva no processo, o que demonstra maior necessidade de reflexão também sobre a sua responsabilidade e dever em “aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão” (COFEN, 2007, Art. 14).

Enfim, para as profissionais de enfermagem participantes deste estudo, cuidar de um idoso em um hospital público do nordeste brasileiro, é um trabalho exigente e envolvente, para o qual não se percebem preparadas, principalmente quando se trata da abordagem dos aspectos psicossociais. Relacionam o cuidado do idoso à multidimensionalidade humana, mais priorizam os cuidados diretos apenas com o corpo biológico. Reconhecem fazer parte de seu cotidiano e serem “muito pesados”, por isso, necessitam ser compartilhados com a família.

Na realização destes cuidados, interferem as características do idoso e de sua doença, das profissionais de enfermagem, das crenças e valores dos envolvidos no cuidado, além dos recursos estruturais, humanos e materiais e da organização institucional do trabalho de enfermagem, cujos resultados são dependentes de participação intersetorial e multiprofissional.

A sobrecarga percebida se deve às condições desfavoráveis para o cuidado e por estarem associada ao cuidado dos demais pacientes que, embora jovens, também exibem algum grau de dependência da enfermagem. Por isso, nem sempre o resultado alcançado atinge seu objetivo primeiro, que é promover a vida e o bem-estar do idoso hospitalizado, podendo até gerar sofrimento, agravar a dependência e restringir a autonomia. As profissionais não questionam o ato de ter que prestar os cuidados, mas as condições para realizá-los.

Não obstante reconhecerem o árduo trabalho que estão a realizar, as profissionais de enfermagem participantes deste estudo se sentem felizes em desempenhá-lo e não manifestam desejo de mudar de setor. Elas aprendem a cuidar melhor na lida diária com as necessidades de saúde e doença do idoso e com a sua história de vida, oferecendo-lhes possibilidade de refletirem sobre a própria vida e sobre o processo de envelhecimento.

Cuidar de idosos no hospital é uma exigência das transformações demográfica e epidemiológica, do modelo de assistência à saúde e da complexidade dos problemas apresentados pelo idoso. As profissionais de enfermagem estão inseridas em um contexto de cuidado institucional de regras rígidas, orientado pelo modelo biomédico, onde se encontram sobrecarregadas de atividades, em ambientes não adaptados para pessoas idosas e com pouca qualificação para o cuidado específico. Mas, ainda assim, lutam para que os idosos dependentes permaneçam vivos e não se sintam violados em sua dignidade. Por isso, devem ser reconhecidas pelo incansável papel que desempenham.

Esta complexa realidade de saúde física e psicossocial do idoso aumenta ainda mais a responsabilidade da enfermagem em promover cuidados mais congruentes com as necessidades desses usuários e de suas famílias. Também se torna imperativo o compromisso a ser assumido pelos gestores de instituições hospitalares com vistas a possibilitar que as profissionais de enfermagem estejam satisfeitas com a qualidade dos cuidados prestados e as pessoas idosas e seus acompanhantes, com os cuidados recebidos.

### 6.3 CUIDAR DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA É COMPARTILHAR RESPONSABILIDADES COM SEUS ACOMPANHANTES

A família foi e continuará sendo o principal recurso de apoio para idosos dependentes. A participação de seus membros, em especial da mulher, no espaço privado dos domicílios é reconhecida como de fundamental importância para idosos cuja capacidade funcional encontra-se prejudicada.

A participação da família nos cuidados ao idoso transcendeu o espaço privado dos domicílios e se estendeu aos hospitais, espaços públicos onde predominam os cuidados formais desenvolvidos pela equipe de enfermagem. Essa convivência e interação diária com o acompanhante é passível de conflitos, advindos de expectativas frustradas tanto do profissional quanto do familiar, de diferentes modos de ver o processo saúde-doença e conseqüentemente, de produzir o cuidado.

No Brasil, a presença do familiar ou acompanhante do idoso no ambiente hospitalar, foi viabilizada no final da década de 90 por meio da Portaria N° 280/99 (BRASIL, 1999). Em 2003, foi regulamentado o Estatuto do Idoso que, em seu artigo 16 tornou, a presença do acompanhante um direito assegurado para as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). No entanto não é apenas de um aspecto legitimado sobre o qual pretendemos tratar, mas do status simbólico assumido pelos acompanhantes dos idosos, os quais já fazem parte da cultura dos cuidados ao idoso hospitalizado.

Esse pensamento se fundamenta na concepção de cultura como um código compartilhado por um grupo social, o qual é aprendido dentro desse grupo, ou seja, ao mesmo tempo em que esse código foi tecido pelo grupo, o grupo se encontra amarrado a ele (GEERTZ, 2008).

O espaço hospitalar é um local onde predomina o saber técnico e científico. Esse tipo de saber foi durante muito tempo concebido pelos profissionais de saúde sob uma perspectiva etnocêntrica e preconceituosa, renegando o saber das famílias, como primitivo ou atrasado. O saber do profissional era utilizado como parâmetro para julgar o saber do paciente e de sua família como inferiores e a participação de cuidadores familiares no cuidado hospitalar era percebido como um problema.

O processo de mudança desta concepção faz parte de uma Política de Humanização do cuidado, na qual se percebe a riqueza do compartilhamento de saberes, da influência benéfica da família para o tratamento da pessoa hospitalizada, tanto do ponto de vista afetivo quanto da provisão de cuidados, e da necessidade de preparo da família para alta. Assim, o saber e o cuidado prestados pela família passaram a ser vistos numa perspectiva do relativismo, não como bons ou ruins, mas como diferentes e, por isso, devem ser respeitados.

No hospital, o cuidado prestado por familiares ao idoso não é manifestação livre de seu saber, mas do modo como os acompanhantes interpretam as informações dos profissionais. Trata-se de um cuidado orientado e supervisionado em que a enfermagem tem oportunidade de conhecer e interagir um pouco mais com o contexto de vida do idoso. Assim, “durante a internação a família não abandona os seus referenciais de cuidado, ao contrário, acomoda-os, repadroniza-os, acrescentando a estes referenciais novas referências que a instrumentaliza melhor para cuidar, neste momento” (GOMES; ERDMANN, 2005, p.24).

A presença dos visitantes e acompanhantes dos idosos nas unidades de internação, se traduz em “uma forma de garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente” (BRASIL, 2007, p.3).

Nessa nova perspectiva, o planejamento e as práticas de cuidados ao idoso visam à autonomia. A pessoa idosa é concebida em seu contexto sociocultural e as manifestações da doença que o aflige passam a ser vistas a partir do que é capaz de interferir no viver. A presença do acompanhante “permite à pessoa doente ou hospitalizada a descobrir o sentido e o valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesma” (BRASIL, 2007, p.4). O cuidado em sua presença gera segurança, confiança e possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. O acompanhante é, pois, parte integrante do projeto terapêutico do idoso, proposto pela enfermagem.

Considerando essencial a percepção da equipe de enfermagem de que o cuidado com o idoso hospitalizado é um trabalho exigente e envolvente, a função do acompanhante é ressignificada para suprir a escassez de profissionais nas demandas de cuidados. A relação entre os profissionais de enfermagem e os acompanhantes foi considerada pelas participantes como heterogênea, permeada por momentos de conflitos e convivência harmoniosa.

A maior prevalência de idosos dependentes admitidos no hospital aumenta as demandas de cuidados e, na maioria dessas instituições, as profissionais de enfermagem não estão em quantidade e qualidade suficientes para atender as necessidades multidimensionais do idoso. Em muitas situações, o acompanhante assume o déficit na provisão de cuidados ao idoso (LENDÍNEZ et al., 2007).

Sob a ótica das trabalhadoras de enfermagem participantes deste estudo, os acompanhantes foram qualificados com atributos positivos e negativos. Na visão de mundo delas, um bom acompanhante se caracteriza por: ser prestativo; sinalizar as necessidades do idoso para a equipe; mostrar-se preocupado com a condição do idoso; cuidar bem; ajudar; auxiliar; “ser bacana”; fazer o paciente se sentir seguro ao seu lado; questionar sobre o tratamento do idoso; estar para ajudar; ser aliado, parceiro e amoroso; “chegar rente” com a equipe, ou seja, estar sempre próximo, assíduo e constante.

O acompanhante “ruim” tem o seguinte comportamento, segundo as participantes do estudo: são exigentes; não cumprem a sua parte nos cuidados; ficam sentados olhando e não querem colaborar; solicitam a enfermagem a todo o tempo; interferem na conduta da enfermagem; não cumprem as regras de convivência no contexto hospitalar; não trocam a fralda do idoso; não se interessam pelo tratamento do idoso nem em aprender a cuidar dele; oferecem desculpas para não cuidar; são resistentes, complicados, agressivos, deixando o idoso agitado e nervoso na sua presença; dá mais trabalho que o próprio paciente; são incompreensíveis; não têm paciência com o idoso; e requerem que a enfermagem dê remédio ao idoso à noite para que possam descansar.



Com base nos discursos e nas práticas de cuidados observadas, há grande expectativa por parte das profissionais de enfermagem para que o acompanhante compartilhe responsabilidades com o cuidado do idoso hospitalizado. Valorizam a habilidade do acompanhante para realizar cuidados como corpo do idoso. Os familiares que não procedem assim são avaliados negativamente como pessoas ruins, preguiçosas, que não demonstram amor e solidariedade para como idoso. “Tudo gira ao redor do cuidar bem/cuidar mal”, como também foi observado na participação de famílias numa unidade pediátrica e de alojamento conjunto (MONTICELLI; BOEHS, 2007).

Ter a família como parte do projeto de cuidados de enfermagem com o idoso hospitalizado implica na necessidade de despir-se de preconceitos, pensar no papel do acompanhante para além dos cuidados diretos com o corpo, conhecer um pouco sobre a relação que o acompanhante tinha com o idoso antes da hospitalização, evitar fazer julgamentos precipitados, reconhecer a trajetória de vida desses cuidadores leigos e se informar sobre como o adoecimento do idoso mudou os planos traçados.

Algumas profissionais de enfermagem já estão sensibilizadas para não julgar, mas compreender as atitudes desses acompanhantes, como pode ser constatado em parte desta entrevista concedida por uma técnica de enfermagem:

A questão do acompanhante é que ele é leigo no assunto e é claro, tem a questão dele ser leigo, e tem a questão dele ser família. O problema da minha família pode ser pequenininho e o da tua maior. Porém, eu acho que o da minha família é o mais importante. E o acompanhante vê dessa forma e por ele ser leigo, ele acha que tudo é emergência. Se ele chamou naquele momento e você não pode atender, até porque estava tratando de outro assunto mais urgente naquele momento, aí ele já começa a reclamar que o paciente tá largado, que ninguém faz nada, que o paciente tá morrendo e ninguém faz nada, quando na verdade, não é nada disso. Porém, existe um outro fator. É o familiar que está do lado, então o paciente fica mais calmo porque tem alguém da família perto, então ele se sente mais seguro. Tem aquele que indaga tudo o que a gente está administrando, tem aquele acompanhante que veio pra nos ajudar. E também tem aquele que assume não só o dele, mas os dos outros. Aí ajuda a trocar uma fralda, dá banho no paciente dele, dá a alimentação do outro, avisa a enfermeira que o soro dali tá acabando, então de uma forma que te ajuda. Então, tem esses prós e contra. A gente não pode generalizar e dizer que não deveria ter acompanhante. Tem que ter, mas também o acompanhante chega e não tem informação nenhuma, nós devemos preparar o acompanhante, dar um relatorozinho a ele, alguma coisa informando a ele qual é a função dele, o que ele deve fazer, o que não deve fazer, quando fazer, quando deve estar chamando a enfermeira, o médico, pra que ele tenha uma noção. Porque ele chega leigo, não sabe nada, então se o paciente diz: aí, ele já entra em desespero (Florence, Técnica de enfermagem).

Outro aspecto abordado pelas profissionais de enfermagem participantes do estudo foi a limitação do acompanhante de idosos para o cuidado, resultante da idade do familiar ou da dependência química.

[...] já aconteceu aqui de ter um paciente bem grave internado, já evoluindo pra óbito e a esposa dele só chegava aqui alcoolizada. É uma situação bem complicada. O paciente fica o dia todo sozinho, carente, numa situação... A mulher quando chega, chega alcoolizada. É uma situação bem difícil. Aí a gente procura o Serviço Social (Dorothy, Enfermeira).

Aqui o que acontece muito é a família que não vem. [...] os filhos não querem vir, aí vem a esposa que já tem mais de 60 anos e não aguenta. Não aguenta ficar em pé, não aguenta fazer nada, não aguenta ajudar. Aí ela fica estressada porque ela solicita, quer que a gente venha o tempo todo e a gente não pode. Então assim, é complicado. A família não quer vir, às vezes tem discussão também aqui. Filhos alcoolatras vêm pegar o cartão, essas coisas, a gente sempre presencia aqui. Mas, aqui a gente chama o Serviço Social e tenta resolver (Imógenes, Técnica de Enfermagem).

Nas circunstâncias em que o relacionamento com o acompanhante torna-se conflituoso, a presença do Serviço Social é requerida, a fim de auxiliar a encontrar uma convivência harmoniosa, facilitadora do processo de cuidado. No entanto, a equipe de enfermagem reconhece que o potencial do Serviço Social para facilitar a inserção da família no cuidado está pouco explorado no hospital investigado:

[...] Mas, eu acredito também que passa pela questão de a gente não ter um Serviço Social atuante. Eu falo isso porque assim, eu já tive internada com meu pai, ele é idoso e assim, não só porque eu era enfermeira eu participava do cuidado, porque quando eu fui internada com ele eu passei primeiro por uma orientação no Serviço Social, eu recebi um folder do hospital, com horário, com locais onde a gente podia levar, atividades que a gente tinha que fazer. Então eu acho que tudo isso a gente precisava ter aqui com o acompanhante dos idosos, pra gente ter eles como colaboradores da enfermagem, de toda a equipe na verdade (Jean, Enfermeira).

As profissionais de enfermagem são responsáveis por orientar e supervisionar os cuidados prestados por familiares ao idoso hospitalizado e também por orientar medidas de biossegurança e noções básicas sobre prevenção de infecção hospitalar. Além da perspectiva educativa, a enfermagem assegura acomodação e alimentação aos acompanhantes, providenciando ao menos uma cadeira para que possa descansar ao lado do paciente e oferecendo um cartão de identificação como acompanhante de idoso para que esse tenha acesso ao refeitório.

O processo de aprendizado do cuidado pelo acompanhante é gradual, iniciado por tarefas simples como auxiliar na higiene bucal do idoso, oferecer a dieta, posicioná-lo no leito, entre outras. Os acompanhantes também aprendem com a observação do cuidado prestado por outros acompanhantes. Alguns se sentem incomodados com a presença de sangue, vômito, fezes ou urina, com a exposição das feridas durante os curativos, e saem durante esses cuidados. Em geral, em uma semana, os acompanhantes já se encontram ambientados e já assimilaram grande parte das orientações. Outros acompanhantes já

cuidavam do idoso no domicílio e estão inteirados quanto aos cuidados com a higiene e hábitos do idoso. Esses aproveitam o contato com a equipe profissional para aprimorar seus conhecimentos e retirar dúvidas.

Os familiares de idosos com doença grave e dependência progressiva, sentem temor em realizar algo que prejudique a saúde do idoso e demoram um pouco mais para se adaptar quando o paciente se encontra com alguns dispositivos, como: gastrostomia, cateter central, traqueostomia e respiradores. Não é somente o fato da existência de um aparato tecnológico que assusta esses cuidadores, mas encontram-se aflitos em ver a vida de seu ente querido tão fragilizada e passível de ser interrompida a qualquer momento. Não sabem como lidar com o sofrimento contínuo e contam com o auxílio da espiritualidade para suportar os momentos difíceis.

A acompanhante do idoso do L.16 estava chorosa, lia a Bíblia e clamava angustiada: “– Senhor, apressa-te em socorrer-me!!! Toma uma providência na vida (ficou em silêncio e apontou para o eu esposo acamado). Já um ano e oito meses aqui, dependente... (em silêncio apontou para o ventilador mecânico). Deus sabe que as minhas forças estão se esgotando, tudo o que eu podia eu já fiz. Não tenho prazer em ver ele nesta situação, o O Pai (aponta para o alto) com certeza, também não”. Confessou que precisava ir à igreja naquela noite (Registro do diário de campo, março de 2013).

