



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Oswaldira Alice da Silva Brito

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO HOSPITALIZADO:
AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO DE
ENFERMAGEM**

SALVADOR

2006

Oswaldira Alice da Silva Brito

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO HOSPITALIZADO:
AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.

Orientadora: Dra. Josicélia Dumêt Fernandes

**SALVADOR
2006**

B862 Brito, Oswaldira Alice da Silva

Atenção à saúde do idoso hospitalizado: ações dos
profissionais de nível médio de enfermagem/ Oswaldira Alice da
Silva Brito. – Salvador: O. A. S. Brito, 2002.
123 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de
Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

I. I.I.1. Idosos - Brasil 2. Assistência a saúde do idoso –
Brasil 3. Envelhecimento – aspecto biológico 4. Envelhecimento –
aspecto social I. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem. II. Título.

CDU: 616-053.9-083 (043.3)

Oswaldira Alice da Silva Brito

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO HOSPITALIZADO:
AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO
DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.

Aprovada em 26 de março de 2002.

BANCA EXAMINADORA

Josicélia Dumêr Fernandes _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Lúcia Silva Servo _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Clarice de Oliveira _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Darci de Oliveira Santa Rosa _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Aos meus velhos, avós maternos papai Juquinha e
mamaê, ao meu avô paterno Zezinho e ao meu painho
Oswaldo. Saibam que suas missões neste plano foram
cumpridas e nesse espelho eu reflito sobre a minha vida.

A minha família, em particular ao meu marido Jonildo
e aos meus filhos Igor e Isis, pelo compartilhar das
vicissitudes e alegrias da vida. E a minha mãe Jandyra,
pelo zelo constante.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a toda espiritualidade que trabalha no meu campo vital, amparando-me em todos os momentos.

À Profa. Dra. Joscélia Dumêt Fernandes que, no entendimento das minhas limitações, me fez descobrir potencialidades, transformando essa minha trajetória individual com sua presença e apoio constantes.

A Marilene Baqueiro, por ter me feito acreditar que era capaz de trilhar esse caminho e pelo estímulo ao auto-conhecimento e auto-ajuda.

À Escola de Enfermagem da UFBA, por me acolher novamente, quando optei por um processo de auto-ajuda.

Às enfermeiras Maria do Espírito Santo da Silva e Greiciane Santos, coordenadoras dos serviços de enfermagem das instituições selecionadas, pela viabilização da coleta de dados.

Aos profissionais de nível médio, por compartilharem comigo suas idéias, posições e ações do cotidiano no desenvolvimento deste estudo.

Aos funcionários da biblioteca, xerox, digitação e secretárias da Escola de Enfermagem da UFBA, pelo suporte operacional dado a este estudo, em especial a Edvaldina Sales Borges, Cídia Cardoso e Marlene Silva Nazaré.

A Adilza Bonfim Cerqueira, bibliotecária da EE/UFBA, pela colaboração em vários momentos.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI) e ao Projeto de Atenção à Saúde do Idoso (PROASI), por oportunizarem o Saber-Fazer da enfermagem gerontogerátrica no que tange à prevenção às doenças e promoção à saúde, além do processo contínuo de aprendizagem.

Aos idosos e familiares da Casa de Repouso Nosso Lar, por possibilitarem a apreensão do significado do envelhecer humano, com ênfase no meu próprio processo de envelhecimento.

Às colegas do mestrado, pela força energizada e o compartilhar nos momentos de conflito e desânimo, em especial a Isa Nunes, por manter-se sempre atenta às necessidades dos que a rodeiam.

Às colegas e amigas Ana Lílian de Souza Pires, Efigênia Álvares Vieira e Rita Machado, por me substituírem no trabalho, no transcorrer do Mestrado.

À minha amiga-irmã Maria de Fátima e Almeida Batista Serva, por me fortalecer com sua força.

À minha família, irmãs, cunhados, sobrinhos e sogros, por manterem acesa a certeza da conclusão desta etapa, apesar das dificuldades cotidianas.

A Maria José Bacelar Guimarães, pela gentileza e disponibilidade contínuas no processo de revisão e normalização desta Dissertação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram na realização deste estudo.

ORAÇÃO DO IDOSO

Felizes os que respeitaram as minhas mãos enrugadas e os meus pés deformados.

Felizes os que falaram comigo apesar dos meus ouvidos já não entenderem bem suas palavras;

Felizes os que compreenderam que os meus olhos começaram a não ver e as minhas idéias a ficarem baralhadas;

Felizes os que com um sorriso perderam tempo a conversar comigo;

Felizes os que nunca disseram; é já a terceira vez que me conta essa história;

Felizes os que me ajudaram a lembrar coisas de antigamente;

Felizes os que disseram que gostavam de mim e que eu ainda prestava para alguma coisa;

Felizes aqueles que me ajudaram a viver os últimos dias de minha vida.

(Autor Português Anônimo)

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo as ações de enfermagem desenvolvidas no cuidado prestado por auxiliares de enfermagem a pacientes idosos hospitalizados em duas instituições da rede pública de Salvador-Bahia. Optamos por um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1995), por entendermos que este é o caminho metodológico mais adequado para discutir o problema em pauta. Este estudo teve como objetivos: identificar as ações do cuidar que os auxiliares de enfermagem desenvolvem no cotidiano de seu trabalho junto ao idoso hospitalizado; caracterizar os auxiliares de enfermagem que prestam cuidados ao idoso hospitalizado; e evidenciar os fatores que influenciam no desenvolvimento das ações do cuidar prestadas pelos auxiliares de enfermagem ao idoso hospitalizado. Foram investigados quarenta e dois atores sociais das duas instituições, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Para a análise dos discursos, definimos a temática, da qual emergiram três categorias: o idoso na sociedade e o idoso hospitalizado; o cuidado ao idoso hospitalizado; e o diferencial do cuidado ao idoso. Essas categorias formam subcategorias consoantes com os objetivos definidos *a priori*. Ficou evidenciado que as condições de trabalho nem sempre são adequadas, além da insuficiência de recursos humanos e materiais para o desempenho das ações que compõem o cuidado. A falta de capacitação dos atores sociais para atendimento às peculiaridades da pessoa idosa hospitalizada, respaldando a diferenciação necessária para a intervenção adequada e positiva da enfermagem foi ratificada. Os resultados apontaram para a necessidade de uma transformação na maneira de ensinar e cuidar por parte das escolas de ensino superior e médio, assim como das instituições hospitalares, no que tange a seus modelos assistenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Envelhecimento – aspectos biológico, social. Assistência à saúde do idoso.

ABSTRACT

The focus of this study are the nursing duties performed by nursing assistants while rendering care to elderly patients in two public hospitals in Salvador, Bahia. We opted for a descriptive study with qualitative approach, using the method of content analysis proposed by Bardin (1995), for we understand that this is the most appropriate methodological manner to discuss the problem at hand. The objectives of this study were: to identify the duties that the nursing assistants render to the elderly during their work day; to characterize the nursing assistants that render care to the elderly; and to illustrate the factors that influence in the rendering of the care-taking duties by the nursing assistants to the elderly. Forty two nursing assistants were investigated in the two hospitals, using the semi-structured interview as a data collection instrument. For the analysis of the talks, we defined a theme from which three categories emerged: the elderly in society and the hospitalized elderly; the care-taking of the hospitalized elderly; and the differential of the care provided to the elderly. Those categories form parallel subcategories with the defined objectives a priori. It was shown that the work conditions are not always appropriate, besides the lack of human resources and materials necessary to perform the care-taking duties. The nursing assistants' lack of training relating to peculiarities in the care of the elderly, supporting the necessary differentiation for the appropriate and positive intervention of nursing was ratified. The results pointed toward the need of a transformation in terms of teaching and caring on the part of the higher education and training schools, as well as on the part of hospitals, with respect to their assistant models.

KEY WORDS: Biological and social aspects. Assistance to elderly patients. Getting old.

LISTA DE GRÁFICOS

1 – FAIXA ETÁRIA DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001	60
2 – FAIXA ETÁRIA DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001	60
3 – SEXO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001	61
4 – EXPERIÊNCIA COM IDOSOS NO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001	63
5 – EXPERIÊNCIA COM IDOSOS NO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001	63
6 – TEMPO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001	64
7 – TEMPO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001	64
8 – TEMPO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2002	65
9 – TEMPO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2002	65
10 – TURNO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001	66
11 – TURNO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001	66
12 – AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A” QUE RECEBERAM NOÇÕES DE GERONTOGERIATRIA EM SUA FORMAÇÃO	69
13 – AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B” QUE RECEBERAM NOÇÕES DE GERONTOGERIATRIA EM SUA FORMAÇÃO	69

LISTA DE QUADROS

1 - CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001	58
2 - CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001	59
3 - CATEGORIAS TEMÁTICAS E SUAS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS	71

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 <i>CAPÍTULO 1</i>	
CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
1.1 O IDOSO NA SOCIEDADE	20
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO	26
1.3 LONGEVIDADE E SAÚDE DO IDOSO	31
1.4 CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO	33
1.5 CAPACITAÇÃO PARA O CUIDADO AO IDOSO	41
 <i>CAPÍTULO 2</i>	
METODOLOGIA	46
2.1 CAMPOS DE INVESTIGAÇÃO	48
2.2 SUJEITOS DO ESTUDO	51
2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
2.4 COLETA DOS DADOS	55
2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE	56
 <i>CAPÍTULO 3</i>	
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	58
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	58
3.2 ANALISANDO OS DISCURSOS	70
3.2.1 Idoso na sociedade e idoso hospitalizado	72
3.2.2 Cuidado ao idoso hospitalizado	85
3.2.3 Diferencial do cuidado ao idoso hospitalizado	95
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	117
ANEXOS	121

INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas tem aumentado em todos os países do planeta, e o envelhecimento populacional é, hoje, uma realidade mundial. As projeções realizadas por estudos demográficos indicam que o Brasil deverá ter a 6ª maior população idosa do mundo, no ano de 2025, com 34 milhões de idosos, representando 15% da população total (CARVALHO, 1993; PASCHOAL, 1996). Esse aumento crescente do número de pessoas idosas, na estrutura da população em geral, vem sendo associado à transição epidemiológica, mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade conseqüentes do controle das doenças infecciosas e agudas, em relação ao predomínio das enfermidades crônicas e degenerativas (CANÇADO, 1994, 1997; KINSELLA, 1994). O avanço tecnológico e científico, sem dúvida, vem contribuindo sensivelmente para a melhoria da qualidade de vida do ser humano, trazendo como conseqüência natural a diminuição da taxa de mortalidade e o aumento da esperança de vida da população.

Apesar de estar, ainda, em busca de um nível de vida desejável para a maioria de seus habitantes, o Brasil já conseguiu elevar a expectativa de vida da população que se transformou de jovem em adulta, com uma tendência ao envelhecimento populacional (KINSELLA, 1994). Projeções demográficas vêm apontando, para o período de 1996 a 2020, um crescimento de 142% da população idosa, enquanto o crescimento da população em geral, para esse mesmo período, será de 26% (KALACHE, 1997). Se, por um lado, esse crescimento populacional de pessoas idosas indica uma diminuição da taxa de mortalidade e aumento da esperança de vida da população, por outro, aponta para uma preocupação frente à

dependência econômica e física que envolve grande contingente de idosos que não dispõem de aposentadorias compatíveis com as necessidades de uma velhice tranqüila. O envelhecimento populacional implica, portanto, em políticas sociais e, mais especificamente, em saúde compatível com o mínimo necessário para uma boa qualidade de vida para os idosos.

Essa realidade aponta para a exigência de novas necessidades em termos de atenção às pessoas idosas, uma vez que, avançando em idade, elas precisam de maior atenção a sua saúde, principalmente o idoso fragilizado, ou seja, o idoso com sobreposição de doenças crônicas e vulnerabilidade aos riscos que, progressivamente, incapacitam-no para a realização das atividades do viver diário (GONÇALVES et al., 1996).

No Brasil, os cuidados oferecidos para as doenças crônico-degenerativas têm se limitado a algumas esporádicas campanhas de prevenção desses agravos e a priorização da assistência médica individual aos portadores de risco. Até mesmo o Ministério da Saúde, em seu programa de 1986, que defendia a predominância da estratégia populacional, a partir de 1988 passou a concentrar suas recomendações no enfoque de alto risco, o qual se torna limitado quando se trata de pessoas idosas, pois esse segmento geralmente não procura o médico logo após os primeiros sintomas. Ademais, a organização predominante nos serviços de saúde privilegia o atendimento à demanda espontânea, oferecendo poucas possibilidades de acompanhamento médico após o primeiro atendimento (DALMASO, 1993; NEMES, 1991). Nessa linha de reflexão, Menezes (1985) considera a hospitalização do idoso como um dos assuntos mais controvertidos da atualidade, apontando a importância da triagem médica e social feita por ocasião do internamento, através da correta avaliação clínica sobre as causas que determinam a hospitalização e sua real necessidade, como uma forma de evitar a internação por motivos meramente sociais, como, por exemplo, a rejeição familiar.

A complexidade do processo de envelhecimento, apesar de fisiológico, ocasiona uma certa fragilidade física e mental nos indivíduos maiores de 60 anos, indicando a necessidade de uma atenção especial para com eles, principalmente quando hospitalizados. São muitas as dificuldades que os idosos enfrentam, no decorrer da fragilidade e vulnerabilidade próprias da velhice. As modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas favorecem uma situação de dependência, exigindo uma atenção especial daqueles que vivem, convivem e cuidam dos idosos. A maneira como o cuidado é proporcionado a uma pessoa idosa fragilizada terá grande impacto em sua qualidade de vida. Torna-se evidente, portanto, que a atenção à saúde do idoso exige dos profissionais que o assistem maior preparo acerca do processo de envelhecimento e, conseqüentemente, a compreensão das mudanças fisiológicas, psicológicas e comportamentais que ele envolve. Essa realidade aponta para a necessidade de mudanças substanciais na ordem social, econômica e política, exigindo modificações na oferta de trabalho, reeducação da mão-de-obra dessa população e adequação da rede de prestação da assistência à saúde e atenção à cidadania. Isto implica, também, em mudanças na enfermagem, visando a ações terapêuticas de ordem biopsicossocial, para que os maiores de 60 anos possam viver em sua plena capacidade física e mental, mantendo sua autonomia pelo maior tempo possível.

No início da última década, alguns avanços começaram a aparecer através de medidas formais, na tentativa de contribuir para a melhoria da qualidade de vida desse segmento da população. Dentre essas medidas, destacamos a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1997a). Esta Lei explicita o interesse em assegurar direitos sociais ao idoso e a criação de condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como podemos observar em seu texto: “[...] a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade,

defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida.” (BRASIL, 1997a, p. 8). Neste documento legal está previsto também o envolvimento da sociedade e do governo no desenvolvimento de alternativas de atendimento voltadas para a assistência à saúde do idoso, nos diferentes níveis de atendimento à saúde. A respeito da complexidade da assistência à pessoa idosa, principalmente em termos de cuidados à saúde, Stevenson et al. (1997, p. 40) comentam:

[...] um novo olhar deve ser lançado sobre a população idosa que chega aos serviços de saúde, pois esta exige do profissional uma formação profissional específica que atue junto a esse grupo de maneira a controlar e prevenir problemas relacionados às condições de morbidade, presente no processo de envelhecimento.