Neste estudo, observou-se que a internação prolongada do idoso (em alguns casos superior a dois anos) leva a um esgotamento mental e físico da família, em especial, da acompanhante principal que abandona os seus projetos de vida em curso para se dedicar exclusivamente às necessidades do idoso. Sente-se frustrada ao perceber que tanto empenho não se reverte em melhora do seu estado de saúde. Essa é uma condição peculiar, em que a enfermagem deve “compensar temporariamente o que uma família já não pode fazer, substituir, intermediar uma situação: cuidar é acompanhar passagens difíceis da vida, tanto para as pessoas cuidadas como para as famílias” (COLLIÈRE, 2003, p. 383). As poucas famílias que possuíam algum recurso contrataram o serviço de um cuidador leigo ou de um técnico de enfermagem recém-formado, para garantir acompanhamento ininterrupto ao idoso hospitalizado.

A interpretação dos dados coletados dá indícios de que a participação da família do idoso no contexto hospitalar se materializa na figura do acompanhante, pessoa com a qual a enfermagem compartilha as responsabilidades do cuidado. A necessidade de descanso (revezamento) do acompanhante dá a equipe de enfermagem a oportunidade de entrar em contato com vários membros da família do idoso, captando um pouco da dinâmica dessa, de seus limites e potencialidades.

Não obstante se reconheça os benefícios da presença do acompanhante para o bem-estar psicológico e físico do idoso, as profissionais de enfermagem valorizam mais os aspectos biológicos do cuidado. Julgam os acompanhantes dos idosos em “bons ou ruins” de acordo com características dos cuidados que prestam e com a natureza das relações que mantêm com os idosos e com a equipe. As trabalhadoras de enfermagem consideram como ideal o acompanhante que não atrapalha o serviço de enfermagem, colabora nos cuidados com o idoso e supre suas necessidades afetivas, demonstrando que sofrem ainda forte influência do modelo biomédico.

Muito embora a presença dos acompanhantes já esteja arraigada, a cultura de cuidados ao idoso, no hospital investigado, ainda não há ações sistematizadas para integrá-los nessa atividade. O processo de acolhimento e orientação dos membros da família ocorre sem avaliação dos resultados e sem definir com clareza o papel que cada um deve exercer.

Os acompanhantes transgridem as regras principalmente no que concerne a: manter a unidade organizada; não oferecer alimentos e bebidas do espaço externo para os idosos internados; não circular pelas outras unidades; não fazer barulho; não entrar no posto de enfermagem para pegar materiais; e não deitar na cama do paciente.

Na unidade hospitalar investigada, quase sempre, a presença do acompanhante do idoso ajudou a enfermagem a estreitar os vínculos com a família e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa. Nesse sentido, é importante que os acompanhantes sejam acolhidos e apoiados no contexto hospitalar e que sejam pesquisados e implementados modelos de cuidados que permitam ampliar e reforçar as conexões já estabelecidas com a família dos idosos dependentes.

## **7 REFLEXÕES SOBRE OS MODOS DE CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS**

Após a interpretação e compreensão das práticas de cuidados de enfermagem com idosos hospitalizados e dos significados atribuídos a elas no contexto em que se desenvolvem, foi possível observar que a equipe de enfermagem e o hospital estão se adaptando às novas perspectivas de cuidados no contexto hospitalar. Nesta transição de antigos para novos paradigmas, a enfermagem convive, ao mesmo tempo, com discursos modernos e velhas práticas das quais sente dificuldades de desvencilhar-se dada a natureza das relações estabelecidas, o protagonismo do idoso e de sua família e a função da instituição hospitalar no modelo de assistência à saúde vigente.

Tanto os hospitais quanto os profissionais de saúde não estão preparados adequadamente para atender às necessidades das pessoas idosas hospitalizadas e das famílias que as acompanham. Muitas dessas instituições públicas no Brasil ainda convivem com os problemas crônicos relativos à insuficiência de recursos humanos, materiais e estruturais, além de trabalharem sob forte influência do modelo biomédico e das relações desiguais de poder entre os profissionais de saúde. Essas dificuldades se somam às resultantes dessa nova demanda de usuários do sistema.

Os resultados deste estudo mostram que o serviço de enfermagem é intensamente impactado pela maior prevalência de idosos hospitalizados. Por isso, as profissionais de enfermagem precisam ser encorajadas e apoiadas a fim de que possam estabelecer novos modelos de cuidados, mais congruentes com a percepção do idoso como cidadão de direitos. Contudo, em primeiro lugar, precisam reconhecer e transpôr as barreiras impostas pelas suas crenças e valores em relação à pessoa idosa, vistas por este grupo como dependentes, carentes e que se assemelham às crianças.

Estar presente por um tempo prolongado na CM possibilitou que as profissionais agissem com naturalidade tanto em suas práticas, quanto em seus diálogos com a equipe e com os acompanhantes. Por meio de seus discursos e de suas práticas cotidianas, as trabalhadoras de enfermagem revelaram a cultura de cuidados a idosos hospitalizados, descrevendo seu ambiente de trabalho numa perspectiva estrutural e sociocultural: a dinâmica das relações com o idoso, com a família, com a equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde; a rotina de cuidados; as demandas inerentes da dependência do idoso; o trabalho árduo e absorvente tanto do ponto de vista físico quanto afetivo; e a solidão dos idosos abandonados por suas famílias no hospital.

Fizeram parte deste estudo 21 profissionais, todas do sexo feminino: seis enfermeiras e quinze técnicas de enfermagem. A mais jovem delas tinha 25 anos e a mais velha, 42 anos. A maioria dessas profissionais afirmou ter em sua formação disciplina(s) com conteúdo(s) referente aos cuidados de pessoas idosas e avaliou como satisfatório o seu conhecimento em gerontogeriatrics. Somente cinco delas realizaram após a formação algum curso de qualificação e atualização em gerontogeriatrics.

Os dados mostram que as mulheres são as responsáveis pela prestação de cuidados às pessoas idosas enfermas internadas na CM. Neste caso, em específico, foram exclusivas. A profissão de enfermagem é marcada pelo predomínio feminino e as implicações de gênero para a profissão foram assim definidas por Coelho:

Uma vez desvalorizado o trabalho que as mulheres realizam no âmbito doméstico e sendo o cuidar profissional, em muitos momentos, confundido com o que se dá nesse espaço, há uma estreita relação entre o lugar social de mulheres e de enfermeiras (COELHO, 2005, p.346).

Desse modo, se observa a propagação de características presentes no espaço privado dos domicílios para o mundo do cuidado formal. No interior das famílias, quando a mulher não exerce sozinha a função de cuidadora, assume a responsabilidade principal nos cuidados ao idoso (VILELA et al., 2006). Essa é uma realidade não só do Brasil, mas constitui uma expectativa em muitas outras sociedades e em países distintos, como por exemplo, nos Estados Unidos e na Austrália. Isso não quer dizer que os homens não cuidem também, mas, sim, que quando o fazem estão principalmente em posição secundária (IMSERO, 2008). Nesse sentido, permanece na sociedade a naturalização feminina do cuidado.

Outro aspecto que merece destaque é o grupo etário das profissionais de enfermagem. Elas estão em idade adulta jovem, o que lhes confere maior compreensão sobre a enfermidade no viver de crianças, adolescentes e adultos. Compreender o impacto causado pela doença e hospitalização no viver da pessoa idosa requer das jovens profissionais uma relação empática e respeitosa capaz de valorizar as necessidades identificadas ou relatadas pelos idosos. Por sua vez, muitos idosos podem se sentir desconfortáveis dentro dessa relação, pois as jovens profissionais podem ser associadas a suas netas e filhas mais jovens, causando-lhes constrangimento, especialmente, no que se trata de cuidados com seus corpos.

Os idosos internados no hospital investigado que estavam sob os cuidados da equipe de enfermagem foram internados, principalmente, por doenças do Sistema Cardiovascular, Endócrino, Respiratório, Digestório e Distúrbios Oncológicos. Essas são doenças passíveis de prevenção e controle na Atenção Básica. Os internamentos por essas causas refletem um

gerenciamento inadequado dessas enfermidades nas assistências primária e secundária e demonstram a necessidade de maiores investimentos em pesquisa e implementação de modelos de cuidados mais eficazes no controle de doenças crônicas.

Referindo-se à estrutura hospitalar para atender à pessoa idosa, este estudo mostrou que os idosos têm a privacidade e o conforto comprometidos quando internados em enfermarias com mais de três leitos. A distância entre o leito dos pacientes e os banheiros, bem como os corredores estreitos e sem corrimãos, dificultam o deslocamento, a independência e, conseqüentemente, comprometem a segurança desses pacientes. Não há mesas de apoio para as refeições dos idosos e os acompanhantes descansam em papelões no chão, em cadeiras e, até no mesmo, leito do paciente, sem qualquer conforto.

Sobre o aspecto estrutural dos serviços hospitalares para o atendimento aos idosos, um estudo anterior, realizado em instituições e contextos diferentes, encontrou resultados semelhantes ao desta pesquisa. Lima e colaboradores descreveram: “Ao darem entrada nos hospitais, em geral se inicia um novo drama para os idosos, em razão de a estrutura existente não permitir a presença dos familiares, além de as unidades não disporem de pessoal de enfermagem em número suficiente para oferecer os cuidados que um idoso traumatizado necessita” (LIMA et al., 2010, p.2695).

Quanto aos aspectos socioculturais relativos à Clínica Médica, local onde esta pesquisa foi desenvolvida, é possível observar similaridades com a história dos hospitais e asilos de velhos, pois, em seu início, ambos abrigavam idosos em situação de pobreza e exclusão social (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2008; FOUCAULT, 2011). Com base nos resultados obtidos, há indícios de que a imagem negativa veiculada às instituições que abrigam idosos se estende às unidades públicas hospitalares onde o grupo etário de 60 anos ou mais é prevalente e as condições de trabalho são inadequadas. Foi o que observei nas metáforas utilizadas para fazer referência à Clínica Médica: *uma bomba relógio, um depósito, um inferno, um lugar pra morrer, o fim, um horror, um castigo, um bicho de sete cabeças, uma coisa de outro mundo, um lugar que não se sai vivo de lá, uma punição*. Assim, o modo negativo como o ambiente da Clínica Médica é concebido promove afastamento e repulsa das pessoas em relação ao setor.

Embora a percepção de profissionais externos em relação a CM seja muito negativa, para as trabalhadoras de enfermagem inseridas neste contexto, essa unidade é uma referência para a sua inserção no mundo do cuidado profissional e nela adquiriram grande parte dos conhecimentos técnicos e relacionais tanto com o paciente e sua família quanto com a equipe.

A diferença entre os olhares sobre a CM como ambiente de cuidados na perspectiva de “quem está dentro” e de “quem está fora”, se deve ao fato de que a perspectiva externa, das observadoras, conforma-se numa postura transcultural, comparativa e descritiva. Enquanto que a perspectiva interna é construída numa postura cultural, particular e analítica. É o ponto de vista de quem está vivenciando o fato ou olhando de dentro para dentro (ROSA; OREY, 2012). Nessa dinâmica de olhares, ora as nativas, ora as observadoras são elevadas ao status de juízas.

Em sua interação diária com os idosos hospitalizados, as profissionais de enfermagem da Clínica Médica construíram significados os quais julgam simbolizar pessoas desse grupo etário quando internadas. Foram evidenciadas três diferentes construções explicativas sobre a pessoa idosa hospitalizada: a comparativa, na qual a pessoa idosa hospitalizada é associada a uma criança; a consensual, compartilhada pela maioria do grupo ao perceber a pessoa idosa hospitalizada como mais carente e dependente que pacientes adultos e jovens; e a ambígua, na qual a pessoa idosa hospitalizada é caracterizada por possuir comportamentos dicotômicos.

Em grande parte, estas construções simbólicas sobre a pessoa idosa hospitalizada são influenciadas pelos estereótipos da velhice e, compartilhadas na maioria das sociedades modernas que definem os idosos por meio de atributos negativos: passivos, dependentes, enfermos e ignorantes. Os fundamentos para essa concepção dos idosos e de sua visibilidade enquanto problema social está em conexão com os pressupostos da vida utilitarista na modernidade. A racionalidade de cálculo entre custos e benefícios promove a percepção dos idosos como uma carga, um estorvo (GALLO, 2007).

Nas práticas de cuidados em saúde, não é diferente. As ressonâncias desta visão de mundo, se fazem sentir em relação à assistência à pessoa idosa hospitalizada, especialmente quando há escassez de recursos. Nessas, circunstâncias o valor atribuído às pessoas idosas decresce, pois passam a ser vistas numa lógica de consumo excessivo de recursos, como “rêmoras para o progresso”. A doença e a dependência ocupam a imagem que se faz do velho na atualidade, antes ocupada pela sabedoria (GALLO, 2007). Assim, sob essa “lente de observação”, o hospital passa a ser um lugar de velhos, pois lá existem recursos mais avançados para diagnosticar e tratar as doenças, principalmente quando são escassos ou inexistentes modelos alternativos de assistência. De modo paradoxal, essa visão aumenta a prevalência de idosos hospitalizados ao mesmo tempo em que são desvalorizados nesses ambientes pelo consumo e pela quantidade de serviços capazes de absorver.

As implicações da concepção da pessoa idosa como carente, dependente e de status reduzido à infância, são observadas, sob os cuidados de enfermagem, na superproteção, que



prejudica a reabilitação e o retorno à independência, mais plena possível, ou em atitudes de infantilização fundamentadas na relação mãe-filhona qual predominam a atividade da genitora e a passividade do lactente.

Por outro lado, há que se considerar que o encontro entre as profissionais de enfermagem e os idosos hospitalizados ocorre em circunstâncias de fragilização desses em decorrência da própria velhice ou de doenças que se encontram sobrepostas, descompensadas ou evoluíram com complicações, em virtude de um acompanhamento deficiente. Este é um fator que torna os estigmas da velhice, tais como a dependência funcional e afetiva, mais representativos da pessoa idosa para as profissionais que atuam na CM. Tanto é assim que, em estudo realizado com profissionais da saúde pública sobre as representações do processo de envelhecimento, os estigmas associados foram relacionados mais a aposentadoria e descanso que à incapacidade (FONSECA et al., 2008).

Muito da visão relacionada à pessoa idosa hospitalizada no que diz respeito a seu comportamento ambíguo e de recusa dos cuidados de enfermagem reflete um conhecimento insuficiente das alterações determinadas pelo processo de envelhecimento, tanto do ponto de vista biológico quanto psicossocial, bem como o desconhecimento das complicações mais recorrentes da hospitalização do idoso e as manifestações incomuns das doenças neste grupo etário.

Em se tratando dos cuidados prestados e do modo como são realizados, os dados interpretados demonstraram que a maioria desses foram direcionados ao corpo físico. Foram classificados de acordo com Collière (1989) em “Cuidados de Manutenção de Vida” relacionados à higiene, à nutrição e à eliminação. Considerando a divisão social do trabalho existente entre as categorias enfermeira e técnica de enfermagem, os cuidados diretos com o corpo foram promovidos pelas últimas, enquanto as primeiras se ocupavam em gerenciar os cuidados.

No hospital, a preocupação em manter o corpo do idoso e o ambiente limpos é uma exigência apoiada no conhecimento científico da microbiologia. Não obstante essa visão privilegie a dimensão biológica do corpo, ela evoca outras dimensões como a psicológica, a cultural e a social.

A apresentação dos pacientes e do ambiente limpos, segundo as profissionais investigadas, promove, além do conforto para o idoso, um olhar de aprovação do outro e simboliza uma enfermagem comprometida com a ordem e com a qualidade da assistência. Entretanto, o modo como as práticas de higiene têm sido desenvolvidas torna o idoso um agente passivo, retirando-o da posição de centralidade nos cuidados.

No contexto europeu, mais especificamente na Inglaterra e no País de Gales, existe uma preocupação crescente em proporcionar cuidados dignos às pessoas idosas nos serviços de saúde. Para tanto, foi criada a *Healthcare Commission*, que periodicamente faz avaliação e inspeção das instituições, inclusive as hospitalares, e estabelece recomendações de medidas práticas para melhorar o cuidado e a experiência de pessoas idosas hospitalizadas (HEALTHCARE COMMISSION, 2007).