Percebemos, assim, a necessidade de um cuidado mais significativo na construção do conhecimento, na área de atuação da enfermagem, através da capacitação de seus profissionais. Born (1996, p. 409) afirma: “[...] no Brasil, as dificuldades são muito maiores do que nos países desenvolvidos, observadas tanto pela falta de mão-de-obra com o número de qualificação, como pela dificuldade financeira das instituições que arcarem com despesas elevadas de pessoal”. Ainda sobre a capacitação para a prestação do cuidado completo e adequado às peculiaridades da pessoa idosa, Stevenson et al (1997) consideram a educação, tanto na modalidade formal como informal, dirigida a indivíduos, família, grupos e à coletividade em geral, bem como à formação de recursos humanos diversificados na área gerontológica e geriátrica, um aspecto fundamental para a realidade do cuidado à pessoa idosa. Urge, portanto, o reconhecimento da necessidade de profissionais capacitados para o atendimento à saúde da pessoa idosa.

Os subsídios fornecidos pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1997c) e pela X Conferência Nacional de Saúde (1997) norteiam a qualificação da assistência ao idoso, indicando a necessidade de conteúdos de gerontogeriatría nos currículos dos cursos dos

diversos níveis do ensino formal. Em alguns centros universitários, já podemos observar a formação de grupos de estudos e pesquisas na área de atenção à saúde do idoso. Nas novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem (nível médio e superior), constante na Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996a), já estão previstos conteúdos voltados para a atenção à saúde do idoso. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem se preocupando em operacionalizar medidas que capacitem profissionais de saúde, em suas diversas categorias, em articulação, inclusive, com organismos internacionais, pois os padrões convencionais para a formação destes profissionais deverão modificar-se, devido à emergente demanda de idosos (BAQUEIRO; OLIVEIRA, 2000). O envelhecimento populacional requer, portanto, a premência de novos recursos e maiores investimentos na atenção à saúde dos indivíduos com mais de 60 anos, particularmente na questão do cuidado ao idoso com agravos de saúde. Sob essa ótica, o envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno especialmente preocupante, se pensadas as especificidades e peculiaridades da realidade dos serviços de saúde de nosso país.

Frente às sucessivas crises econômicas e escassez de recursos e investimentos destinados ao setor saúde, como garantir o direito à saúde dos idosos? Como assegurar os direitos dos idosos no mundo de hoje, no qual está desaparecendo, de maneira mais essencial, a própria noção de direito a ter direitos? Como se dá a atenção à saúde do idoso, num país com baixa magnitude dos gastos em saúde e com o movimento de minimização da atuação do Estado em relação aos compromissos sociais? Numa sociedade neoliberal, patrocinada pela implementação do Estado Mínimo, como está se dando o cuidado ao idoso que necessita de hospitalização? Essas e outras questões constituem-se em desafios que afetam diretamente a todos os indivíduos, inclusive os idosos, que não estão imunes às conseqüências do processo de globalização gerenciado pela macro-economia. Na explicitação desses desafios, Menezes (1999) chama atenção para o descompasso entre as transformações demográfica e

epidemiológica e a falta de recursos para atender à população idosa. É nesse panorama que se observa a ineficácia das medidas sociais adotadas frente ao envelhecimento populacional. O idoso, por sua vez, vem superando todas as adversidades, independentemente do abandono e indiferença social, principalmente no que se refere a sua condição enquanto necessitando de cuidados hospitalares.

O setor da saúde convive com situações extremamente conflitantes: a vida como valor supremo e a ênfase na valorização do corpo; a elevação da qualidade da expectativa de vida de algumas parcelas da população, convivendo, lado a lado, com a reincidência de epidemias que assolaram o país no início do século passado. Enquanto crescem os índices de doenças como hipertensão, infarto do miocárdio, câncer e distúrbios mentais, que se caracterizam como doenças de países desenvolvidos, o Brasil continua enfrentando, também, as verminoses e as infecções gastrintestinais e respiratórias, decorrentes da pobreza e da falta de saneamento básico. A estes problemas, podemos associar o aumento geométrico dos índices de contaminação da AIDs. O cotidiano do setor saúde vem evidenciando um hiato entre o que se desenvolve de mais moderno em termos de tecnologias aplicadas à saúde e a realidade social e sanitária de grande parcela da população, que sobrevive em condições de carências extremas, gerando complexidades e desafios para os trabalhadores do setor saúde, particularmente os de enfermagem.

O processo de envelhecimento, portanto, ao tempo em que representa um avanço no desenvolvimento social e de saúde pública, explicita incerteza frente a uma maior expectativa de vida face à realidade econômica do país e à ausência de um suporte físico, social e emocional adequados para a velhice. Esses fatores estão associados, ainda, às especificidades no cuidar dos idosos, particularmente dos idosos hospitalizados. Essas particularidades do cuidar requerem, por sua vez, conhecimento, competência, participação responsável e solidariedade.

Não basta reconhecer que a média de vida da população está elevada; não basta admitir que o país tem um grande contingente de idosos. É necessário, entretanto, a aceitação da legitimidade da necessidade de implementação de recursos de cobertura, que atendam à transformação social e econômica, compatíveis com a transformação do perfil demográfico e epidemiológico da população, que vem assumindo uma dimensão social complexa diante do crescimento da população de idosos. Em presença dessa realidade, a nossa reflexão tem se voltado para o processo de cuidar do idoso hospitalizado, através da capacitação dos profissionais de enfermagem e, mais especificamente, dos auxiliares de enfermagem.

A capacitação de pessoal de nível médio de enfermagem, para atuar no processo de cuidar do idoso hospitalizado, deve ser objeto de especial atenção. Vale salientar, as especificidades e peculiaridades que caracterizam o trabalho na área de atenção à saúde do idoso, no que se refere à preservação da existência humana, à luta pela manutenção da vida, ao convívio e oposição permanente do risco de morte. Partindo desse entendimento, buscamos, neste estudo, apreender a realidade do cuidado ao idoso hospitalizado em duas instituições da rede pública da cidade de Salvador, a partir das ações dos auxiliares de enfermagem e na perspectiva de intervenção adequada no cuidar da pessoa idosa.

Deste modo, a presente investigação está inserida no esforço de proporcionar subsídios ao processo de capacitação do pessoal de nível médio de enfermagem, buscando a melhoria do processo de atenção à saúde do idoso, que procura avançar na busca de encaminhamentos e soluções, evitando sua redução a um diagnóstico recorrente das dificuldades encontradas. Desta forma, estará contribuindo para a construção de caminhos que possam aproximar o processo de capacitação da realidade do cuidado ao idoso hospitalizado.

Campedelli (1993, p. 203) corrobora essa necessidade ao enunciar:

[...] embora possa parecer que a assistência de enfermagem, em essência, não seja diferente para as pessoas idosas, o conhecimento das características inerentes dessa

fase do ciclo vital impõe aos profissionais de enfermagem uma atenção especial para intervir de forma adequada e positiva.

As ações de enfermagem analisadas no presente estudo referem-se aos cuidados desenvolvidos pelos auxiliares de enfermagem em seu cotidiano sob a delegação e orientação do enfermeiro responsável pela assistência de enfermagem.

Esta investigação tem como objeto de estudo as ações desenvolvidas no cuidado prestado por auxiliares de enfermagem a pacientes idosos hospitalizados, em duas instituições da rede pública da cidade de Salvador/Bahia. Para desenvolvê-la, definimos os seguintes objetivos:

- identificar as ações do cuidar que os auxiliares de enfermagem desenvolvem no cotidiano de seu trabalho junto ao idoso hospitalizado;
- caracterizar os auxiliares de enfermagem que prestam cuidados ao idoso hospitalizado;
- evidenciar os fatores que influenciam no desenvolvimento das ações do cuidar, prestadas pelos auxiliares de enfermagem ao idoso hospitalizado.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 O IDOSO NA SOCIEDADE

Dentre os inúmeros conceitos sobre envelhecimento, optamos, neste estudo, pelo formulado por Vieira (1996, p. 52), que assim define a velhice: “[...] fenômeno do processo da vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcada por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo.” Na condição de fenômeno personalíssimo, a velhice é variável no tempo e no espaço, sendo produto de fatores exógenos e endógenos. Enquanto o envelhecimento, como um processo biopsíquico de degeneração orgânica, é resultante do contexto social, deve ser entendido em sua totalidade, pois não apresenta somente a ação ou efeito biológico ou psicológico, mas é também produto de um efeito sócio-cultural.

A esse respeito, Baldessin (1996, p. 492) explicita que a velhice não pode ser reduzida a um simples fenômeno biológico, a uma deterioração física, mas um fenômeno social que deve ser reconhecido como tal pelo grupo ou sociedade. Embora haja clareza em relação à situação biológica do envelhecimento, ainda não há absoluta concordância quanto a esta situação nos planos psicológico e social, como avalia Baqueiro (1985). A velhice, também

considerada como uma fase de involução do ciclo vital anterior à morte, é assim definida por Vieira (1996, p. 163):

[...] etapa da vida que se segue à maturidade e que apresenta efeitos específicos sobre o organismo do homem, devido o passar dos anos. Fase de continuação da vida, pejorativamente encarada como fase de doenças, de deteriorações e “rabugices” (impertinência, teimosia e mau humor de pessoa “ranzinza”).

A autora prossegue, comentando que velhice não é doença. A pessoa idosa, ao procurar um serviço de saúde, o faz por se encontrar doente e não por estar velho. Até porque, saúde não é privilégio da juventude. O grande desafio da velhice recai no binômio saúde-doença, pois o problema não consiste em ser jovem ou velho, e sim, saudável ou doente, autônomo ou não. O importante é planejar um envelhecimento bem sucedido, saudável, desempenhando atitudes e ações que preservem o vigor físico, funcional e psicossocial.

A qualidade de vida que permeia a velhice bem sucedida tem que ter em seu bojo o bom funcionamento físico, mental e social. Algumas características do processo de envelhecimento como, por exemplo, a lentificação dos processos mentais, o ritmo diminuído ao desenvolver determinadas tarefas, o enfraquecimento da força muscular, a dificuldade de adaptação ao que é novo são fatores que pontuam a necessidade de uma reestruturação no estilo de vida. O importante no conjunto dessas mudanças, é que possa ser estabelecida uma adequação entre o progresso e a qualidade de vida, trazendo expectativa de saúde à longevidade adquirida. O equilíbrio físico, mental e social representa, portanto, a senha do envelhecimento saudável.

Mesmo sendo considerada a universalidade inerente ao processo de envelhecimento, sabemos que ele varia de um para outro indivíduo e que essas diferenças pertencem não apenas à genética, como também ao estilo de vida, alimentação, meio ambiente. Para ser entendido em sua totalidade devem ser consideradas, dentre outras, as dimensões biológica,

psicológica, social e existencial, em sua interdependência. A dimensão biológica do processo de envelhecimento percebe o idoso como portador de modificações na homeostase orgânica, diminuição na elasticidade do tecido conjuntivo, redução no consumo de oxigênio, água e força muscular, podendo haver aumento da gordura no organismo. Em sua dimensão psicológica, percebemos o envelhecimento a partir do efeito que provoca na personalidade do indivíduo, tais como a queda da auto-imagem, perdas, solidão, sofrimento, comprometimentos emocionais, preconceitos, problemas sexuais, dentre outros (OLIVEIRA, M., 1993). Deste modo, visualizamos o envelhecimento através dos aspectos psicodinâmicos e psicossociais do geronte e seu *habitat*.

As adversidades do processo de envelhecimento dificultam a adaptação do idoso frente às mudanças ocorridas em seu corpo, em sua mente, em seu ambiente, provocando distúrbios psicológicos cada dia mais frequentes, variando de intensidade, desde leves crises de tristeza ou alterações comportamentais até graves reações psicóticas (OLIVEIRA, M., 1993). Vale destacar, também, o medo presente no processo do envelhecimento. Embora essas situações transcorram de forma natural, quando imbricadas com as relações do cotidiano tornam o processo do envelhecimento bastante apreensivo para quem o experiencia. Dentre as alterações psicológicas na velhice, a depressão tem sido considerada como uma das expressões mais comuns de angústia emocional entre idosos, sendo elevada a taxa de suicídio nesta faixa etária, o que exige a instituição precoce de medidas de controle, para evitar não só esta ocorrência, como também complicações mais sérias. Em sua dimensão social, o envelhecimento está inserido no contexto político-econômico, com relevância dos aspectos ideológicos que conduzem o poder decisório da sociedade e, conseqüentemente, a definição do patamar em que é colocado o idoso nessa realidade, assim como o nível de investimentos realizados em prol deste segmento.

No passado, nas sociedades pré-industriais, os idosos desempenhavam importantes papéis e eram tidos como referência pelo acúmulo de sabedoria e experiência; detinham o poder econômico e, por conseqüência, também *status*, usufruindo respeito e deferência no grupo social, no qual exerciam funções de destaque como conselheiros, guardiões dos valores morais, juizes e outras atividades socialmente reconhecidas (SALGADO, 1990). Este perfil assegurava ao idoso uma ascendência moral sobre os demais grupos. Envelhecer significava evoluir socialmente. Hoje, os estudos sociológicos não têm demonstrado isso. A sociedade contemporânea, em decorrência do capitalismo, privilegia a produção e desvaloriza a atividade humana que não esteja ligada ao labor econômico e, deste modo, enaltece o indivíduo pelo que ele vale e produz, e não pelo que ele é. Sendo assim, aqueles que não participam desse sistema ficam marginalizados, a exemplo dos idosos, que foram perdendo espaço e *status*. A idade não é apenas reconhecida como um fato biológico, mas, principalmente, como um fato social. Em toda sociedade, a divisão social desencadeada por idade é uma realidade, porém a diferença entre a existência virtual e real deve ser considerada. Neste sentido, Salgado (1985, p. 24) pondera:

[...] as categorias por idade são noções sociológicas, pois, segundo a época, os costumes, as instituições e os indivíduos que compõem a população, recebem maior ou menor importância. Não se trata de uma idade biológica, mas sim de como as diferenças biológicas, como, por exemplo, a idade maior, o sexo, a raça, acarretam diferenças sociais, sobretudo na vida de trabalho produtiva.

Na quarta dimensão do envelhecimento, de acordo com Vieira (1996, p. 54), todos os fatores biológicos, psicológicos e sociais “[...] desembocam na esfera existencial e a essência do existencialismo está na dicotomia entre as aspirações humanas e suas limitações. São essas que dão a dimensão da profundidade do viver ou o ‘trágico sentido da existência’ em relação ao futuro.” Fica claro que ao existencialismo está atrelado o sentimento do idoso frente a seu lugar e papel na sociedade. Sentindo-se ainda em pleno gozo de seus direitos, e já tendo

cumprido seus deveres enquanto cidadão, certamente não terá “crise de existência” se seu potencial for reconhecido e respeitado no desenvolvimento de uma ocupação adequada a sua ainda presente força de trabalho, pois a atividade representa uma alegria para o idoso e é realizada com muito entusiasmo.