No relatório sobre a dignidade no atendimento a idosos hospitalizados intitulado *Caring for dignity*, foi referido que, para as pessoas idosas hospitalizadas, uma assistência digna e individualizada requer que as instalações estejam limpas, como também elas próprias e seu vestuário. As pessoas mais velhas acreditam que o comportamento e as atitudes das funcionárias são os principais recursos para manter a sua dignidade. Elas desejam ser incluídas nos cuidados prestados e almejam ser colocadas no centro dos cuidados. Querem ser vistas como pessoas que possuem uma experiência de vida, inteligência, capacidade de decidir sobre seus cuidados e de manifestar insatisfação quanto aos cuidados prestados. Atitudes contrárias ao desejável são consideradas como falta de respeito e podem afetar a autoestima e a saúde emocional desses idosos (HEALTHCARE COMMISSION, 2007). Diante do exposto, se observa que a manutenção da higiene do idoso hospitalizado é importante em diferentes contextos e para as diversas pessoas envolvidas: o idoso, seu acompanhante e a enfermagem.

Para limpar o corpo da pessoa idosa hospitalizada, é necessário consentimento para que as mãos do profissional possam tocar o seu corpo, remover as impurezas, massagear e estimular. Na prática, foi comunicado ao idoso que o procedimento seria iniciado e o agir rápido do profissional, para dar conta de uma demanda, desprezou esse momento de troca e subjetividade.

Constatei que a pessoa idosa reage manifestando satisfação ou insatisfação diante dos cuidados de higiene conforme a prática se aproxima da sua história de vida, de seus hábitos e costumes. Muitos idosos assumiam estar insatisfeitos com o horário dos banhos, mas, ainda assim, aceitavam a imposição determinada pela hospitalização. Havia pouca flexibilidade para os idosos acamados, mas os que deambulavam tinham maior autonomia.

De modo contraditório, o banho foi motivo de sofrimento para idosos com múltiplas feridas, acamados de longa data ou que possuíam problemas osteomusculares devido a mobilização brusca do corpo. Também para os que eram muito emagrecidos e eram totalmente despidos. Reclamavam de frio, fletiam o corpo e ficavam arrepiados.

Nesse aspecto, é preciso resgatar os conhecimentos da equipe de enfermagem concernentes aos efeitos do processo de envelhecimento sobre a termorregulação corporal. Esse saber é fundamental para evitar prejuízos à saúde da pessoa idosa e que, no cotidiano, são desconsiderados pelo ritmo frenético em que os banhos são realizados. Cumpre assim esclarecer que o vestuário do idoso deve ser adequado à temperatura do ambiente e que, no momento do banho, o corpo do idoso deve ser exposto por partes, a água deve estar aquecida, as correntes de ar interrompidas e o ar condicionado desligado, porque:

A capacidade de ajustamento fisiológico que ocorre nos adultos jovens quando são expostos a temperaturas elevadas ou baixas diminui à medida que ocorre o processo de envelhecimento, promovendo uma diminuição da resposta do idoso às temperaturas extremas. Esta disfunção resulta na incapacidade de adaptação ao stress térmico. As respostas fisiológicas ao ambiente frio induzem a passagem da água plasmática do meio intravascular para o meio intersticial e intracelular, devido à vasoconstrição periférica. Este fenômeno ocorre quando o indivíduo é exposto à água fria, ao ar frio, ou até ao simples arrefecimento da face devido ao vento frio. O efeito mais significativo induzido pela exposição ao frio, consiste na perda de água do plasma, e que excede a perda de água por diurese. [...] A hemoconcentração provocada pode alcançar valores acima dos 15 %, após duas horas de exposição ao estresse do frio, e pode ser estimada como o principal fator de risco para acidentes cardiovasculares causados pela exposição a um ambiente frio (VOGELAERE, PEREIRA, 2005, p. 747 e 751).

Desde a admissão, pelas características do estado higiênico do paciente, já era possível perceber o apoio recebido pelo idoso por parte da família ou a ausência deste. Idosos internados com miíases na boca ou em feridas revelavam que estavam sozinhos no domicílio e que sofriam negligência e maus-tratos. Observei que idosos de ambos os sexos vivenciaram esta condição.

Um segundo cuidado de manutenção de vida bastante evocado nas entrevistas e nas práticas diárias da enfermagem foram os relacionados à nutrição. Esses cuidados estavam situados entre a permissão e a privação por ordem médica para os idosos com indicação de procedimentos e exames que exigiam jejum. Os idosos demonstraram ter dificuldades em adaptar-se à alimentação de cunho terapêutico, a qual estava desvinculada de seus hábitos de vida. Outro aspecto observado foi a inadequação do ambiente para proporcionar independência para o idoso alimentar-se sozinho ou com pouca ajuda de profissionais e acompanhantes, além da dificuldade, frente à dinâmica da unidade, em manter o ambiente em condições favoráveis para a alimentação.

De acordo com o relatório *Dignity and nutrition*, muitas falhas apontadas quanto ao aporte adequado ao idoso hospitalizado em sua nutrição são justificadas pela falta de tempo para prestar cuidados devido à escassez de pessoal, alta demanda e burocracia, as quais

contribuem para que os idosos não sejam avaliados adequadamente nem recebam o apoio de que necessitam para poder comer (CARE QUALITY COMMISSION, 2011).

Ainda de acordo com este documento, as boas práticas relacionadas à nutrição do idoso hospitalizado devem observar: se os idosos estão recebendo a ajuda de que necessitam para poder comer; se são interrompidos durante as refeições, deixando-as inacabadas; se existe um ambiente adequado para comer; se têm a oportunidade de lavar as mãos antes das refeições; se é oferecida uma alimentação alternativa quando recusam a primeira dieta oferecida; e se têm oportunidade de escolher os alimentos que vão ingerir (CARE QUALITY COMMISSION, 2011).

Nesta investigação, as profissionais reconheceram a importância da alimentação para a recuperação do idoso e incluíram esse cuidado como parte de uma abordagem integral. Evocaram o ato de comer no hospital como ingestão de substâncias necessárias à promoção, manutenção e recuperação da saúde, enquanto que para os idosos, comer continuou sendo um ato social carregado de símbolos afetivos e sociais.

Para alimentar-se, os idosos contaram com o apoio dos seus acompanhantes. O hábito higiênico de lavar as mãos, aprendido desde a infância, não foi observado previamente nas refeições dos idosos, mesmo por aqueles que se alimentavam sem auxílio.

Em oposição à permissão alimentar, a enfermagem vivencia o jejum prescritivo de idosos. A privação alimentar é necessária para viabilizar ou evitar complicações durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Em muitas ocasiões, foi observado que o jejum se prolongava por razões administrativas e de conduta médica, as quais traziam grande desconforto para os idosos.

Os problemas identificados em relação à nutrição da pessoa idosa foram associados à conduta profissional, administrativa, e a questões psicossociais e culturais dos idosos. Portanto, as profissionais de enfermagem devem estar capacitadas para atuar para além dos fatores biológicos para atender as demandas nutricionais da pessoa idosa hospitalizada.

Os modos de cuidar da pessoa idosa hospitalizada foram também identificados nos cuidados com a eliminação. Neste aspecto, o uso indiscriminado de fraldas no ambiente hospitalar impossibilitou uma avaliação adequada da frequência urinária e intestinal. Os idosos se sentiam envergonhados e constrangidos em ter que falar sobre o assunto e também por ter que expor as partes íntimas para higienização. Como estratégia para minimizar o constrangimento dos idosos, as profissionais de enfermagem utilizavam-se do humor e da descontração, tornando este um momento menos formal.

Os achados evidenciaram existir entre os idosos sensações e percepções de mal-estar, produto da experiência da exposição do corpo nu frente a pessoas desconhecidas no ambiente hospitalar. Essas sensações referidas podem estar prejudicando um aspecto importante da qualidade do cuidado de enfermagem: a privacidade, um direito do usuário que deve ser respeitado.

Quanto às sensações negativas do idoso frente à exposição do corpo nu, resultados semelhantes foram evidenciados em estudo realizado com pacientes adultos e idosos no Hospital de Boyocá – Colômbia (ARCOS; HUERTAS, 2010). O modo como as profissionais de saúde vêem o corpo naturaliza a nudez dos idosos por percebê-lo como uma máquina capaz de ser medicalizada e reparada. Por conseguinte, essa visão pode contribuir para que desprezem a subjetividade e o valor atribuído às experiências do idoso, bem como às representações que faz do seu corpo com base em seu contexto sociocultural.

Nesta etnografia em hospital público no interior da Bahia - Brasil, para as profissionais de enfermagem, as eliminações têm conotação de sujeira e necessidade imediata de limpeza. Passar do sujo ao limpo é uma primazia. Também as participantes descreveram que essa é uma situação constrangedora, especialmente para os idosos acamados.

Um dos principais problemas relacionados à eliminação do idoso é a incontinência. Pesquisa realizada pela Universidade de Kent e apoiada pela Sociedade Britânica de Geriatria constatou que, para os idosos desse contexto sociocultural, a incontinência foi vista como uma ameaça à dignidade. Eles experimentaram o preconceito da idade, se sentiam como um fardo para a enfermagem e para a família, e manifestavam sentimento de perda de controle e de estigma social (BILLINGS et al., 2009).

A maior longevidade, como vem ocorrendo atualmente, colocará cada vez mais profissionais de enfermagem em contato com a realidade do cuidado da eliminação prejudicada em idosos hospitalizados. Os cuidados necessários nessa condição foram considerados penosos, constrangedores e carecidos de trabalhos suplementares, como a troca periódica de fraldas e a manutenção recorrente da higiene pessoal, além da ampliação dos custos com lençóis, fraldas, outros. É importante que os idosos com eliminação prejudicada recebam os seguintes cuidados: recebam da enfermagem atenção especial quanto à comunicação; que os cuidados com a higiene das partes íntimas leve em consideração quem vai proceder; e que seja garantida a manutenção da privacidade, não se esquecendo de conceder à pessoa idosa maior autonomia para tomada de decisões, bem como mais acessibilidade para chegar ao banheiro em tempo hábil e com segurança.

As profissionais de enfermagem participantes do estudo mostraram ter, nos cuidados de manutenção de vida, a essência de sua profissão. Em suas práticas, atribuíram significados aos cuidados prestados, expressando, em seu modo de agir, a sua visão de mundo. A equipe de enfermagem foi visualizada não apenas como um grupo de profissionais com saber científico, mas também como um grupo social que produz o cuidado hospitalar ao idoso conforme seu contexto, suas crenças e seus valores em relação às pessoas idosas.

Os significados atribuídos ao cuidado de idosos hospitalizados pelas profissionais de enfermagem participantes deste estudo mostraram que cuidar da pessoa idosa é manter a sua vida e a sua dignidade; é desempenhar um trabalho exigente e envolvente; e compartilhar responsabilidades com o acompanhante.

Para a equipe de enfermagem, os cuidados de manutenção de vida do idoso relacionados à higiene, à nutrição e à eliminação ocupam grande parte do tempo disponibilizado para os cuidados, além de exigirem mobilização dos idosos dependentes e envolvimento proveniente das relações estabelecidas, as quais são inerentes ao cuidado humano. Para as profissionais investigadas, os cuidados de manutenção de vida ajudam a preservar a dignidade do idoso.

As exigências do cuidado ao idoso hospitalizado devem ser observadas criticamente, pois atitudes paternalistas e limitadoras da autonomia têm contribuído para incrementar a condição de dependência e, conseqüentemente, do trabalho de enfermagem. As ações necessárias para atenuar a sobrecarga referida pelas profissionais são de natureza intersetorial e multidisciplinar.

O acompanhante da pessoa idosa foi apresentado como uma figura simbólica do cuidado prestado no hospital. Neste estudo, constatou-se que a presença do acompanhante significou garantia de direitos adquiridos, apoio emocional, ajuda na prestação de cuidados básicos, vínculo com a família e com a comunidade, conflitos, transição de paradigmas, auxílio para suprir o déficit de recursos humanos na provisão de cuidados, mas sobretudo, significou compartilhamento de responsabilidades.

A ausência do acompanhante representou para o idoso sentimento de profunda tristeza, solidão e abandono. As idosas pareceram suportaram melhor a ausência de seus parentes porque possuíam uma rede de suporte mais ampliada, composta por amigas, vizinhas e membros de igreja. Além disso, eram mais permeáveis a iniciar uma relação de ajuda ministrada por acompanhantes de outras idosas internadas na mesma enfermaria.

Os homens idosos demonstraram maior sofrimento com o abandono da família por terem uma rede de suporte social mais restrita. Em conversas informais, revelaram que seus

amigos mais próximos eram os envolvidos nas relações de trabalho. Como já estavam aposentados, os encontros com esses amigos foram se tornando esporádicos. Em geral, frequentavam menos os cultos em igrejas e tinham mais “conhecidos”, cuja relação era de menor proximidade. Na ausência de um acompanhante e considerando que, na unidade investigada, todas as profissionais de enfermagem eram do sexo feminino, a possibilidade de ter os cuidados higiênicos prestados por uma pessoa do mesmo sexo era inexistente. No entanto, os homens idosos evidenciaram maior satisfação com os cuidados prestados pela enfermagem porque não dispunham de outras pessoas que pudessem apoiá-los nos cuidados básicos.

O fato de ser abandonado pela família não esteve associado exclusivamente ao grau de dependência do idoso. Convivi, no período de coleta de dados, com um idoso que era capaz de alimentar-se, banhar-se e ir sozinho ao banheiro, que chorava e lamentava todos os dias porque a esposa e os filhos não vinham lhe visitar. Era negro, aposentado e estava internado há quase dois meses devido a Insuficiência Cardíaca. A esposa atual era muito mais jovem que ele, resultante da união de um segundo casamento e os filhos com quem convivia eram adultos jovens.

Outro caso de abandono familiar foi percebido no internamento de uma idosa com diabetes. Portadora de deficiência visual, precisava de ajuda para se situar no ambiente não adaptado, mas era fisicamente capaz de realizar o autocuidado. Não tinha filhos e o esposo nunca compareceu para lhe prestar uma visita. Contou com o apoio de uma estimada vizinha que vinha esporadicamente saber do que precisava e como estava. No dia de sua alta, foi essa vizinha quem recebeu as orientações da enfermagem e acompanhou a idosa até o domicílio. Vê-se, portanto, que o abandono não está relacionado somente à incapacidade e à dependência, mas à qualidade das relações estabelecidas antes da hospitalização. Esses e outros casos foram enfrentados pela enfermagem com indignação e compartilhados com os setores de Serviço Social e Psicologia, mas não foram notificados.

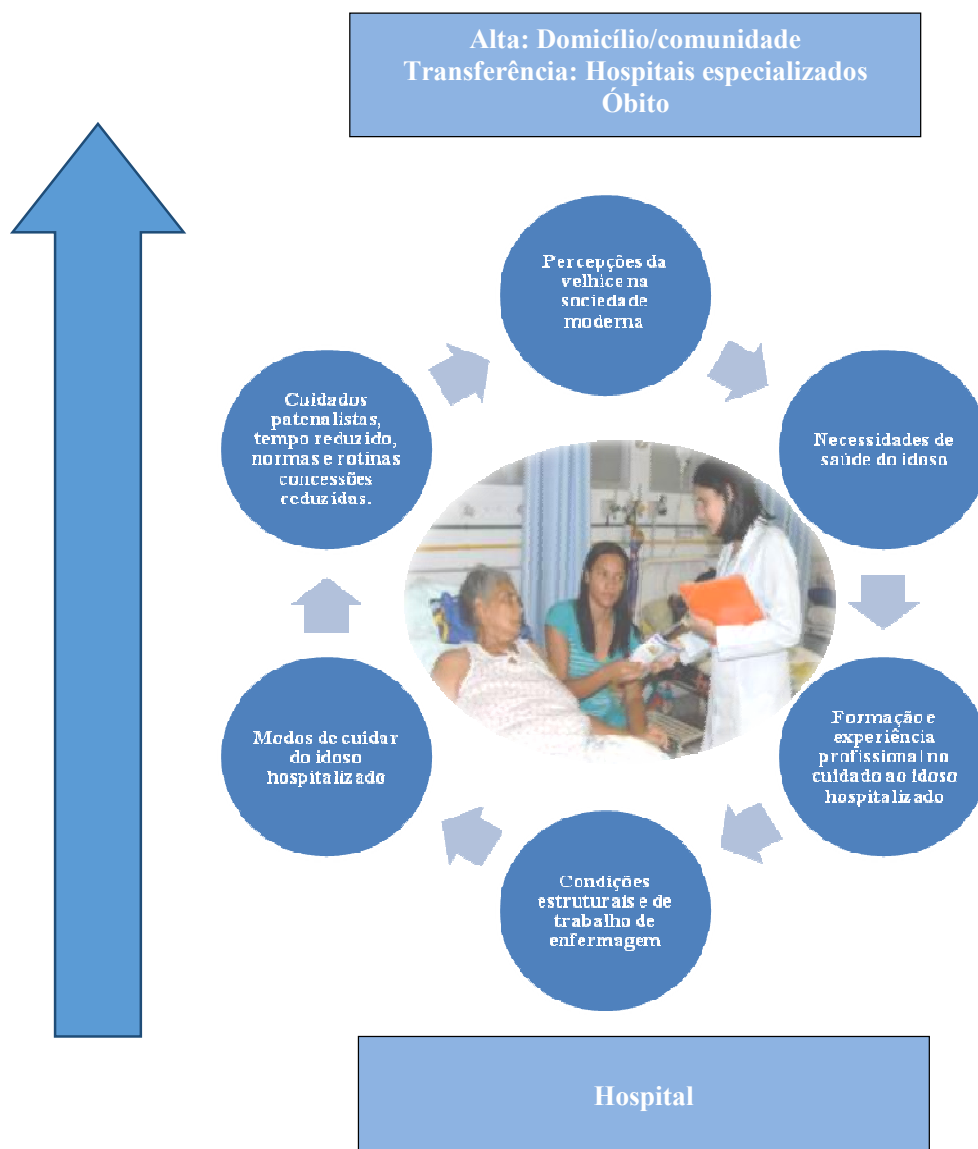
Diante das considerações tecidas sobre como se dá o cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado no Sistema Único de Saúde, em Jequié-BA, defendo a seguinte **tese**:

**O modo como as profissionais de enfermagem cuidam dos idosos hospitalizados é construído tomando como fundamentos a educação formal e a formação em contexto; os aspectos socioculturais onde vivem; e as condições ambientais e de trabalho, as quais repercutem nas estratégias adotadas para enfrentar a complexidade do cuidado gerontogeriatrico.**

As trabalhadoras de enfermagem interpretaram que as suas práticas estão relacionadas às condições estruturais e de trabalho e, ainda, às condições sociais do idoso. Todavia, não foram capazes de associá-las com os estigmas da velhice presentes na sociedade moderna e de refletir como essas são capazes de penetrar nos cuidados que prestam aos idosos hospitalizados. Esse achado oferece indícios de que as profissionais desconhecem os aspectos socioculturais da velhice e de sua construção ao longo do tempo, ou que, por fazer parte de sua cultura, são naturalmente compartilhados e absorvidos em seu modo de pensar e fazer os cuidados.

Não foi possível estabelecer uma hierarquia entre os fatores que fundamentam os cuidados aos idosos, e nem determinar em que grau eles incidem sobre os cuidados ao idoso hospitalizado. Por outro lado, reconhecemos que, entre eles, não há relação de causa e efeito, mas de constante interação. Talvez isso explique porque pesquisas realizadas em países desenvolvidos também demonstram que há dificuldades a serem enfrentadas quanto ao oferecimento de cuidados de qualidade aos idosos hospitalizados. No entanto, as informações coletadas apresentam pistas de onde e como devem surgir as propostas de intervenção com possibilidade de provocar maior impacto na qualidade dos cuidados prestados. O diagrama abaixo é um modelo representativo da interpretação que faço dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos hospitalizados no contexto sociocultural de Jequié - BA.





**Figura 4** - Modelo representativo dos cuidados de enfermagem prestados ao idoso hospitalizado no contexto sociocultural de Jequié, Bahia, Brasil, 2013.

O preconceito contra pessoas idosas na sociedade moderna foi manifestado pelas profissionais de enfermagem ao conceberem a pessoa idosa hospitalizada como carente, dependente e de comportamentos comparáveis aos de crianças. Tais concepções pareceram contribuir para a adoção de cuidados paternalistas que favorecem a manutenção da dependência do idoso.

Outros fatores associados também interagem na conformação dos cuidados de enfermagem prestados a idosos hospitalizados, tais como: a política de assistência à saúde, as

deficiências estruturais e de recursos, a formação profissional específica e as condições de saúde do idoso.

Os achados deste estudo não permitem generalização, mas comporta refletir nas implicações causadas pelas transformações demográficas e epidemiológicas sobre o sistema de saúde, em especial sobre os cuidados de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas. Além disso, permite uma visão ampliada sobre o modo como esses cuidados se desenvolvem no cotidiano, considerando o contexto sociocultural em que ocorrem e as limitações e potencialidades da equipe de enfermagem. Em suma, a pesquisa permitiu as seguintes constatações:

- **Sobre o encontro das profissionais de enfermagem com os idosos:**
  - O encontro entre a equipe de enfermagem da Clínica Médica e a pessoa idosa hospitalizada foi mediado pela condição de fragilidade causada pelo processo de envelhecimento ou por descompensação, consequente de patologia única ou múltiplas;
  - O primeiro contato sempre foi cordial, numa relação de respeito, chamando a pessoa idosa pelo nome;
  - No diálogo com a pessoa idosa, as profissionais sempre estavam em pé e o idoso, sentado ou deitado no leito;
  - A enfermeira procurou conhecer informações sobre o corpo biológico do idoso e seu corpo social (com quem reside e se tem ou não um acompanhante).
  
- **Sobre as profissionais de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados na Clínica Médica:**
  - Todas as participantes eram do sexo feminino, com idade entre 25 e 42 anos;
  - A maioria era católica e afirmou ter contato frequente com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho: pais, avós, sogro (a), vizinhos, amigos e membros da igreja;
  - As enfermeiras recebiam entre quatro a sete salários mínimos, e as técnicas de enfermagem, de um a três. Todas foram admitidas por meio de concurso público do Estado ou Fundação de Saúde;
  - Apenas oito das profissionais investigadas tinham mais de um vínculo empregatício;

- A maioria dessas profissionais afirmou ter em sua formação disciplina(s) com conteúdo(s) referentes aos cuidados com pessoas idosas e avaliou como satisfatório o seu conhecimento em gerontogeriatrics;
  - Cinco profissionais realizaram algum curso de qualificação e atualização em gerontogeriatrics após a sua formação profissional;
  - Referiram que, para a melhoria dos cuidados ao idoso, é necessário promover cursos de atualização e têm grande expectativa de que esses sejam oferecidos pelo hospital;
  - Reconhecem que não estão prontamente disponíveis quando o idoso ou o seu acompanhante solicitam porque a demanda de cuidados é maior do que a quantidade de profissionais pode suportar;
  - As trabalhadoras de enfermagem percebem a pessoa idosa hospitalizada como carente, dependente e com comportamentos associados à infância, reproduzindo os estigmas da velhice presentes na maioria das sociedades;
  - Assumiram ter dificuldades em lidar com as questões psicossociais do idoso, porque não foram instrumentalizadas para tal;
  - As profissionais de enfermagem vivenciam uma sobrecarga gerada pelas condições de trabalho e pelo dimensionamento de pessoal inadequado para o grau de complexidade dos pacientes.
- **Sobre os idosos hospitalizados que recebem cuidados das profissionais de enfermagem na Clínica Médica:**
    - Eram provenientes das áreas urbana e rural do próprio município e de municípios vizinhos;
    - A maioria tinha algum grau de dependência para as atividades de vida diária;
    - Os idosos eram de classe social e escolaridade baixa e expressavam pouco a sua (in)satisfação com os cuidados recebidos;
    - A maioria tinha um acompanhante, mas, quando a família não podia cuidar e possuía algum recurso, contratava um cuidador;
    - Idosos hospitalizados, de ambos os sexos, foram vítimas do abandono familiar, mesmo quando eram totalmente independentes ou dependentes parciais de cuidados;
    - A maioria manifestou vontade de viver, se recuperar, voltar para casa e assumir as atividades que desempenhavam antes da hospitalização;

- A maioria convivia com doenças crônicas e a hospitalização resultou de complicações dessas;
  - Idosos centenários foram hospitalizados e rotulados como “com validade vencida”. A recuperação e alta desses era motivo de grande surpresa para a equipe.
- **Sobre o contexto de cuidados ao idoso hospitalizado:**
    - A estrutura do hospital não oferece condições favoráveis à autonomia e à independência do idoso nem de acolhimento para a sua família;
    - A imagem construída da Clínica Médica como ambiente de cuidados a idosos hospitalizados considerou aspectos históricos, demográficos, epidemiológicos, estruturais e socioculturais.
- **Sobre os modos de cuidar de idosos hospitalizados:**
    - Embora as profissionais de enfermagem reconheçam o cuidado a idosos como um trabalho exigente e envolvente, não manifestaram desejo de sair a Clínica Médica para outro setor;
    - Os cuidados não foram desenvolvidos com intenção de promover a independência e realizar os projetos de vida do idoso, mas de manter a sua vida e garantir a realização das normas e rotinas da unidade;
    - As profissionais de enfermagem acreditam que, ao garantir os cuidados básicos de manutenção de vida a todos os idosos, estão promovendo a sua dignidade;
    - Os cuidados com a eliminação se relacionam diretamente com a higiene, a intimidade e a privacidade do idoso, portanto, com a manutenção da dignidade humana;
    - Os cuidados com a higiene são prioritários, especialmente o banho. Na maioria dos casos, a higiene oral é orientada e delegada aos acompanhantes.
    - Proporcionar que idosos restritos ao leito lavem as suas mãos antes das refeições e depois das eliminações não foi uma prática valorizada pelas profissionais de enfermagem;
    - As profissionais assumem uma postura paternalista e os idosos são passivos no processo de cuidar;

- Os idosos têm pouca autonomia para tomar decisões, principalmente no que se refere aos horários em que as práticas se desenvolvem e quem irá desenvolvê-las;
  - Promover a privacidade da pessoa idosa não dependeu apenas da presença dos biombos, mas de uma postura da profissional de enfermagem;
  - A enfermeira encontra-se afastada dos cuidados diretos com o corpo do idoso, enquanto que as técnicas de enfermagem compartilham essa função com as acompanhantes;
  - Há pouca interação da equipe multidisciplinar de saúde nos cuidados aos idosos hospitalizados;
  - A maioria das profissionais de enfermagem reconhece haver um descaso por parte de alguns médicos em relação ao tratamento dos idosos;
  - Alguns idosos foram vítimas de negligência não intencional da enfermagem;
  - Os idosos sofrem consequências físicas e psicológicas com o jejum prolongado desnecessário;
  - A escassez de recursos humanos, a deficiência estrutural e as limitações da formação profissional repercutiram negativamente na qualidade dos cuidados prestados e na sobrecarga percebida, além de favorecer a violência não intencional por parte da enfermagem;
  - Na maioria das circunstâncias em que os cuidados foram desenvolvidos pelas profissionais de enfermagem, elas agiram apressadamente, estimularam a participação do acompanhante, seguiram as normas e rotinas da unidade e mostraram pouca flexibilidade em adequar os cuidados aos hábitos de vida dos idosos;
  - O modelo de cuidados adotado não mostrou ser eficiente para atender às necessidades biopsicossociais do idoso.
- **Sobre o método etnográfico e sua adequação para compreender o objeto de estudo:**
    - O método etnográfico ajudou a ter uma visão mais realista dos cuidados de enfermagem no hospital público, pois afastou a possibilidade da equipe fazer ou responder somente o desejável, ao invés de revelar o comportamento habitual;

- Possibilitou um olhar sobre as práticas de enfermagem que transcendeu os aspectos biológicos do cuidado humano, valorizando as interações e a subjetividade humana, que torna a pessoa singular, única e insubstituível;
- O método esteve em consonância com os princípios do cuidado transcultural proposto por Leininger ao reconhecer o outro como um ser diferente, com suas crenças e valores que devem ser respeitados e considerados no planejamento dos cuidados para que estes sejam significativos. Compreende-se a enfermidade da pessoa como um obstáculo em sua trajetória de vida, que modifica o cotidiano de acordo com o gênero e a idade que tem.
- O olhar antropológico sobre os cuidados de enfermagem valoriza os princípios da Humanização e ajuda a assegurar os direitos humanos da pessoa idosa.

Em parte, alguns desses resultados confirmam os encontrados em outros contextos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, demonstrando haver uma dificuldade global em satisfazer as necessidades de cuidados do idoso. Essa dificuldade pode advir tanto de questões de formação da enfermagem, quanto de condições de trabalho e de estrutura oferecidas pelas instituições de saúde. Essa realidade exige um compromisso entre gestores, profissionais de saúde e sociedade com vistas a garantir os direitos humanos das pessoas idosas a receber cuidados dignos.

As limitações do estudo estão relacionadas à não interpretação das variações do cuidado de enfermagem para com o idoso de acordo com o gênero, o turno, o tempo de formação profissional, de atuação na unidade e idade do idoso. Tais limitações foram decorrentes da existência única de profissionais do sexo feminino alocadas na unidade investigada, das observações terem sido realizadas, predominantemente, no período diurno e de não ter sido utilizado *software* para análise dos dados.

Os resultados deste estudo trazem subsídios para o ensino, para a prática e para a pesquisa em enfermagem. No campo da formação do profissional de enfermagem, devem ser considerados com maior ênfase: a produção social da velhice em diferentes culturas; as alterações biopsicossociais do envelhecimento e as implicações para a prática de enfermagem; a construção de uma visão mais positiva do envelhecimento; e o manejo das Síndromes Geriátricas nos diferentes níveis de assistência à saúde. Além disso, as profissionais devem ser instrumentalizadas para se comunicarem adequadamente com a pessoa idosa, para desenvolverem competência interpessoal e para trabalharem em equipe.

Deve-se ser levado em consideração que a formação do profissional é continuada. Sendo assim, a trabalhadora de enfermagem deve assumir o compromisso em buscar o seu

aprimoramento contínuo para cuidar de idosos, a instituição de saúde deve criar oportunidades de atualização como cursos, seminários, vídeo conferências, entre outras, e as instituições de educação devem promover parcerias interinstitucionais e cursos de pós-graduação a nível *Lato e Stricto Sensu* com abordagem para o cuidado na velhice.

No que se refere à assistência, penso que os resultados alcançados com este estudo podem dar maior visibilidade para a equipe de enfermagem de pequenas, mas significativas mudanças em suas práticas capazes de manifestar respeito e valorização da pessoa idosa em sua completude. Essas mudanças resgatam os princípios éticos e de Humanização do cuidado e promovem a dignidade humana.

Descrevo agora algumas das principais recomendações para a melhoria dos cuidados prestados pela enfermagem: permitir que o idoso exercite seu autocuidado fazendo com ele somente o que não consegue fazer sozinho; conceder o tempo que for necessário para que exerça o autocuidado, sem demonstrar pressa ou impaciência; sentar em uma cadeira quando for conversar com o idoso; avaliar a real necessidade do uso de fraldas; dar oportunidade para que o idoso possa manifestar o modo como gostaria que o cuidado fosse prestado, bem como a sua satisfação em relação a estes; e incluir profissionais do sexo masculino na equipe de enfermagem para que se possa evitar constrangimentos dos idosos ao expor a sua intimidade para mulheres jovens.

Prosseguindo, acredito ser de extrema relevância: implantar a Avaliação Geriátrica Global na admissão da pessoa idosa e utilizá-la como parâmetro para avaliar os cuidados prestados; sensibilizar as profissionais para a manutenção da privacidade da pessoa idosa como um princípio ético e de dignidade humana; promover encontros periódicos para refletir sobre os cuidados prestados na unidade; promover atividades para ocupação do tempo livre com o apoio de voluntários e sob orientação da terapeuta ocupacional; melhorar a qualidade dos registros de enfermagem, incluindo aspectos subjetivos do idoso; manter olhar atento para os idosos sozinhos, pois dependem quaseexclusivamente dos cuidados de enfermagem para manutenção da vida, do mesmo modo que para os idosos dependentes e com comunicação verbal prejudicada, para que não sejam desrespeitados em seus direitos; e adotar, na unidade, uma cultura de boas práticas de enfermagem nos cuidados aos idosos, com base em resultados de pesquisa.

Proponho ainda como medidas para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao idoso: implantar em parceria com os demais profissionais de saúde o menor tempo de jejum necessário para que os procedimentos e exames possam ser realizados com segurança; priorizar a pessoa idosa na realização desses procedimentos; evitar fragmentação

de cuidados para que o idoso tenha uma referência profissional diária; ajudar o idoso a se alimentar, oferecer opções dentro do tipo de dieta prescrita; permitir que os idosos lavem as mãos antes das refeições e faça a higiene oral ao seu término; avaliar e registrar com precisão a ingestão; promover um ambiente agradável durante as refeições; e, na medida do possível, respeitar o horário e os hábitos do idoso.