Cícero (1964, p. 106) considera alguns aspectos que tornam a velhice uma fase infeliz da vida: “[...] o primeiro, porque afasta o homem dos negócios; o segundo, porque torna o corpo mais fraco; o terceiro, porque priva o homem de quase todos os prazeres e o quarto porque está perto da morte.” Apesar de muito aproximados com aquilo que se concebe como velhice, esses aspectos devem ser enfocados tanto individualmente, pela própria pessoa idosa, como coletivamente, pela sociedade. Vale destacar, que a pessoa idosa, ao longo dos anos, vem sobrevivendo às injúrias sociais, histórica e socialmente construídas, levando Baldessin (1996, p. 491) a considerar: “[...] a sociedade industrial foi capaz de abandonar, desprestigiar, institucionalizar, reduzir à pobreza e à falta de função social, milhões de velhos.”

As sociedades mais carentes são mais sensíveis às riquezas da idade avançada, pela experiência que concede amor, trabalho, alegria e sofrimento à vida. O contato contínuo com a miséria, a privação e o sofrimento no transcorrer da vida dão suporte para as pessoas viverem precocemente a velhice. De forma oposta, uma concepção de velhice mesclada de mitos, preconceitos e falsos estereótipos é vivenciada entre as gerações mais novas, provenientes de países industrializados, zonas urbanas e famílias nucleares (BALDESSIN, 1996). A longevidade sem velhice não é possível. Por isso, é importante que a sociedade contemporânea invista nesse segmento, mudando a ótica da improdutividade e inoperância fomentada, apesar de criticada, pela falta de investimento nesse potencial.

A sociedade moderna, com suas contínuas transformações socialmente construídas, vem colocando os idosos em um plano secundário. A esse respeito, Baldessin (1996, p. 496) considera: “Em nossa cultura, que valoriza somente o que é jovem, dinâmico e atraente,

devemos contribuir para recuperar os valores de que o idoso é portador e promover uma visão positiva da velhice, como uma fase a ser vivida plenamente.” As mudanças sociais mais profundas, que historicamente transformaram a sociedade, vêm ocorrendo sucessivamente, desde o século XIX. Enquanto se processam, a sociedade brasileira evolui, assim como a situação demográfica e epidemiológica, tornando o país grisalho. De forma paradoxal, os idosos não têm um espaço reservado e, muito menos, o reconhecimento de seus direitos enquanto cidadãos que contribuíram para essa evolução. A esse respeito, Hogestal (1978 apud SILVA; BAQUEIRO, 1995, p. 118) pondera:

[...] provavelmente a palavra que melhor caracteriza este século, é mudança – mudança do rural para o urbano, mudança da família extensa para a família nuclear, mudança de um ritmo de trabalho mais lento para um mais rápido; por isso, algumas pessoas idosas ressentem-se com tais mudanças e encontram dificuldades em ajustar-se a elas.

Na sociedade rural, uma das características da família era o quantitativo de componentes, o que facilitava a organização e estruturação do modo de produção familiar. Em decorrência do êxodo rural provocado pela industrialização, este número foi sendo reduzido, originando a família nuclear, cada vez menos numerosa em sua composição, típica dos grandes centros urbanos. Essa modificação não ocorre apenas numericamente; ela atinge igualmente as funções da família, na qual é destacada a função educacional. Entretanto, na família nuclear, a escassez de tempo e espaço é uma realidade que limita a atenção ao idoso, ocasionando, muitas vezes, uma dificuldade na comunicação com os demais componentes, principalmente entre os mais jovens (SILVA; BAQUEIRO, 1995).

A problemática do idoso não passa apenas por questões estruturais e/ou emocionais no contexto familiar. Ela é permeada e, ao mesmo tempo, inserida no bojo político, com conseqüente repercussão sócioeconômica. O impacto maior para os países do terceiro mundo, cuja população envelhece rapidamente, é a repartição dos recursos, pois passa a existir a

competição entre dois segmentos externos e não produtivos – as crianças e os idosos – ambos com carências e demandas diferenciadas. Daí a necessidade urgente de mudança, no tocante a essa última categoria emergente, por guardar potencialidades a serem descobertas.

Toda essa realidade do idoso na sociedade coloca em pauta a percepção de complexos problemas sócioeconômicos, contribuindo para aumentar o risco de dependência física, psicológica e social a que as pessoas idosas estão sujeitas. Essa percepção, por sua vez, aponta para a necessidade de se repensar as políticas de atenção à saúde da população e, mais especificamente, da população idosa.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

Diferentemente dos países desenvolvidos, nos quais o processo do envelhecimento foi gradual, tornando possível a conscientização e o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia e planejamento das ações governamentais, no Brasil, esse processo ocorreu de forma acelerada e concomitante à industrialização. Favoreceu, portanto, não apenas às injustiças sociais, dentro de um quadro de crises do Estado, no qual são organizados as desigualdades e os problemas sociais, mas também exigem maiores esforços no planejamento de políticas, programas e ações que possam contribuir para o envelhecimento saudável da população e para o atendimento das necessidades do idoso em seus aspectos funcionais específicos, como saúde, nutrição, educação, aposentadoria, transporte e vida social.

Para Videla (1994), as políticas de atendimento às pessoas idosas devem contar com uma infra-estrutura que atenda não somente ao idoso relativamente saudável e independente, mas, também, àquele com limitações e cujas necessidades implicam em cuidados

institucionalizados. A Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1997^a), regulamentada pelo Decreto n. 1.948 de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1997b), estabelece as diretrizes para a Política Nacional do Idoso (PNI), objetivando assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a autonomia desses indivíduos, bem como sua integração e participação efetiva na sociedade.

A Política Nacional do Idoso é coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Secretaria de Assistência Social, tendo como participantes os Ministérios da Cultura, Educação e Desporto, o Instituto Nacional de Desenvolvimento do Desporto e o Ministério da Indústria, Comércio e Turismo. Ela se apresenta como respaldo para a melhoria das condições sociais da população que envelhece. Esta Lei prevê, também, ações governamentais na área social e de saúde, pressupondo o envolvimento da família, sociedade e governo. No que tange à área da saúde, está prevista a assistência ao idoso, nos diferentes níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Intencionando colocar em prática as ações preconizadas nessa Lei, órgãos governamentais, através de uma ação conjunta, buscaram implementar políticas públicas que contemplassem a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Neste sentido, foi elaborado o Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso¹, publicado em janeiro de 1997, pela Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1997c). Acerca desse plano, Caldas (1998, p. 37) comenta:

[...] importantes ações têm que ser desenvolvidas no sentido de não só resgatar o nível econômico dos idosos, mas particularmente o dos aposentados, quer pelo aumento significativo de suas remunerações, quer por programas subsidiados de atenção à saúde, à alimentação, à habitação e a outras necessidades sociais.

¹ Este Plano foi apresentado por Costa (1996) no I Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do Século”, realizado em Brasília, em 1996.

O Ministério da Saúde, em atendimento à Lei 8.842/94 e à Lei Orgânica da Saúde, e em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, procura garantir a atenção integral à saúde do idoso, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para sua implementação, essa política tem por diretrizes:

- I – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- II – participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- III – priorização do atendimento ao idoso, através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam a sua sobrevivência;
- IV – descentralização político-administrativa;
- V – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;
- VI – implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
- VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- VIII – Priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços quando desabrigados e sem família;
- IX – apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento. (BRASIL, 1997b, p. 9-10).

A Lei 8.842/94 (BRASIL, 1997^a) tem sido considerada como um importante reconhecimento ao segmento idoso da população em geral, garantindo a implementação e modificação de políticas públicas consoantes com suas necessidades, emergidas e evidenciadas nas últimas décadas, apesar de historicamente estabelecidas. Esse documento legal, validado pela sociedade civil como um dos mais avançados do mundo, foi aprovado no Congresso Nacional após extensos debates com as organizações governamentais e não governamentais interessadas na matéria (COSTA 1996).

No que concerne ao idoso fragilizado, com necessidades de saúde, a PNI prevê, em seu cap. IV, artigo 10, inciso II:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) [...]
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) [...]
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 1997^a, p. 13-14).