Sobre o cuidado de enfermagem e o acompanhante da pessoa idosa, ressalto que as profissionais devem: evitar qualquer juízo de valor sobre as suas atitudes desses; procurar compreendê-los e obter o máximo de informações sobre a sua relação com o idoso antes do internamento; estimular a sua participação e respeitar as suas limitações; oferecer a melhor acomodação possível; ouvir as suas queixas, ansiedades e dar um retorno sobre as providências tomadas; implantar modelos de assistência com base em tecnologias leves de cuidado, a exemplo do Grupo de Ajuda Mútua, a fim de oferecer apoio instrumental, social e psicológico, especialmente para aqueles que acompanham idosos em internação prolongada; instituir em parceria com a Assistência Social um protocolo de acolhimento do acompanhante explicando seus direitos e deveres na unidade, bem como informar os recursos de apoio não governamentais existentes no município; solicitar serviço de psicologia para prevenir e tratar as acompanhantes que manifestam dificuldades para enfrentar as exigências requeridas pelo adoecimento do familiar idoso; e instituir parcerias para conduzir os casos de violência contra o idoso e notificá-las.

É preciso reconhecer que esta gama de ações não é somente uma responsabilidade da enfermagem, mas de todos os setores e profissionais do hospital que estão direta ou indiretamente envolvidos em cada uma dessas práticas. Existe uma necessidade urgente de adaptar a estrutura das enfermarias, banheiros e corredores, bem como de oferecer em quantidade e qualidade os materiais necessários para o cuidado de enfermagem. Sobretudo, necessita-se contratar profissionais qualificados para atender adequadamente às necessidades do idoso de acordo com o seu grau de dependência. Essas ações exigem vontade política, alocação prioritária de recursos e envolvimento da administração do hospital.

Com respeito às implicações deste estudo para a pesquisa em enfermagem, os resultados confirmam aspectos já retratados em investigações anteriores, mas que ainda não foram efetivamente resolvidos como a carência de recursos e a deficiência estrutural das instituições hospitalares, além de acrescentar outros achados como o modo de cuidar instituído pelas profissionais de enfermagem. Percebe-se a necessidade de continuar a investigar o cuidado aos idosos em hospitais públicos, pois, no contexto brasileiro, a maioria das pessoas deste grupo etário tem no SUS o seu único recurso para assistência à saúde. Uma



primeira proposta é pesquisar o cuidado de enfermagem considerando os aspectos já apresentados nas limitações deste estudo. Também deve haver grande investimento em criar e testar modelos de cuidados de enfermagem aos idosos hospitalizados que sejam de baixo custo e que demonstrem eficiência e satisfação dos usuários e dos profissionais..

Este estudo pode ser consultado por gestores das instituições hospitalares, coordenadores de unidade, formuladores de Políticas Públicas para o idoso e educadores, a fim de nortear as ações prioritárias no ensino e na assistência de enfermagem e oferecer condições para que sejam implementadas. Vale ressaltar que é necessário atenuar e prevenir os problemas que levam à hospitalização do idoso, melhorar as condições socioeconômicas e o acesso à saúde, e ampliar os níveis educacionais desta população.

Diante dos achados e das interpretações feitas por mim e pelas profissionais a respeito do cuidado ao idoso hospitalizado na Clínica Médica, acredito ter representado a essência dos cuidados e do modo como são realizados. Certamente, haveria milhares de outras maneiras para apresentá-los. Esta foi a que encontrei para melhor apresentar como o cuidado cultural ao idoso é vivido pelas profissionais de enfermagem no contexto brasileiro, mais especificamente, em um hospital público de Jequié, interior da Bahia.

A possibilidade de permanecer nesse ambiente para o meu exercício profissional e da provável leitura deste relatório pelas participantes do estudo me dá a consciência de que novas informações e interpretações serão acrescidas. Assim, finalizo este documento de pesquisa retomando a ideia de Geertz: “A análise cultural é intrinsecamente incompleta e, o que é pior, quanto mais profunda, menos completa” (GEERTZ, 2008, p. 20).



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada Nº 50**. Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada Nº 45**. Regulamento Técnico de boas práticas de utilização de soluções parenterais. RDC Nº 45, de 12 de março de 2003.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada Nº 283**. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005.

AGUIAR, J. M.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica de profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.29. n.11, p.2287-2296, nov., 2013.

ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.1, p.42-49, jan-mar, 2011.

ALMEIDA, J. F. Bíblia de Estudo Almeida. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2006.

ALMEIDA, M. A.; ALITI, G. B.; FRANZEN, E.; THOMÉ, E. G. R.; UNICOVSKY, M. R.; RABELO, E. R.; LUDWIG, M. L. M.; MORAES, M. A. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am Enfermagem** [on-line], v.16, n.4, p.707-711, jul.-ago., 2008.

ALVES, L. A. F.; SANTANA, R. F. Percepções da equipe de enfermagem sobre a utilização de fraldas geriátricas na hospitalização. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.1, p.19-25, 2013.

ALVES, L. A. F.; SANTANA, R. F.; SCHULZ, R. S. Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. **Rev Enferm UERJ**, v.22, n.3, p.371-5, mai.-jun., 2014.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3, p.1-11, 2010.

AMANTE, L. N.; PADILHA, M. I.; PERES, M. A. A.; GELBCKE, F. L.; MAIA, A. R.; ANDERS, J. C.; BONA, M. V. A organização da Enfermagem e da saúde no contexto da Idade Contemporânea (século XIX). In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul-SP: Difusão, Cap. IV, p. 147-181, 2011.

AMARAL, A. C. S.; COELI, C. M.; COSTA, M. C. E.; CARDOSO, V. S.; TOLEDO, A. L. A.; FERNANDES, C. R. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1617-26, nov.-dez., 2004.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas-SP: Papirus, Cap. 2, p. 27-33, 1995.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, Cap. 6, p. 89-99, 2009.

ARAÚJO, I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.45, n.4, p.869-75, 2011.

ARCOS, F.; HUERTAS, S. G. La exposicion corporal y el cuidado de enfermeira. **Cultura de los Cuidados**. Año XIV, n.28, p.63-70, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). **Departamento Científico Enfermagem Gerontológica**. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/index.php?path=260>. Acesso em 07 fev. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050**. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. NBR 9050, de 31 de maio de 2004.

AZEVEDO, R. C. S.; RAMOS, F. R. S. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15 (Esp.), p.55-63, 2006.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**. v.7, n.3, p.319-326, jul.-set., 2008.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington, 2011.

BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C.; BORGES, A. C. C. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, v.73, n.1, p.64-70, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Ltda., 2009.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. v.11, n.1. p.67-84, 2002.

BATISTA, A. S.; ARAÚJO, A. B. Intimidade e Mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. **Revista Sociedade e Estado**, v.25, n. 1, p. 175-195, jan-abr, 2011.

BATISTA, A. S.; JACCOUD, L. B.; AQUINO, L.; EL-MOOR, P. D. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BAZTÁN, A. A. Ética, ética y transferencia. In: \_\_\_\_\_. **Etnografía**. Metodologia cualitativa en la investigación sociocultural. Editorial Boixareu Universitaria Marcombo, España, Cap. 6, 1995.

BENINCÁ, C. R.; FERNANDEZ, M.; GRUMANN, C. Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem. **RBCEH**. Passo Fundo, v.2, n.1, p.17-29, jan.-jun., 2005.

BENNER, P. From Novice to Expert. **The American Journal of Nursing**, v.82, n.3, p. 402-407, mar., 1982.

BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas**. Uma abordagem global. Lusodidacta, 1995.

BERQUÓ, E; BAENINGER, R. **Os Idosos no Brasil**: Considerações Demográficas. Disponível em: [http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos\\_nepo/textos\\_nepo\\_37.pdf](http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_37.pdf). Acesso em: 12 mai. 2012.

BILLINGS, J.; ALASZEWSKI, H. **Privacy and Dignity in Continence Care for Older People**. Report on phase 1. Centre for Health Services Studies University of Kent, september, 2008. Disponível em: [https://kar.kent.ac.uk/24800/1/Phase\\_1\\_Privacy\\_and\\_Dignity\\_in\\_Continence\\_Care\\_Report\\_November\\_2009.pdf](https://kar.kent.ac.uk/24800/1/Phase_1_Privacy_and_Dignity_in_Continence_Care_Report_November_2009.pdf). Acesso em: 12 mai. 2015.

BILLINGS, J.; ALASZEWSKI, H.; WAGG, A.; HOLDSWORTH, L.; BRIGDEN, C.; JENKINS, L. **Privacy and Dignity in Continence Care Project**. Phase 2 Report. Centre for Health Services Studies University of Kent, november, 2009. Disponível em: [https://kar.kent.ac.uk/24801/1/Phase\\_2\\_Privacy\\_and\\_Dignity\\_in\\_Continence\\_Care\\_Report\\_November\\_2009.pdf](https://kar.kent.ac.uk/24801/1/Phase_2_Privacy_and_Dignity_in_Continence_Care_Report_November_2009.pdf). Acesso em: 12 mai. 2015.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamentos entre sistema familiar e profissional do cuidado**. (Tese). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutr.**, v.12, n.3, p.261-272, set.-dez., 1999.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Fim de Século. Edições - Sociedade Unipessoal, Ltda., Lisboa, p.151-162, 2003.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.14, n.2, p.177-85, abr.-jun., 2005.

BRANDÃO, C. R. **Identidade e etnia**. Construção da pessoa e resistência cultural. Disponível em: [http://sitiodarosadosventos.com.br/livro/images/stories/anexos/identidade\\_etnia.pdf](http://sitiodarosadosventos.com.br/livro/images/stories/anexos/identidade_etnia.pdf). Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Resolução 196/96**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**. Brasília (DF): MS; 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 10.048** de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L10048.htm>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf](http://www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a **Lei Nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de julho de 1996. Seção 1, p. 12.277.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3 ed. Brasília: MS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 280**, de 7 de abril de 1999. Tornar obrigatório nos hospitais públicos a presença de acompanhante para maiores de 60 anos de idade, quando internados. DO 66-E, de 08/04/99.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Plano Brasil sem Miséria**. Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: [http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/brasil-sem-miseria/album\\_tecnico\\_final\\_modificado-internet.pdf](http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/brasil-sem-miseria/album_tecnico_final_modificado-internet.pdf). Acesso em: 28 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria MS 1.395** de 09 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528aprovaapoliticanacionaldesaudedapessoaidosa.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.529** de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. 2006b.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.528** de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a pessoa idosa**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coord. Geral de Apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS, 2006.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1019-26, nov.-dez., 2005.

BUTLER, R. N. Age-ism: another form of bigotry. **The Gerontologist**, v.9 n.2, p. 243-246, 1969.

CABETE, D. G. **O idoso, a doença e o hospital**: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência, 2005.

CABRAL, B. P. A. L.; NUNES, C. M. P. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Rev Ter Ocup.**, v.26, n.1, p.118-27, jan./abr., 2015.

CABRAL, J. P. Notas críticas sobre a observação participante no contexto da etnografia Portuguesa. **Análise Social**. v. XIX, n.76, p.327-39, 1983.

CALDAS, C. P.; TEIXEIRA, P. C. O idoso hospitalizado sob o olhar da teoria de enfermagem humanística. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, n.4, p.748-757, out.-dez., 2012.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Cuidados de Enfermagem ao idosos com a Doença de Alzheimer (2003-2008). **Enfermería Global**. v.17, n.3, oct., 2009.

CAMARANO, A. A. Estatuto do Idoso: avanços com contradições. **Texto para discussão Nº 1840**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.



CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p.25-73, 2004.

CAMARGO, I. L.; CARO, C. V. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. **Avances en Enfermería**, v.27, n.1, p.48-59, ene.-jun., 2009.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica** [online]. v.17, n.5/6, p.379-866, 2005.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idosos, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v.28, n.1, p.217-230, jan.-jun., 2011.

CAMPOS, E. A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. **Antropologia para enfermagem**. Barueri-SP: Manole, Cap. 4, p.59-81, 2009.

CAMPOS, M. Etnociência ou etnografia de saberes, técnicas e práticas? In: AMOROZO, M. C. M.; MING, L.C.; SILVA, S. M. P. **Métodos de coleta e análise de dados em etnobiologia, etnoecologia e disciplinas correlatas**. UNESP/CNPQ, 2002.

CAMPOS, S. H.; BOOG, M. C. F. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. **Rev. Nutr.**, v.19, n.2, p.145-155, mar.-abr., 2006.

CARDOSO, M. A. G. M. **O cuidar em Gerontologia: uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros**. (Dissertação). Universidade do Porto, 2000.

CARE QUALITY COMMISSION. **Dignity and nutrition** inspection programme: National overview. United Kingdom, October 2011. Disponível em: [http://www.cpa.org.uk/cpa/docs/CQC\\_Dignity\\_and\\_nutrition\\_inspection\\_report\\_October2011.pdf](http://www.cpa.org.uk/cpa/docs/CQC_Dignity_and_nutrition_inspection_report_October2011.pdf). Acesso em 26 mai. 2015.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, p.75-84, março, 2011.

\_\_\_\_\_. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online]. v.9, n.3, p. 596-616, set-dez, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2012.

CARRETTA, M. B; BETTINELLI, L. A; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm.** v.64, n.5, p. 958-62, set.-out., 2011.

CASTRO, M. R.; FIGUEIREDO, N. M. A. O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. **Physis**, v.19, n.3, p.743-759, 2009.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

CELICH, K. L. S.; GÁLON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.12, n.3, p.345-359, 2009.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFIA – CELADE/  
DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE LA CEPAL. **El envejecimiento y las personas de edad**. Indicadores sociodemográficos para América Latina y El Caribe. Santiago de Chile, 2009.

CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ. Ind020103. **Esperança de vida aos 60 anos, por ano, segundo região e sexo** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. jan, 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind020103-20120130.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

CHIBANTE, C. L. P.; ESPÍRITO SANTO, F. H. Etnografia en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. **Cultura de los Cuidados**. Año XVIII, n.40, p. 99-106, 2014.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.46, n.3, p.734-41, 2012.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**v.58, n.3, p.345-8, mai.-jun., 2005.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idoso. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.6, p. 666-71, 2000.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.38, n.4, p. 557-64, 2004.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude, aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

\_\_\_\_\_. **Cuidar...** A primeira arte da vida. 2. ed. Lusociência, 2003.

COLOMÉ, I. C. S.; MARQUI, A. B. T.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; CARLI, R.; WINCK, M. T. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13, n.2, p. 306-12, abr.-jun., 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>. Acesso em: 19 mai. 2015.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). **Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería**. Ginebra: Suiza, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução N. 311/2007.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

CORBEAU, J. P. Alimentar-se no Hospital: as dimensões ocultas da comensalidade. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 227-238, 2005.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v.5, n.2, dez 2003. Disponível em: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/aga.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html). Acesso em: 29 jul. 2012.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; CARVALHO, M. A. L. Florence Nightingale (1820-1910): as bases da Enfermagem no mundo. In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem: História de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, Cap. IV, p. 183- 217, 2011.

COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H.; NOVO, R.; SOARES, P. S.; Avaliação de discriminação contra idosos no contexto brasileiro – Ageismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.4, p. 509-518, out-dez, 2009.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A. A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, nsp, p.748-754, set.-oct., 2007.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A.; OJEDA, B. S. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.15, n.6, p. 1144-1149, set-dez, 2007a.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A.; SANTOS, B. R. L. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.10, n.2, p. 147-160, ago., 2007b.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A. Instituição de Longa Permanência para idosos: a imagem que permanece. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.2, p. 273-270, abr.-jun., 2008.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T. Acoplamento entre Instituições de longa permanência para idosos e universidades. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.4, p. 620-628, 2011.

CRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev Esc Enf USP*, v. 46, n.3, p. 734-41, 2012.

CRUZ-ORTIZ, M.; JENARO-RIO, C.; PÉREZ-RODRIGUEZ, M. C.; HERNÁNDEZ-BLANCO, M. L.; FLORES-ROBAINA, N. Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.4, jul.-ago., 2011.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas Ciências Sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

DÁVILA, R. V.; HIDALGO, P. L. P.; DÍAZ, M. C. J.; LENDÍNEZ, A. C.; RAMIRO, P. G. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y como lo ven los profesionales. **Gerokomos**, v.23, n.1, p.7-14, 2012.

DEBERT, G. G. O significado da velhice na sociedade brasileira. **Acta Paul Enf**, v.13, n.esp., p. 147-158, 2000.

DE MARCO, C. N.; DE MARCO, C. M. O dano moral por abandono afetivo do idoso: proteção a direitos fundamentais civis. **Anais do II Simpósio Internacional de Direito: dimensões materiais e eficaciais dos direitos fundamentais**. p. 35-48, 2012. Disponível em: [editora.unoesc.edu.br/index.php/simposiointernacionaldedireito/.../1036](http://editora.unoesc.edu.br/index.php/simposiointernacionaldedireito/.../1036). Acesso em: 18 mai. 2015.

DEMÁRIO, R. L.; SOUSA, A. A.; SALLES, R. K. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p. 1275-1282, 2010.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DeCS). **DeCS 2014**. Disponível em: [http://decs.bvs.br/P/DeCS2014\\_Alfab-I.htm](http://decs.bvs.br/P/DeCS2014_Alfab-I.htm). Acesso em: 14 mai. 2015.

DINIZ, N. M. F.; LOPES, R.L. M.; ARRAZOLA, L. S. D.; GESTEIRA, S. M. A.; ALVES, S. L. B. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Rev Bras Enferm.**, v.57, n.3, p.354-356, mai.-jun., 2004.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.33, n.4. p.370-6, 1999.

DORNELES, V. **Comentário Bíblico Adventista do Sétimo Dia**. Série Logos. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 2011.

DUARTE, Y. A. O. A influência da formação acadêmica do enfermeiro na assistência ao idoso. **Amb. Hosp.** v.9, p.61-6, 1994.

DURÁN, M. A. **Mujeres y hombres ante la situación de dependência**. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España, p.1-46, 2008.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, v.7, n.2, p. 52-69, mai.-ago.,1998.

ESQUIVEL, J. R.; CALLEJA, A. M. M.; HERNÁNDEZ, I. M.; MEDELLÍN, M. P. O.; PAZ, M. T. H. Aportes para una conceptualización de la vejez. **Revista de Educación y Desarrollo**, v.11, p.47-56, oct.-dic., 2009.

FAZZIO, D. M. G. Envelhecimento e Qualidade de Vida: uma abordagem nutricional alimentar. **Revisa**, v.1, n.1, p.76-88, jan-jun, 2012.

FEIXA, C. **Antropología de las edades**. Disponível em: [http://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=Antropolog%C3%ADa+de+las+edades](http://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=Antropolog%C3%ADa+de+las+edades). Acesso em: 18 mai. 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERREIRA, J. P. **Enciclopédia dos municípios brasileiros**. V. XX. Rio de Janeiro: IBGE, 1958.

FERREIRA, R. C.; ROCHA, E. S.; COUTINHO, N. N.; RIBEIRO, M. T. F.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N. La actuación del equipo de enfermeira en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. **Investigación y Educación en Enfermería**. Medellín, v.24, n.1, p. 48-57, marzo, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V.; TYRRELL, M. A. R. (Re)lembrando Elvira de Felic: gestos e falas de enfermeiras sobre o banho no leito, uma técnica/tecnologia de enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online]. v.10, n.1, p.18-28, 2006.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.39, n.6, p.924-9, 2005.

FLORES, P. F.; KIK, R.M. Jejum pré-operatório em pacientes hospitalizados. **Revista Ciência & Saúde**, v.6, n.3, p. 214-221, set.-dez., 2013.

FONSECA, H. C.; CANO, W. M. Expressões metafóricas construídas a partir de zoônimos e registradas em dicionários de língua geral. **Rev Horizonte Científico**. v.5, n.2, p.1-24, dez., 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/download/.../7797>. Acesso em: 08 jun. 2015.

FONSECA, R. P.; TRENTINI, C. M.; VALLI, F.; SILVA, R. A. N. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1275-1284, 2008.

FONSECA, M. G. U. P.; FIRMO, J. O. A.; LOYOLA FILHO, A. I.; UCHÔA, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**. v.44, n.1, p. 159-65, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 29ª reimpressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, p. 99-111, 2011.

FRAZÃO, A. **Tratamento para parafimose**. Disponível em: <http://www.tuasaude.com/tratamento-para-parafimose/>. Acesso em: 13 mai. 2015.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v.59, n.3, p.362-366, mai-jun, 2006.

GALLO, P. M. La concepción social de la vejez: entre la sabiduría y la enfermedad. **Ekaina**, p. 153-159, junio, 2007.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. 1. ed., 13 reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008. \_\_\_\_\_. **Observando o Islã**. O desenvolvimento religioso no Marrocos e na Indonésia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

\_\_\_\_\_. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, cap. 21, p. 297-309, 2000.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1509-1518, set.-out., 2005.

GÓIS, A. L. B; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.6, p. 2859-2869, 2010.

GOLDANI, A. M. "Ageism" in Brazil. What is it? Who does it? What to do with it? **R. Bras. Est. Pop.**, v.27, n.2, p. 385-405, jul.-dez., 2010.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, p. 85-91, 1997.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.26, n.1. p.20-30, abril, 2005.

GONÇALVES, M. E. S. A invisibilidade da mulher negra na enfermagem profissional brasileira. **Rev Eletrônica Multidisciplinar Pindorama do IFBA**, n.2, ano 3, p. 1-17, junho, 2012.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.1, n.1, p.57-68, jan.-jun., 2004.

\_\_\_\_\_. O cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1110-16.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.570-7, out-dez, 2006.

GONÇALVES, L. H. T. **Tecnologias assistivas para a autonomia e inclusão social do idoso portador de doença de Parkinson – TAIP**. Projeto interinstitucional de pesquisa. 2005-2007.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. A Enfermagem Gerontogeriatrica e sua especificidade. In: GOLÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. (orgs). **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri-SP: Manole, 2012, Cap. 1, p.3-25.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R; VERAS, R; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000. Disponível em: <[www.unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/unati1.pdf](http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2012.

GUALDA, D. M. R. “**Eu conheço minha natureza**”: um estudo etnográfico da vivência do parto. (Tese). Universidade de São Paulo, 1993.



GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p. 2931-2940, 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Guanabara Koogan, 2012.

GUTIÉRREZ, B.; JENTOFT, A. J. C. **Discriminacion de las personas mayores en la investigacion clinica**. Disponível em: [ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/vii\\_congreso\\_nacional.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/vii_congreso_nacional.pdf). Acesso em: 03 fev. 2015.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; ZAGONEL, I. P. S.; LENARDT, M. H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.3, p. 362-7, 2007.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.19, n.2, p.358-365, abr-jun, 2010.

HAKLI, G.; ÇAKIROGLU, F. P. Nursing staff's attitudes on the elderly nutrition in Ankara (Turkey). **Pakistan Journal of Nutrition**. v.12, n. 7, p. 660-664, 2013.

HEALTHCARE COMMISSION. **Caring for dignity**. London, september, 2007.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERR, J. J. Psicologia do Envelhecimento: Uma visão Geral. In: BURNSIDE, I. M. **Enfermagem e os idosos**. Andrei Editora Ltda. Cap. 3, p.26-33, 1979.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital**. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lisboa, Lusociência, 2000.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; TURATO, E. R. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16, n.4, jul.-ago., 2008.

HIGGINS, I.; VAN DER RIET, P.; SLATER, L.; PEEK, C. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. **Contemporary Nurse**. London, v.26, n.2, p. 225-237, 2007.

HINO DE JEQUIÉ-BA. **Hinos de cidades**. Disponível em: <http://musica.com.br/artistas/hinos-de-cidades/m/hino-de-jequie-ba/letra.html>. Acesso em: 22 mai. 2015.

HOLDEN, P.; LITTLEWOOD, J. **Antropology and Nursing**. Routledge. London, 1991.

IMBELLONI, L. E.; POMBO, I. A. N.; MORAIS FILHO, G. B. A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v.5, n.2, mar.- apr., p.117-123, 2015.

INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO). **Cuidado en la vejez**. El apoyo informal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Madrid, 1999.

\_\_\_\_\_. Cuidadoras y cuidadores: efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. **Boletín sobre el envejecimiento nº 35**. Perfiles y tendencia. Madrid, octubre, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil: tábua completa de mortalidade – 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 14 mai. 15.

\_\_\_\_\_. **Histórico Jequié-BA**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/bahia/jequie.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, nº 24. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, nº 27. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, nº 34. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Tradução Telma Ribeiro Garcia. **Notas sobre enfermagem**: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

JAIME JÚNIOR, P. Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional. **RAE**, v.42, n.4, p. 72-83, out.-dez., 2002.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.40, n.2, p.179-87, junho, 2006.

JOANILHO, A. L. O limpo e o sujo: anotações sobre um livro. **Hist. Ensino**, Londrina, v.4, p. 173-176, out., 1998.

JORDY, A. **Relatório do Grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos e Minorias objetivando o levantamento da situação dos Hospitais de Urgências Médicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Abril 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/relatoriourgencias2014.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; LIMA-COSTA, M. F.; GOTLIEB, S. L. D.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.17, n.4, p.271-281, out-dez, 2008.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Discurso Editorial: Barcarolla, 2009.

KARLA, C.; GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1509-1518, set.-out., 2005.

KAWASAKI, K; DIOGO, M. J. D. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiatr.**, v.12, n.2, p.55-60, 2005.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CÂMARA, M. B.; CARMO, M. S. N. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População** [on-line], v.20, n.1, p. 93-108, jan.-jun., 2003.

KLEINPELL, R. M.; FLETCHER, K.; JENNINGS, B. M. **Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly**. Disponível em: [http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/docs/KleinpellR\\_RFDHE.pdf](http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/docs/KleinpellR_RFDHE.pdf). Acesso em: 05 ago. 2012.

KLETEMBERG, D. F.; VIEIRA, M.; BERTONCINI, J. H.; PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S. O fascínio da ciência na área da saúde. In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem**: História de uma profissão. São Caetano do Sul, SP-Difusão Editora, Cap. VII, p. 295-334, 2011.

KOHLRAUSCH, E.; SANTO, L. E.; CUNHA, M. L. C.; GÓES, M.; BUOGO, M.; PEDROSO, M. As várias faces do contato no cuidar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.21, n.esp, p.15-32, 2000.

KUSUMOTA, L.; OLIVEIRA, M. P.; MARQUES, S. O idoso em diálise. **Acta Paulista Enferm.** v.22 (suplem), p.546-550, 2009.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 173-181, mai.-jun., 2010.

LAPASSADE, G. L'observation participante. **Revista Européia de Etnografia da Educação**, v.1, n.1, p.9-26, 2001.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. 15ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2003.

\_\_\_\_\_. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004, p.9-11.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

LARANJEIRA, C. A. Aprendizagem pela experiência em Enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v.14, n.2, p.176-81, abr.-jun., 2006.

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidade**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002a.

\_\_\_\_\_. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n.33, p. 25-40, jan-jun, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sociología del cuerpo**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002b.

LEINAWEAVER, J. Alejarse como proceso social: niños yancianos «abandonados» en Ayacucho. **Anthropologica**. Año XXVIII, n.28, p. 139-162, diciembre, 2010.

LEININGER, M. M. **The theory of culture care diversity and universality**. New York: National League for Nursing, 1991.

LEITE, M. T.; GONÇALVES, L. H. T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, v.18, n. 1, p. 108-115, jan-mar, 2009.

LENARDT, M. H. **Hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. (Tese). Universidade Federal de Santa Catarina, 158p., 2001.

LENARDT, M. H.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BORGHI, A. C. S.; VACCARI, E; SEIMA, M. D. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.2, p.313-320, abr.-jun., 2008.

LENARDT, M. H.; WILLIG, M. H.; SILVA, S. C.; SHIMBO, A. Y.; TALLMANN, A. E. C.; MARUO, G. H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n.2, p. 117-23, mai-ago, 2006.

LENDÍNEZ, A. C.; DÁVILA, R, V.; RAMIRO, P. G.; MEDINA, I. M. L.; DÍAZ, M. C. J.; HIDALGO, P. L. P. Plantilla de enfermería y demanda de cuidados de ancianos hospitalizados, ¿son suficientes los recursos? **Gerokomos**, v.18, n.4, p. 168-175, 2007.

LEONTIEV, A. N. O homem e a cultura. In: ENGELS, F.; GEERTZ, C.; LEONTIEV, A. N.; BAUMAN, Z.; MARCARIAN, E. S. **O papel da cultura nas Ciências Sociais**. Editoria Villa Martha Ltda. Porto Alegre-RS, p.37-72, 1980.

LIMA, D. F.; BARLEM, E. L. D.; SANTOS, S.S. C.; BARLEM, J. G. T.; RAMOS, A. M.; MATTOS, K. M. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.4, p. 578-584, jul.-ago., 2014.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]., v.13, n.4, p.217-228. dez., 2004. Disponível em: [http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742004000400004&lng=pt&nrm=iso](http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jun. 2012.

LIMA, M. L. C.; SOUZA, E. R.; ACIOLI, R. M. L.; BEZERRA, E. D. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2687-2697, 2010.

LIMA, O. B. A.; LOPES, M. E. L.; MELO, V. C.; OLIVEIRA, A. M. M.; ACIOLY, C. M. C.; ALVES, A. M. P. M. Direitos de idosos hospitalizados: compreensão de enfermeiros assistenciais. **Rev. enferm UFPE – REUOL** [on line]. Recife, 7(esp), p.6954-63, dez., 2013.

LIMA, S. **Serviço público de saúde é ruim ou péssimo para 61%, diz pesquisa**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/01/servico-publico-de-saude-e-ruim-ou-pessimo-para-61-diz-pesquisa.html>>. Pesquisa divulgada em 12.01.2012. Acesso em: 20 mai. 2014.

LOUREIRO, L. S. N.; MEDEIROS, A. C. T.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. M. L. Incontinência Urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n. 2, p. 417-423, abr/jun, 2011.

LOUVISON, M. C. P. Rede de atenção à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). In: WATANABE, H. A. W. et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, p. 33-51, 2009.

LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; PEIXOTO, S. V.; LIMA-COSTA, M. F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.4, p.229-238, 2004.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2657-2667, dez, 2006.

LUDWIG, R. B.; PALUDO, J.; FERNANDES, D.; SCHERER, F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.26, n.1, p.54-58, 2013.

LUÍS, M. F. Escolas desactivadas podem acolher idosos abandonados nos hospitais. **dnoticias.pt**. Disponível em: <http://www.dnoticias.pt/actualidade/politica/517923-escolas-desactivadas-podem-acolher-idosos-abandonados-nos-hospitais>. Acesso em 24 mai. 2015.

MACIEL, S. S. A.; BOCCHI, S. C. M. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14, n.2, p. 233-242, mar-abr, 2006.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.11, n.4, p. 1085-1092, 2006.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**: Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanesia. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MALYSSE, S. O limpo e o sujo: encenação da higiene corporal. **Opus Corpus**. Antropologia das Aparências Corporais, p.1-3, 1996.

MANETA, L. Aumenta o número de idosos abandonados nos hospitais. **DN Portugal**. set, 2010. Disponível em: [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1667222](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1667222). Acesso em: 24 mai. 2015.

MARCARIAN, E. S. **O papel da cultura nas Ciências Sociais**. In: ENGELS, F.; GEERTZ, C.; LEONTIEV, A.N.; BAUMAN, Z. Editoria Villa Martha Ltda. Porto Alegre, RS, 1980, p.103-107.

MARQUES, I. Atitudes dos enfermeiros face aos idosos. **Interações** [on-line]. Escola Superior de Altos Estudos: n.8, p. 209-222, 2005.

MARTINS, L. A. P.; MARTINS, R. A. **Infecção e higiene antes da teoria microbiana: a história dos miasmas**. Disponível em: <http://www.ghc.usp.br/server/pdf/ram-Miasmas-Sci-Am.PDF>. Acesso em: 18 mai. 2015.

MATIJASCIC, M.; DIAS, M. P. P. **Terceira Idade e esperança de vida: o Brasil no cenário internacional**. Comunicado da presidência nº 8. Rio de Janeiro: IPEA, 2008.

MATTOS, C. L. G. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. UERJ, 2001. Disponível em: <[http://www.people.ufpr.br/~marizalmeida/.../abord\\_etnogr\\_invest\\_cient.doc](http://www.people.ufpr.br/~marizalmeida/.../abord_etnogr_invest_cient.doc)>. Acesso em: 11 mai. 2012.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU / EDUSP, 1974.

MEIRA, E. C. M.; REIS JUNIOR, A. P. **Conhecendo a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento e a assistência às pessoas idosas no serviço de saúde hospitalar do interior da Bahia.** Relatório de Iniciação Científica, UESB/Jequié-BA, 2011.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L. M.; COIMBRA, J. A. H.; ALVAREZ, A. M. Autonomia e direito à informação: contribuições para a gestão do cuidado de idosos hospitalizados. **Ciência y Enfermería.** XVI, n.2, p.59-68, aug, 2010.