Na área de educação, a PNI prevê, no art. 10 do cap. IV, inciso III:

- h) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- i) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis de ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- j) incluir a gerontologia e a geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;
- k) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar à população sobre o processo de envelhecimento [...] (BRASIL, 1997^a, p. 14).

Esses princípios e diretrizes da PNI evidenciam que os níveis de prevenção de doenças e promoção da saúde estão contemplados. Entretanto, as dificuldades inerentes aos serviços de saúde, a escassez de leitos hospitalares, a mudança do perfil epidemiológico, favorecendo o aumento da demanda reprimida, maior tempo de permanência hospitalar e escassez de profissionais qualificados para prestarem assistência ao idoso hospitalizado interferem substancialmente na qualidade do cuidado prestado. Esta tem sido uma realidade observada no cotidiano da atenção à saúde do idoso fragilizado, em que os modelos de promoção da saúde e prevenção de doenças têm se revelado tímidos, insuficientes e/ou limitados, tendo em

vista sua inadequação às necessidades dos idosos que, via de regra, apresentam mais de uma patologia. A este respeito, Gordilho et al. (2000) consideram que o investimento realizado na promoção do envelhecimento saudável é tão importante quanto os recursos aplicados na assistência à saúde. Isto significa que as políticas destinadas a prevenir a deterioração da capacidade funcional e a permitir a compreensão da morbidade devem se mostrar mais eficazes no sentido de evitar que os idosos “saudáveis” venham a engrossar o contingente de idosos doentes, que demandam atenção dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, observamos que as políticas de atendimento ao idoso pautam-se numa visão ampla do ser idoso na sociedade. Consideramos, entretanto, a complexidade da assistência à pessoa idosa hospitalizada e, mais especificamente, à pessoa idosa carente de cuidados a serem dispensados por recursos humanos capacitados para prestar cuidados específicos. De acordo com Costa (1996, p. 90), o panorama de políticas públicas para atenção à saúde do idoso, frente à modificação qualitativa e quantitativa do perfil epidemiológico decorrente do envelhecimento populacional, aponta para a necessidade de desenvolvimento de

[...] formas de cooperação entre os demais Ministérios, as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios e entre os Centros de Referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes multiprofissionais da saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso.

Outro aspecto que merece destaque é a realidade do setor saúde, com um quadro de descompromisso político com a qualidade do serviço prestado, insuficiência de recursos materiais, humanos e financeiros, precárias condições de trabalho e salários inadequados que, muitas vezes, afastam os mais qualificados, permanecendo somente uma minoria de profissionais abnegados, muitas vezes a um passo da aposentadoria.

No momento em que a rede de atenção à saúde é submetida a um processo de readequação, objetivando um atendimento integral às necessidades específicas do grupo populacional que mais cresce no país, há a necessidade de uma reformulação da política de recursos humanos do SUS, em todos os níveis de atendimento, através da participação de todos os profissionais nessa discussão, que envolve temas como: readequação da rede; melhores condições de trabalho; salários justos; e aperfeiçoamento de recursos humanos (SALGADO, 1996).

1.3 LONGEVIDADE E SAÚDE DO IDOSO

A longevidade traz alguns reflexos para a atenção à saúde da pessoa idosa. O primeiro deles é a necessidade do conhecimento sobre as peculiaridades do idoso, elemento imprescindível para o cuidado pleno as suas necessidades.

Na construção de seu corpo de conhecimentos, a enfermagem depara-se com a realidade de sua competência que é o cuidar/cuidado do idoso, mais especificamente do idoso hospitalizado. Essa realidade exige da enfermagem um saber específico, visando a geração de serviços prestados com qualidade e ausência de riscos.

Como resultado de uma pesquisa realizada em instituições geriátricas, gerontológicas e asilares no Estado do Rio de Janeiro, M. Duarte (1998, p. 200) detectou:

[...] levantamento das instituições geriátricas, gerontológicas e asilares para diagnosticar a situação de internação dos idosos no Estado do Rio de Janeiro, constatou que, em 95% dessas instituições, a gerência do serviço de enfermagem não era ocupada por enfermeiros e o pessoal que cuidava dos idosos era constituído por atendentes (100%), ou seja, trabalhadores não qualificados para essa finalidade.

A autora observou, nesse estudo, que os idosos não tinham satisfeitas suas necessidades físicas, terapêuticas, psicossociais e/ou referentes ao ambiente e reabilitação, em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde, até mesmo na seara do serviço público. Segundo a autora, para a enfermagem, a gerontogeriatrics abre um espaço importante, viabilizando uma atuação com autonomia e criatividade, mas, sobretudo, com o conhecimento específico de sua área de competência, por seu cliente requerer um complexo olhar na relação, muitas vezes atípica, de saúde-doença, sendo importante o discernimento entre senescência e senilidade.

Outro impacto trazido pela população que envelhece é a mudança nas causas de morbimortalidade, devido ao novo perfil epidemiológico delineado pelo quantitativo de pessoas idosas. Em primeiro lugar, as doenças infecto-contagiosas são substituídas por crônico-degenerativas, como causa líder de mortalidade. Vale salientar, contudo, que, mesmo erradicadas, as doenças infecto-contagiosas estão ressurgindo, a exemplo da dengue, cólera e outras, evidenciando o descaso governamental, principalmente no que se refere a saneamento básico e medidas preventivas de doenças e promocionais de saúde. Ilustra bem essa realidade no Estado da Bahia, a tabela intitulada “Número e percentual de óbitos em idosos residentes em Salvador e no Estado da Bahia, segundo grupos de causas e faixa etária - 1996”, produzida pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (ver Anexo A).

A partir de 1996, as causas básicas de óbito passaram a ser classificadas de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), constituindo-se como os quatro principais grupos de causas de óbitos entre idosos: as doenças do aparelho circulatório, as causas externas de morbidade e mortalidade, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. No Brasil, o quadro não é muito diferente, tendo em vista o progressivo aumento das doenças crônico-degenerativas. Apesar dessa realidade, as mudanças

promovidas, visando amenizar suas conseqüências na prática, até o momento têm sido ineficientes.

Os serviços de emergências freqüentemente têm sido procurados por pacientes portadores de complicações e seqüelas de doenças crônico-degenerativas, ocupando leitos com baixa rotatividade. Como se tratam de doenças crônicas, têm baixa resolutividade, implicando na necessidade de recursos humanos e materiais, além de exigir tecnologia de ponta e, conseqüentemente, uma assistência de alto custo. Acerca dessa realidade, Paschoal (1996, p.42) explicita:

Para um país que não resolveu problemas prementes da saúde materno infantil (mortalidade, desnutrição), o aumento da prevalência de diabetes, hipertensão, surdez, cegueira, dentre outros, todas causadoras de incapacidades e dependências, vai levar a uma competição pelos recursos, já escassos e mal empregados.

Por outro lado, as aposentadorias e pensões não passam de 2,5 salários mínimos para um percentual de quase 90% de aposentados. Esses idosos continuam trabalhando no mercado informal, sem o devido reconhecimento e recolhimento social, pois a renda da aposentadoria é insuficiente para o atendimento de suas necessidades básicas, aquisição de medicamentos para controle das doenças crônico-degenerativas características da pessoa que envelhece, que apresenta, geralmente, mais de uma patologia.

Dadas essas condições, fica claro que o envelhecimento populacional pode se apresentar como uma realidade preocupante, principalmente se a expectativa de saúde não acompanhar a expectativa de vida, assegurando a qualidade de vida aos anos prorrogados. No Brasil, a resposta fornecida pelo Estado à saúde da longevidade, tem sido bastante inadequada, como explicita Chaimowicz (1997, p. 192):

[...] paralelamente ao crescimento de 51,8% do número de intervenções hospitalares pagas pelo SUS entre 1984 e 1991, verificou-se aumento de 285,3% nas despesas. O custo médio por internação se elevou de U\$83,4 em 1984, para U\$ 268,0 em 1997, sendo os maiores valores, aqueles destinados à faixa etária de 60-69 anos - aproximadamente U\$ 350,00 por intervenção.

De acordo com esse autor, um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em doze países da América Latina, sobre a questão do suporte do serviço de saúde e a população idosa, publicado pelo Ministério da Saúde, revelou que a situação econômica e a falta de acesso aos serviços de saúde são os principais problemas enfrentados pelos idosos brasileiros. A esse respeito, Chaimowicz (1997, p. 192) informa: “[...] o número de leitos oferecidos à população no Brasil, foi reduzido de 4,3 para 3.2/1.000 habitantes entre 1980 e 1996”. Através do Sistema de Autorização de Internações Hospitalares, o Ministério da Saúde alertou, em 1995, para a relação entre gastos hospitalares com pessoas de 60 anos ou mais no Brasil, informando que corresponderam a 21% do total de gastos públicos naquele ano (CHAIMOWICZ, 1997). Esse panorama da saúde da longevidade traz em seu bojo a questão das doenças crônico-degenerativas, que deixam seus portadores seqüelados e incapacitados, contribuindo para a institucionalização dos idosos. Modificado o perfil de saúde da população, os processos agudos, característicos das doenças infecto-contagiosas, que eram solucionados rapidamente por cura ou óbito, são substituídos por processo crônicos, cujos portadores ocupam os leitos hospitalares por décadas. Este quadro geral da saúde conduz à reflexão acerca do cuidado ao idoso hospitalizado.

1.4 CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

A palavra cuidar traduz uma ação, o ato de fazer alguma coisa. O ato de cuidar faz parte do processo de cuidar e resulta na satisfação das necessidades do paciente. Para Leininger (1991, p. 46 apud SILVA, 1997, p. 21): “Cuidar (verbo) refere-se às ações e

atividades com vistas a assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte.”

Estudando o cuidado em sua dimensão cultural, essa autora considera que as diversas expressões, significados, padrões e modalidades do cuidar são culturalmente derivados. O cuidar favorece possibilidades, condições de pertencimento e interesse, de relacionamento interpessoal e de intervenção terapêutica, além de significar o modo de ser do homem no mundo. O cuidado compreende um valor humano que envolve o conhecimento, as ações e os resultados do cuidado, estando relacionado com a interação, com o autoconhecimento, com a resposta humana à saúde-doença, conhecimento do processo de cuidar, limitações de poder e transação de alguém.

Para Watson et al. (1979 apud WALDOW, 1999), o cuidado manifesta-se no encontro daqueles que estão envolvidos no ato de cuidar, compreendendo atividades instrumentais e expressivas. As atividades instrumentais enfocam as necessidades físicas e de tratamento do paciente, tais como administração de medicamentos e procedimentos. Já as atividades expressivas, referem-se às necessidades psicossociais orientadas para o comportamento. Para essa autora, a forma do cuidar reflete um sistema de valores humanísticos e altruístas, sentimentos de fé/esperança, sensibilidade e relação de ajuda, implicando em expressões de sentimentos, criatividade, suporte, proteção e atendimento às necessidades básicas. Esses construtos do processo de cuidar envolvem relacionamento interpessoal, a partir do sentimento de ajuda e confiança entre os que o vivenciam, desenvolvendo-se nos fundamentos dos valores humanísticos e no conhecimento científico.

Alguns autores, dentre eles Mayeroff (1971 apud WALDOW, 1999), ampliaram a noção de cuidar/cuidado, identificando e descrevendo alguns ingredientes como: conhecimento, ritmos alterados, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança,

coragem. O cuidado abrange *conhecimento* implícito e explícito, bem como conhecimento direto e indireto. Saber conhecer quem é o outro e como é o outro, seus poderes e limitações, bem como suas necessidades, são fatores imprescindíveis na relação de cuidado. Os *ritmos alterados* constituem movimentos entre diferentes experiências; experiências passadas podem servir como aprendizagem e ajudam a manter ou modificar comportamentos de acordo com as circunstâncias e perspectivas. A *paciência* possibilita a participação perceptiva com o outro, ou seja, perceber o ritmo do outro; envolve observação, tolerância e saber ouvir. A *honestidade* diz respeito a estar aberto para si e para o outro, respeitando o outro, percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento; é agir de forma franca, aberta, sem enganar o outro deliberadamente. *Confiança* abrange a apreciação da existência do outro, como ser independente; é permitir e acreditar que o outro (o ser cuidado) crescerá em seu próprio ritmo e época apropriada. *Humildade* envolve contínua aprendizagem e percepção da singularidade do outro e de cada nova situação; inclui, também, aceitação de limitações pessoais. *Esperança* não deve ser confundida com desejo ou expectativa, mas com a possibilidade de o outro vir a crescer através da relação de cuidado. *Coragem* implica em assumir riscos e desafiar possíveis fontes de segurança; é baseada em conhecimento, em experiências passadas, na confiança e na capacidade de crescimento de cada um.

A questão do compromisso em relação ao desempenho do cuidado é assim definida por Carper (1978, p. 23): “[...] compromisso compreende responsabilidade por nossas próprias ações e tomada deliberada de riscos. É ser testemunha de vida, ao invés de mero espectador.” Para esse autor, o uso terapêutico da pessoa é um componente de conhecimento pessoal. Leininger (1991 apud WALDOW, 1999) também explorou a questão comportamental para o cuidado e desenvolveu uma taxonomia de constructos de cuidar. Nestes, estão incluídos: presença, confiança, interesse, preocupação, empatia e comportamentos facilitadores.

Já Watson (1988 apud WALDOW, 1999) identificou dez fatores estruturais para estudar e compreender o cuidado. Dentre eles, destacamos: a formação de um sistema de valores humanístico-altruístico; a estrutura de fé e esperança; o cultivo da sensibilidade de nosso próprio eu e dos outros; o desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança; a promoção e aceitação de uma expressão de sentimentos positivos e negativos; o uso sistemático do método científico de resolução de problemas; a promoção de ensino-aprendizagem interpessoal; a previsão de um meio ambiente físico, mental, sócio-cultural e espiritual adequado, de suporte e proteção; assistência e satisfação de necessidades humanas; e a permissão para o desenvolvimento de forças fenomenológico-existenciais. Para a autora, o cuidado como um valor moral envolve o ensino de uma ideologia de cuidado.

Quanto ao ensino do cuidado, contrapondo-se ao modelo convencional, Bevis e Watson (1989 apud WALDOW, 1999) propõem uma abordagem curricular centrada no cuidado, ancorada em princípios filosófico-sociais. A proposta tem pressupostos teóricos que conduzem a uma educação política, participativa, emancipatória e igualitária. Com esse tipo de currículo, as experiências de vida, aspectos culturais e de personalidades são valorizadas. Referindo-se à proposta desses autores, Waldow (1992, p. 33) afirma:

[...] é contrária ao tradicional modelo comportamental dos currículos de enfermagem. É também contrária à forte influência do enfoque médico cuja ênfase é a doença e os problemas de enfermagem, bem como as normas e prescrições mecanicistas do processo de enfermagem.

Na geriatria, o modelo convencional também apresenta enfoque voltado para a patologia, dificultando o cuidado global ao idoso no atendimento a suas necessidades biopsicossociais e espirituais. Sabemos que a pessoa idosa é portadora de múltiplas patologias, o que implica na tendência de se trabalhar com a idéia de doença apenas com o quadro patológico, dificultando a promoção da saúde. No que tange ao idoso hospitalizado, Ring (1994) considera o cuidado

como um processo dinâmico, contínuo e progressivo, tendo como objetivo a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, à comunidade e à sociedade.