MELO, L. P. Enfermería y Antropología en Brasil: Relaciones, Dilemas y Desafíos. **Cultura de los cuidados.** Año XVII, n.36, p.66-76, 2013.

MELO, V. E.; YOSHIE, Y. A. Avaliação da sobrecarga física e mental dos cuidadores formais de idosos por meio da Escala de Zarit. **Anais 61 CBen.** 2009. Trab 1051, p. 6061-6064. Disponível em: [www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01837.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01837.pdf). Acesso em: 05.05.14.

MENDES, J.; MAFTUM, M. A.; LACERDA, M. R.; MANTOVANI, M. F.; RODRIGUES, R. A. P. Cuidado de enfermagem ao idoso no centro de terapia semi-intensiva: pesquisa qualitativa exploratória. **Online braz. J. nurs.** [Online]. v.8, n.2, ago., 2009.

MENEZES, C.; OLIVEIRA, V. R. C.; MENEZES, R. L. Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. **Revista Movimenta,** v.3, n.2, p.76-84, 2010.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada a violência silenciada:** um estudo etnográfico da violência doméstica contra o idoso. (Tese). Universidade de São Paulo. 385p, 1999.

\_\_\_\_\_. **O difícil encontro entre a não-violação dos direitos e assistência de idosos nos serviços de saúde em Jequié-BA:** opinião de idosos sobre o atendimento e assistência recebida e, percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência a pessoas idosas. Projeto interinstitucional de Pesquisa UFBA/UESB, 2009.

\_\_\_\_\_. Violência contra Idosos: é preciso se importar! In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (orgs.). **Rompendo o silêncio:** faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, p. 27-58, 2010.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, Cap 1, p. 9-29, 2004.



\_\_\_\_\_. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.11-24.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da Saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 223-242, p.2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização hospitalar. **História e evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro, 1965.

MONIZ, J. M. N. Cuidar de pessoas idosas: as práticas de cuidados de enfermagem como experiências formadoras. **Revista Kairós**, São Paulo, v.11, n.1,p. 39-57, jun., 2008.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. (Tese). Universidade Federal de Santa Catarina. 472p., 2003.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.41, n.3, p. 468-77, 2007.

MORAES, G. V. O. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**. (Dissertação). Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou, 2012.

MORALES, C. T.; BERROCAL, F. J. G. Hôtel-Dieu de Paris; reformas materiales, estructurales y funcionales entre lossiglos XII y XVIII. **Cultura de los Cuidados**. Año XVII, n.36, p.29-43, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.04>. Acesso em: 16 mai. 2015.

MOSQUERA, J. J. M. **Vida Adulta**: personalidade e desenvolvimento. Porto Alegre: Sulina, 1987.

MOTTA, A. B. Visão Antropológica do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 8, p. 78-82, 2006.

NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. **Antropologia para enfermagem**. Barueri-SP: Manole. Cap. 2, p. 15-35, 2009.

NAKATANI, A.Y. K.; SOUZA, A. C. S.; GOMES, I. V.; SOUSA, M. M. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.3, n.1, p.13-21, jan.abr., 2004.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. set-out. 2013 [acesso em: 09.05.15]; 21(5): [08 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf)

NERI, A. L. Atitudes em Relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, Cap.140, p. 1316-1323.

NÉRI, A. L.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.23, n.2, p.127-137, abril-junho, 2006.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: prática da saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.569-76, out/dez, 2008.

OLIVEIRA, D. N.; GORREIS, T. F.; CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Ciência & Saúde**, v.1, n.2, p.57-63, jul-dez, 2008.

OLIVEIRA, E. A.; GARCIA, T. R.; SÁ, L. D. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Rev. Bras. Enferm**, v.56, n.5, p. 479-483, set.-out., 2003.

OLIVEIRA, N. F. **Percepção da Equipe de Enfermagem sobre o idoso hospitalizado: subsídios para o cuidado em um serviço de clínica médica**. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

OMRAN, A. R. **The Epidemiologic Transition**: A Theory of the Epidemiology of Population Change. Disponível em: <[http://pingpong.ki.se/public/pp/public\\_courses/course07443/published/0/resourceId/0/content/20.11%20The%20Epidemiologic%20Transition.pdf](http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/0/resourceId/0/content/20.11%20The%20Epidemiologic%20Transition.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor**. Serie Recursos Humanos para la Salud n°. 59. Washington, OPS: 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. OMS: Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. OMS. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Living arrangements of older persons around the world**. New York, 2005.

\_\_\_\_\_. **World Population Ageing**. Department of Economic and Social Affairs. New York, 2009a.

\_\_\_\_\_. **World Population Prospects the 2008 Revision**. Department of Economic and Social Affairs. New York, 2009b.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.2, p. 500-508, 2013.

ORTEGA. M. P. M.; LUQUE, M. L. P.; FERNÁNDEZ, B. C. Vision histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. **Cultura de los Cuidados**. Año VI, n.11, p.40-46, 2002.

OSÓRIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediadas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.9, n.1, p.15-32, 2006.

PADILHA, M. I; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem**: História de uma profissão. São Caetano do Sul-SP: Difusão Editora, 2011.

PALMORE, E. B. The Ageism Survey. First findings. **The gerontologist.**, v.41, n.5, p.572-575, oct, 2001.

PARAHYBA, M. I.; CRESPO, C. D. **Diferenciais sociodemográficos na incapacidade funcional dos idosos no Brasil: uma análise das informações do censo demográfico.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1157.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1157.pdf). Acesso em: 10 mai. 2015

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p. 967-974, 2006.

PASSOS, S. S. S.; CARVALHO, E. S. S.; SADIGURSKY, D.; NOBRE, V. P. C. C.; PEREIRA, A.; GOES, J. A. Atendimento às necessidades da pessoa dependente para alimentação no ambiente hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.28, n.1, p.79-85, jan.-abr., 2014.

PASSOS, S. S. S.; SADIGURSKY, D.; Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.4, p.598-603, 2011.

PEDRAZZI, E. C.; MOTTA, T. T. D.; VENDRÚSCOLO, T. R. P.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; CRUZ, I. R.; RODRIGUES, R. A. P. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [on-line], v.18, n.1, jan.-fev., 2010.

PEIRANO, M. G. S. A favor da etnografia. **Série Antropológica**, n.130, 1992.

\_\_\_\_\_. Etnografia não é método. **Horiz. antropol.**, v.20, n.42, p.377-391, jul-dez, 2014.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.5, p. 663-9, set.-out., 2005.

\_\_\_\_\_. Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.43, n.2, p.351-357, jun, 2009.

PEREIRA, A. M. V. B.; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria: uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, v.19, n.4, p. 154-161, out.-dez., 2009.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, v.20, n.2, p.369-383, 2012.

PINHEIRO, L.; FONTOURA, N. O.; QUERINO, A. C.; BONETTI, A.; ROSA, W. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: IPEA: SPM: UNIFEM, 2008.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 23-25, 1997.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Situações de desconforto vivenciadas pelos idosos hospitalizado com invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, v.12, n.2, p. 310-315, 2008.

PROCHNOW, A. G; LEITE, J. L.; TREVIZAN, M. A. Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.449-57, jul-set, 2006.

PROCHNOW, A. G; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L; TREVIZAN, M. A. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.41, n.4, p.543-50, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Sustentabilidade e Equidade**: um futuro melhor para todos. Relatório do Desenvolvimento Humano, 2011.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceito e aplicações na área da saúde. **Rev Enferm UERJ**, v.15, n.2, p.276-83, abr-jun, 2007.

RAMOS, A. Z.; BARRIOS, P. E. P.; MENDOZA, A. Z. Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares. **Desarrollo Cientif. Enferm.**, v.20, n.4, p.134-139, mayo, 2012.

REDE INTEGRADA DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicador: E.1. **Número de profissionais de saúde por habitante**. Disponível em: [http://www.ripsa.org.br/fichasidb/pdf/ficha\\_e.1.pdf](http://www.ripsa.org.br/fichasidb/pdf/ficha_e.1.pdf). Acesso em: 30 abr. 2015.

REDON, S; JEOLÁS, L. S. **Pesquisa etnográfica com pacientes com câncer**: os desafios do termo de consentimento esclarecido. Disponível em: [http://www.uel.br/eventos/sepech/sumarios/temas/pesquisa\\_etnografica\\_com\\_pacientes\\_com\\_cancer\\_os\\_desafios\\_do\\_termo\\_de\\_consentimento\\_esclarecido.pdf](http://www.uel.br/eventos/sepech/sumarios/temas/pesquisa_etnografica_com_pacientes_com_cancer_os_desafios_do_termo_de_consentimento_esclarecido.pdf). Acesso em: 20 mai. 2012.

- REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades Humanas Básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.45, n.2, p. 334-41, 2011.
- REMES-TROCHE, J. M.; SÁENZ, P.; RIAÑO, D.; VALDOVINOS, M. A; MERCADO, M.; ROBLEDO, L. M. G.; VALDÉS, P. Incontinencia fecal en adultos mayores. **Rev. Invest. Clín.**, v.56, n.1, p.21-26, 2004.
- RIFIOTIS, T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da Gerontologia. **Pro-Posições**, v.18, n.1, p.137-151, jan-abr, 2007.
- RISSARDO, L. K.; MOLITERNO, A. C. M.; BORGHI, A. C.; CARREIRA, L. Fatores da cultura Kaingang que interferem no cuidado ao idoso: olhar dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0213-2373.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/pt_0104-1169-rlae-0213-2373.pdf). Acesso em: 15 mai. 2015.
- ROSA, M.; OREY, D. C. O campo de pesquisa em etnomodelagem: as abordagens êmica, ética e dialética. **Educ. Pesqui.**, v.38, n.4, p.865-879, out-dez, 2012.
- ROSA, N. M.; INOUE, K. C.; SILVINO, M. C. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Rev. Rene**, v.14, n.4, p. 1031-40, 2013.
- ROSSI, M. J. S. O curar e o cuidar. A história de uma relação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.44, n.1, p. 16-21, jan-mar, 1991.
- ROSSI, L. A. **O processo de enfermagem em uma unidade de queimados**: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado. Tese de Doutorado. USP Ribeirão Preto. 193p., 1997.
- RUIVO, S.; VIANA, P.; MARTINS, C.; BAETA, C. Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar. Comparação da função respiratória entre adultos e idosos saudáveis. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. v.XV, n.4, p.629-653, jul-ago, 2009.
- SALES, M. V. C; SILVA, T. J. A; GIL JUNIOR, L. A; JACOB FILHO, W. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. **Geriatrics & Gerontology**. v.4, n.4, p. 238-246, 2010.
- SANTANA, M. A. C. T. **Envelhecimento e a Pessoa Idosa**: Grupos de Convivência promovendo Saúde. (Tese). Salvador, ISC/UFBA, 2010.

SANTOS, S. S. C. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. **Rev. RENE**, v.2, n.1, p. 88-94, jul-dez, 2001.

SANTOS, S. S. C.; VALCARENGHI, R. V.; BARLEM, E. L. D.; SILVA, B. T.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SILVA, M. E. Elaboração de prontuário do residente em uma instituição de longa permanência para idosos. **Acta Paul Enferm.** v.23, n.6, p.725-31, 2010.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SCHARFSTEIN, E. A. A Identidade na velhice mediada pela ação do discurso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap.136, p. 1289-1295, 2006.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M. J. P. Reconhecimento dos aspectos tacéticos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.47, n.2, p.426-32, 2013.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.391-398, 2008.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. Psicologia**, v.25, n.4, p.585-593, 2008.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.4, p. 897-908, 2004.

SCHÜTZ, C. P.; SCHAEFER, M. M.; FRANÇA, A. J. V. B. D. V. **Linha do Tempo: a história da higiene do embelezamento**. s/d. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Camila%20Schutz,%20Murilo%20Schaefer.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Internação Domiciliar**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=586&catid=4&Itemid=19](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=586&catid=4&Itemid=19)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

SENA, E. L. S.; MEIRA, E. C.; SOUZA, A. S.; SANTOS, I. S. C.; SOUZA, D. M.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. Tecnologia Cuidativa de Ajuda Mútua Grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.1, p.93-103, jan-mar, 2010.

SILVA, A. P. M. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.39, n.1, p.36-45, 2005.

SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde Soc.**, v.21, n.1, p. 32-41, 2012.

SILVA, J. F. **Quando a vida chegar ao fim**. Expectativas do idoso hospitalizado e família. Loures: Lusociência, 2006.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.2, p.180-7, mar-abr, 2005.

SILVA, M. G.; BOEMER, M. R. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.3, p.380-386, mai-jun, 2009.

SILVA, R. J. S.; SMITH-MENEZES, A.; TRIBESS, S.; RÓMO-PEREZ, V.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.15, n.1, p.49-62, 2012.

SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; SILVA, M. A. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.4, p.1165-71, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a30.htm>. Acesso em: 07 abr. 2015.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso. **Rev Esc Enf USP**, v. 46, n.5, p.1221-1226, oct., 2012.

SILVA, V. A. **O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada**. (Dissertação). Salvador, Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2011.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; SOUSA, M. C.; MONTEIRO, T. S. A. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**. v.11, n.4, p. 514-20, 2013.



SIMKINS, C. L. Ageism's Influence on Health Care Delivery and Nursing Practice. **Journal of Student Nursing Research**, v.1, issue 1, p.24-28, 2007.

SIMMONS, L. W. **The role of the aged in primitive society**. Yale University Press, New Haven, Conn., 1945.

SIQUEIRA, M.; PARENTE, M. A. P.; GIL, M. Metáfora e Cultura: uma interface entre a Linguística e a Antropologia. **Antares**, n.2, p. 99-111, jul-dez, 2009.

SOARES, J. S. M. **Crenças baseadas na idade em profissionais de saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, 2014.

SOARES, S. S. D. O ritmo de queda na desigualdade no Brasil é adequado? Evidências do contexto histórico e internacional. **Textos para discussão N° 1339**. Brasília: maio, 2008. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1339.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1339.pdf). Acesso em: 28 mai. 2012.

SOUSA, L. B; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.12, n.1, p.150-55, março, 2008.

SOUSA, L.; RIBEIRO, A. P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde Soc.**, v.22, n.3, p. 866-877, 2013.

SOUSA, R. M.; SANTANA, R. F.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; ALMEIDA, J. G.; ALVES, L. A. F. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.14, n.4, p. 732-741, out-dez, 2010.

SOUZA, F. R.; MATIAS, H. A.; BRÊTAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2835-2843, 2010.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUÍS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.25, n.2, p.221-228, mai-ago, 2011.

SPRADLEY, J. P. **Participant Observation**. New York, Holt Rinehart and Winston, 1980.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.1, p. 59-6, jan-mar, 2011.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative**. Copyright. Cap. 5, p. 89-112, 1995.

TAVARES, J. P.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; BEUTER, M.; PRESTES, F. C.; ROCHA, L. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**. v.14, n.2, p. 253-259, abr-jun, 2010.

TAVARES, J. P. A.; SILVA, A. L. Cuidado de Enfermagem Geriátrica: um projeto emergente. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia**. Ano 5, v.4, n.2, p.5-15, ago-dez, 2011.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.7, n.2, p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. **Texto Contexto Enferm**. v.18, n.3, p. 409-17, jul-set, 2009.

TELLES, J. L. **Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do Pacto pela Vida/Saúde da população idosa 2006/2007**: contribuições para o Debate. Disponível em: [http://www.sbggpr.org.br/artigos/acoes\\_estrategicas\\_para\\_implementar\\_politica\\_2007%5B1%5D.pdf](http://www.sbggpr.org.br/artigos/acoes_estrategicas_para_implementar_politica_2007%5B1%5D.pdf). Acesso em: 29 jul. 2012.

TODARO, M. A. **Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos**. (Tese). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas-SP, 2008.

TWIGG, J. Carework as a form of bodywork. **Ageing and Society**. Cambridge University Press. v.20, n.4, p.389-411, 2000.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

URBANETTO, J. S.; MARCO, R.; CARVALHO, S. M.; CREUTZBERG, M.; OLIVEIRA, K. F.; MAGNAGO, T. B. S. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.6, p. 950-4, nov-dez, 2012.

VAGHETTI, H. H.; GREGÓRIO, V. R. P.; ZYTKUEWISZ, G. V.; PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da Idade Média: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.;

SANTOS, I. **Enfermagem**: História de uma profissão. São Caetano do Sul-SP: Difusão Editora, Cap. II, p. 83- 110, 2011.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. S. Clifford Geertz como un referencial para los estudios de enfermería sobre la cultura de las organizaciones de salud. **Ciencia y Enfermería**, v.15, n.1, p. 9-15, 2009.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. S; MAIA, A. R. C. O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares. **Cuad. Adm. Bogotá**, v.19, n.32, p.179-194, jul-dic, 2006.

VAZ, E. M.; YOSHITOME, A. Y. Avaliação da sobrecarga física e mental dos cuidadores formais de idosos por meio da escala de Zarit. **Anais 61 CBen**. Trabalho 1051. Ceará-Fortaleza, 2009. Acesso em: 09 mai. 2015. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01837.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01837.pdf).

VEIGA, M. A. P. L. F. **Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital**. Um desafio ao cuidado de enfermagem. Tese. Porto, 2007.

VELHO, G. **Individualismo e Cultura**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, Cap. 9, p. 121-132, 1987.

VENTURINI, G; BOKANY, V. A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o imaginado. In: NERI, A. L. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007, p. 21-31.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.3, p. 570-9, mai-jun, 2011.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M, MOREIRA, T. M. M. Dissertações e Teses de Enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.1, p.160-6, jan-mar, 2011.

VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13, n.1, p.78-89, jan-mar, 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8719>.

VIEIRA, L. J. E. S. **Julgar e compreender**: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. (Tese). Universidade Federal do Ceará. 179p., 2001.

VIEIRA, M. J.; FUREGATO, A. R. F. Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.35, n.2, p.135-40, jun., 2001.

VIGARELLO, G. **O limpo e o sujo**, uma história da higiene corporal. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VILELA, A. B. A.; MEIRA, E. C.; SOUZA, A. S.; SOUZA, D. M.; CARDOSO, I. S.; SENA, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VOGELAERE, P.; PEREIRA, C. Termorregulação e Envelhecimento. **Rev. Port. Cardiol.** v.4, n.5, p.747-761, 2005.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

\_\_\_\_\_. **O cuidado na Saúde**. As relações entre eu, o outro e os cosmos. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

WHITE, L. A. **O conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2009.

YEPES, R. La persona y su intimidad. **Cuadernos de Anuario Filosófico**. 2001. Disponível em: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/6360/1/48.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos**: um estudo etnográfico. (Tese). USP Ribeirão Preto, 1994.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DO ESTUDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
 NÚCLEO DE ESTUDO E VALORIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO - NEVE



### CONVITE

Prezada Sr<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Venho através desta, convidar V.S<sup>a</sup> para participar voluntariamente da Pesquisa intitulada: “**A enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: um estudo etnográfico**”, que busca compreender o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem às pessoas idosas internadas por condições clínicas de saúde, considerando o contexto local.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam oferecer uma melhor compreensão sobre o(s) significado(s) e a singularidade dos cuidados de enfermagem destinados às pessoas idosas no âmbito hospitalar e sirva de subsídios para o aprimoramento do cuidado a esta clientela.

Conto com a sua colaboração, oferecendo algumas respostas objetivas e subjetivas sobre o tema e permitindo-me conviver com a Sr<sup>a</sup>, neste ambiente de trabalho, durante os próximos meses. Sua participação é imprescindível e assumo o compromisso de que as informações a mim concedidas serão mantidas sob sigilo.

Caso aceite participar, por gentileza, proceda a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que está em anexo. Desde já agradeço a sua valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Enf<sup>a</sup> Andréa dos Santos Souza  
 Professora do Departamento Saúde/UESB/Jequié-BA  
 Doutoranda em Enfermagem PPGENF/UFBA

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 DOUTORADO EM ENFERMAGEM



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Andréa dos Santos Souza, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “**A enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: um estudo etnográfico**”, sob a orientação da Dr<sup>a</sup>. Maria do Rosário de Menezes. **O objetivo geral** da pesquisa é compreender os modos de cuidar desenvolvidos por profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, em enfermaria de cuidados clínicos. Os **objetivos específicos** são: caracterizar as profissionais de enfermagem que atuam nos cuidados às pessoas idosas, na enfermaria de cuidados clínicos de um hospital público municipal da Bahia; descrever e analisar os cuidados desenvolvidos pelas profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas em enfermaria de cuidados clínicos; identificar padrões de cuidados de enfermagem indicados às pessoas idosas hospitalizadas na enfermaria de cuidados clínicos; descrever e analisar os fatores que interferem nas práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, no contexto investigado. Participarão do estudo, profissionais de enfermagem que atuam na Clínica Médica deste hospital, no cuidado direto à pessoa idosa.

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, com o manejo de informações coletadas por múltiplos instrumentos, assumimos o compromisso de obedecer em sua totalidade, às diretrizes e normas regulamentadoras instituídas por meio da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a fim de resguardar os direitos dos participantes.

Deste modo, convidamos o Sr(a) a colaborar voluntariamente com esta pesquisa permitindo a observação e registro por um período de aproximadamente doze meses de sua prática de cuidados à pessoa idosa internada na Clínica Médica e concedendo uma entrevista que será gravada em local e momento apropriados para ambas as partes.

Garantimos que os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações. As entrevistas e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso o(a) Sr(a) tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, os protocolos serão desprezados. O relatório final, as publicações e apresentações em eventos com os resultados provenientes desta pesquisa, preservarão o seu anonimato e da instituição uma vez que as informações são confidenciais.

Os riscos previstos em sua participação serão o eventual desconforto ou constrangimento trazido pela observação e tempo gasto para conceder a entrevista.

Nossa pretensão é que este estudo possa contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem gerontogeriatrica, no que tange aos cuidados ao idoso hospitalizado e oferecer subsídios para a elaboração de políticas que utilizem adequadamente a hospitalização na abordagem à saúde desta população, como também colaborar no ensino da enfermagem com vistas a primar pelo bem-estar dos idosos enquanto seres humanos, cidadãos, antes mesmo de sua condição de saúde específica e independente da fragilização e adoecimento progressivo que possam vivenciar.



Caso queira desistir em qualquer época não será penalizado(a), e poderá fazê-lo sem correr riscos ou prejuízo pessoal ou profissional. Se tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo.

Pesquisadora e orientadora: Dra. Maria do Rosário de Menezes  
Telefones para contato na UFBA: (71) 3283-7631 / 3332-4452  
Pesquisadora responsável pelo presente estudo: MSc Andréa dos Santos Souza  
Telefones para contato: (71) 9181-0201; (73)3526-7028;

Se após estes esclarecimentos o Sr(a) decidir participar, por favor, proceda a assinatura do termo a seguir.

### CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Eu concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido(a) e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. As pesquisadoras me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o desenvolvimento da pesquisa e do meu direito de desistir da participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional, sendo garantido sigilo das minhas informações, da minha identificação pessoal e institucional, bem como de que a minha participação não prevê nenhum benefício econômico.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito voluntariamente participar do estudo: “**A enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: um estudo etnográfico**”, desenvolvido pela doutoranda Andréa dos Santos Souza, com a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Rosário de Menezes, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

NOTA: Este consentimento terá duas vias: uma ficará com as pesquisadoras e outra com o participante.

**APÊNDICE C: ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DE CUIDADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



**PROJETO DE PESQUISA: A enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: estudo etnográfico.**

**ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DE CUIDADOS****Avaliação da Clínica Médica e sua adequação para o cuidado à pessoa idosa.**

(Observação e registro realizado pela pesquisadora utilizando como parâmetros a RDC/ANVISA nº 283, 2005; a NBR 9050, 2004; Ambiência (MS/HumanizaSUS, 2010).

**Aspectos Gerais**

Disponibilidade de espaço ecumênico para oração/meditação.

Disponibilidade e características de espaço para convivência e banho de sol.

A estrutura permite preservar a identidade e a privacidade da pessoa idosa.

Número e conservação de biombos.

Disponibilidade de espaço específico para terapia ocupacional.

Disponibilidade de espaço para encontro privativo com familiares ou conversa confidencial com profissionais de saúde, outros.

Número e conservação de cadeiras de rodas, cadeiras de banho e andadores.

Higiene

Salubridade

Segurança contra incêndio e quedas

Acessibilidade: elevadores, rampas e escadas

Número e conservação de poltronas/cadeiras para acompanhantes

Sinalização/identificação de ambientes

Conforto, odores, sons.

**Banheiro**

Luminosidade

Barras de apoio

Piso

Altura do vaso

Porta e sistema de travamento

Presença de desníveis/degraus

Condições de transferência frontal e lateral

Área de circulação

**Enfermarias**

Número de leitos  
Distância entre os leitos  
Luminosidade  
Luz de vigília à noite  
Campainha/alarme ao alcance  
Piso  
Proximidade do banheiro  
Janelas  
Altura dos leitos  
Grades de proteção  
Local para guarda de pertences  
Presença de desníveis/degraus  
Calendário  
Disposição do mobiliário  
Proximidade de fonte de água potável

**Corredores**

Tamanho apropriado para circulação  
Barras de apoio

**APÊNDICE D: ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO DE CUIDADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



**PROJETO DE PESQUISA: A enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: estudo etnográfico.**

**ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO DE CUIDADOS**  
Nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Espaço: \_\_\_\_\_  
 Horário de Início: \_\_\_\_\_ Horário de Término: \_\_\_\_\_  
 Atores envolvido(s): \_\_\_\_\_  
 Atividade observada: \_\_\_\_\_  
 Ações individuais: \_\_\_\_\_  
 Ações coletivas: \_\_\_\_\_  
 Objetos presentes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Grau de interação da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Descrição da ação observada

Comentários da pesquisadora:

**APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



**PROJETO DE PESQUISA: A enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: estudo etnográfico.**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nº \_\_\_\_\_

Pseudônimo do Profissional: \_\_\_\_\_

Data de aplicação: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Local de aplicação: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo gasto para aplicação: \_\_\_\_\_

Observações:

---



---



---

**A) INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

01) Sexo

1. ( ) masculino                      2. ( ) feminino

02) Idade \_\_\_\_\_

03) Situação conjugal

1. ( ) solteiro                      2. ( ) casado/convivência estável  
3. ( ) viúvo                      4. ( ) desquitado/divorciado/separado

04) Religião

1. ( ) católica                      2. ( ) evangélica  
3. ( ) espírita                      4. ( ) outra \_\_\_\_\_

05) Possui filhos?

1. ( ) Sim . Quantos?: \_\_\_\_\_                      2. ( ) Não

06) Mantém contato frequente com pessoas idosas, fora do ambiente de trabalho?

1. ( ) Sim. Qual o vínculo? \_\_\_\_\_

2. ( ) Não

07) Renda

1. ( ) 01- 03 SM                      2. ( ) 04-07 SM  
3. ( ) 08-11 SM                      4. ( ) 12-15 SM                      5. ( ) 15 SM ou mais

**B) INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

09) Categoria profissional

1. ( ) enfermeiro                      2. ( ) técnico de enfermagem                      3. ( ) auxiliar de enfermagem

10) No currículo do curso que você fez havia disciplina com conteúdos referentes a gerontologia, geriatria, cuidado a pessoas idosas, envelhecimento humano?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

11) Como você avalia seu conhecimento em gerontogeriatrics?

---



---



---

12) Tempo de formação profissional

1. ( ) < 6 meses      2. ( ) 6 meses a 1 ano      3. ( ) 1 a 3 anos  
4. ( ) 4 a 6 anos      5. ( ) 7 a 9 anos      6. ( ) 10 anos e mais

13) Tempo que trabalha neste hospital

1. ( ) < 6 meses      2. ( ) 6 meses a 1 ano      3. ( ) 1 a 3 anos  
4. ( ) 4 a 6 anos      5. ( ) 7 a 9 anos      6. ( ) 10 anos e mais

14) E nesta unidade?

1. ( ) < 6 meses      2. ( ) 6 meses a 1 ano      3. ( ) 1 a 3 anos  
4. ( ) 4 a 6 anos      5. ( ) 7 a 9 anos      6. ( ) 10 anos e mais

15) Qual o seu vínculo empregatício e regime de trabalho neste hospital?

---



---

16) Em que locais você trabalha atualmente?

---



---

17) Realizou algum curso de qualificação/atualização em gerontologia após sua formação básica?

1. ( ) Sim. Qual(is) curso(s) e duração em horas? \_\_\_\_\_

2. ( ) Não

18) Que temas na área de enfermagem gerontogeriatrica necessita aprimorar para sua atuação profissional aqui na Clínica Médica?

---



---

### QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- ▶ Como você percebe a Clínica Médica enquanto ambiente de cuidados à pessoa idosa hospitalizada?
- ▶ Para você, o que significa cuidar de uma pessoa idosa?
- ▶ Como você percebe a hospitalização de uma pessoa idosa?
- ▶ Conte-me como você desenvolve o cuidado à pessoa idosa na Clínica Médica?
- ▶ Em sua opinião, que fatores interferem no cuidado à pessoa idosa na Clínica Médica?

## **ANEXOS**





**ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A Enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: um estudo etnográfico.

**Pesquisador:** ANDRÉA DOS SANTOS SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10175212.7.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 176.300

**Data da Relatoria:** 14/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um Projeto de tese de doutorado de natureza qualitativa, guiada pelo método etnográfico, com o objetivo geral de compreender os modos de cuidar desenvolvidos por profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, em enfermaria de cuidados clínicos. A coleta de dados será realizada num hospital público, de grande porte, do interior da Bahia por um período de nove a doze meses, por meio de observação participante periférica, entrevista semiestruturada e análise de documentos como prontuários de idosos e relatórios de enfermagem. Serão observados os cuidados de enfermagem junto às pessoas idosas nas enfermarias de cuidados clínicos: masculina e feminina, desde o momento da admissão (por quem está acompanhada, em que condições são admitidas e como são recebidas), avaliação e comportamentos de enfermagem diante das necessidades do idoso durante o período de internamento, até a saída do hospital quer seja por alta, transferência ou óbito

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender os modos de cuidar desenvolvidos por profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, em enfermaria de cuidados clínicos.

**Objetivo Secundário:**

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

*Andréa Santos Souza*

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



-Descrever e analisar os cuidados desenvolvidos pelas profissionais de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas em enfermaria de cuidados clínicos de um hospital público municipal da Bahia; -Identificar padrões de cuidados de enfermagem indicados às pessoas idosas hospitalizadas na enfermaria de cuidados clínicos; -Descrever e analisar os fatores que interferem nas práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, no contexto investigado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo prevê riscos envolvidos com a participação, como o eventual desconforto ou constrangimento trazido pela observação e tempo gasto para conceder a entrevista. Porém, toda e qualquer observação será realizada somente com conhecimento do profissional que em qualquer momento poderá solicitar a sua interrupção.

Benefícios:

Pretende-se com este estudo contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem gerontogeriatrica, no que tange aos cuidados ao idoso hospitalizado e sua interface com os contextos socioculturais, oferecer subsídios para a elaboração de políticas que utilizem adequadamente a hospitalização na abordagem de saúde desta população, como também colaborar no ensino da enfermagem com vistas a primar pelo bem-estar dos idosos enquanto seres humanos, antes mesmo de sua condição de saúde específica e independente da fragilização e adoecimento progressivo que possam vivenciar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto excelente em todos os aspectos (Referencial Teórico, Objetivos, Metodologia, Aspectos Éticos, Referências e Anexos - Cronograma, Orçamento, Questionário, TCLE). Considerei o projeto relevante, original e factível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos solicitados foram encaminhados (Folha de Rosto, Termo de Consentimento da Instituição onde acontecerá a pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarações da Coordenação do Programa de pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e da orientadora do Projeto de tese de Doutorado.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

*Daiciane Rose*

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



**Recomendações:**

Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O plenário está de acordo e homologa o parecer do relator.

SALVADOR, 18 de Dezembro de 2012

*Darci de Oliveira Santa Rosa*

**Assinador por:**

**DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL PARA ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ responsável Pelo HOSPITAL GERAL  
\_\_\_\_\_ da RÊDE SESAB, estou ciente e autorizo o (a)  
pesquisador (a) ..ANDRÉA DOS SANTOS SOUZA, a desenvolver nesta instituição  
o projeto de pesquisa intitulado A ENFERMAGEM E OS MODOS DE CUIDAR DE  
PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO.

Declaro conhecer as Normas e Resoluções que norteiam a prática de pesquisa  
envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 196/96, de estar ciente  
das co - responsabilidade como instituição co-participante do presente projeto de  
pesquisa, do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos de  
pesquisa aqui recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia  
de tal segurança e bem estar.

.....*Jequie*..... 17 de outubro de 2012  
.....