A literatura mostra que o cuidado ao idoso hospitalizado reveste-se das características do cuidado aos indivíduos hospitalizados, de um modo geral, mas permeado por valores, atitudes e símbolos reproduzidos pela sociedade. Estes indivíduos sofrem influência de vários preconceitos sociais, vinculados a sua fragilidade física, presença de incapacidades funcionais e de aprendizagem, bem como ao “peso social” decorrente de sua improdutividade.

Na hospitalização do idoso deve ser considerado o envolvimento da família, as questões terapêuticas, tempo de internação, as condições em que o paciente terá alta e as necessidades decorrentes das seqüelas, se existirem. Deve ser atentado, também, que a internação hospitalar representa para o idoso um passaporte para o isolamento social e, muitas vezes, asilamento definitivo.

Os pacientes apresentam um ou mais mecanismos de defesa e adaptação à doença, a depender do estágio de desenvolvimento em que se encontra. Cantera e Domingo (1996) apresentam sete desses mecanismos, a saber: colaboração, negação, raiva e hostilidade, rebeldia, exigência e pedido, isolamento e introversão, dependência e regressão. Esses autores afirmam que aproximadamente 40% dos leitos hospitalares são ocupados por pessoas com idade superior a 65 anos, além do acompanhamento ambulatorial de várias especialidades a que são submetidos por suas necessidades de saúde afetadas. Esses autores classificam em quatro grupos, os tipos de idosos para o planejamento assistencial.

- Idoso saudável – Grupo com características físicas, funcionais, mentais e sociais compatíveis com a idade cronológica. Aproximadamente 15 a 40% dos indivíduos de 70 anos não apresentam enfermidades explícitas.

- Idoso doente – Grupo com patologias agudas ou crônicas, de gravidade variável, não validante, que deve ter atendimento, tanto nas ações preventivas quanto assistenciais, na rede convencional de cuidados à saúde.
- Idoso frágil ou de alto risco – Grupo constituído por idosos que têm sua situação clínica, mental e social instável, com probabilidades de serem internados em uma instituição, a menos que se administre adequadamente seus problemas. As causas mais freqüentes de fragilidade ou alto risco são: ter mais de 80 anos; viver só; viuvez há menos de um ano; mudança de domicílio há menos de um ano; patologia crônica que condicione incapacidade funcional; doença terminal; ingestão de mais de três fármacos com efeitos secundários importantes; uso de anti-hipertensivos, antidiabéticos ou sedativos; internação hospitalar nos últimos 12 meses; necessidade de cuidados de saúde, no domicílio, uma vez por mês; incapacidade funcional por outras causas (índice de Katz superior a um); deterioração cognitiva; depressão; situação econômica precária.
- O paciente geriátrico é identificado através de cinco variáveis que se inter-relacionam, dentre as quais o cliente apresenta, geralmente, no mínimo três. São elas: “idade superior a 75 anos, pluripatologia relevante, seu processo ou doença principal tem caráter incapacitante, patologia mental acompanhante ou predominante, existe problemática social relacionada ao seu estado de saúde.” (CANTERA; DOMINGO, 1996, p. 7).

Considerando todos estes aspectos, o processo de cuidar do idoso deve ser desenvolvido tomando como base seu caráter biopsicossocial e não apenas cronológico, sendo desenvolvido em sua integralidade e totalidade. Outro aspecto que também deve ser visto está relacionado às relações existentes nas situações de saúde/doença necessárias à correta classificação da clientela atendida. Um dos problemas difíceis de serem resolvidos para o

cliente idoso é a alta hospitalar. Muitas vezes, as condições habitacionais inadequadas e a carência financeira determinam a impossibilidade de ter uma pessoa disponível para o atendimento em domicílio, principalmente quando o idoso não tem condições físicas ou mentais para se auto-cuidar. Nestes casos, a família oferece resistência a levá-lo de alta.

C. Oliveira (1983) considera que a alta hospitalar tem sido considerada como o final triunfante de uma longa seqüência de sofisticada assistência médica e de enfermagem, e que ela precisaria ser considerada como o elo de ligação entre os cuidados hospitalares e a vida na comunidade. O preparo do paciente para este momento garante a satisfação ao cliente, assim como reduz seu retorno à internação, pois fica embutida na orientação a continuidade ao tratamento ambulatorial ou do consultório.

Y. Duarte (1996) afirma que a enfermagem é, dentre as áreas de saúde, um campo profissional que está apto a desenvolver atitudes efetivas e de impacto profundo na atenção à saúde dos idosos, relacionadas com o “assistir” ao ser humano. Para Gunter e Miller (1977, apud DUARTE, Y., 1996, p. 223):

[...] o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa idosa.

Outros autores, a exemplo de Campedelli (1993), afirmam que é imprescindível o conhecimento das peculiaridades inerentes aos idosos, a fim de que a enfermagem possa intervir de maneira adequada e positiva. Babb (1993 apud DUARTE, Y., 1996) refere-se às ocorrências verificadas no envelhecimento como modificações anátomo-fisiologicamente normais que acontecem de forma progressiva, declinante, intrínsecas (apresentam-se dentro do indivíduo, embora influenciadas pelo meio) e definitivas. O profissional de enfermagem que lida com os idosos deve estar atento às transformações que se passam com os pacientes, de modo a

visualizá-las a cada internação, além das próprias necessidades decorrentes de seu processo de envelhecimento.

As previsões indicam que mais pessoas viverão por um tempo maior nos anos vindouros. Assim, os profissionais de saúde enfrentarão o desafio de tornar saudáveis e produtivos esses anos adicionais, pois apenas a longevidade sem qualidade de vida não atenderá às exigências da sociedade. É necessário que todos aqueles que atuam junto ao sistema de saúde tenham claro estas transformações demográficas e epidemiológicas, para que seja possível influenciar e modificar as ações de saúde. Para tanto, é preciso qualificar os profissionais de enfermagem de nível médio para atender à complexidade que envolve a pessoa idosa.

1.5 CAPACITAÇÃO PARA O CUIDADO AO IDOSO

O desenvolvimento da geriatria implica na construção de um conhecimento atrelado à capacitação dos profissionais que atuam nessa área. Neste sentido, as políticas públicas que visam o bem-estar dos idosos não podem deixar de reconhecer a importância da capacitação de recursos humanos, devendo contemplar investimentos na organização de redes assistenciais, na modernização da gestão de serviços geriátricos e gerontológicos, bem como em programas específicos de educação em saúde. Sob essa ótica, Sayeg (1998) reforça a necessidade de preparar a família como cuidador informal de seus idosos em domicílio, reservando às instituições, tanto asilares quanto hospitalares, a assistência aos idosos fragilizados, através de profissionais capacitados para o cuidado qualificado.

No que se refere ao pessoal de enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem (COREn-Ba), em seu último Relatório Estatístico dos Associados Inscritos por Categoria² (COREN, 2001), informa o contingente inscrito por categoria, incluindo capital e interior: Enfermeiros 5.278; Técnicos de Enfermagem 3.525; Auxiliares de Enfermagem 23.088; Atendentes de Enfermagem 4.061. Esses números não deixam dúvidas quanto à necessidade de qualificar e/ou especializar os recursos humanos em gerontogeriatría, em particular os auxiliares de enfermagem, por se constituírem no maior contingente, objetivando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde das pessoas idosas, quer seja na comunidade, na família ou nas instituições. Estes recursos humanos devem ser orientados e sensibilizados para se tornarem conscientes de suas responsabilidades quanto à prestação do cuidado à pessoa idosa, sentindo-se capazes de participar do processo de mudança, como profissionais seguros, ajustados e produtivos. Barros (1985, p. 95) expressa sua preocupação com a formação do pessoal de nível médio, ao afirmar:

[...] os educadores responsáveis pela formação de auxiliares e técnicos em enfermagem desenvolvem hoje o máximo de reflexões sobre os objetivos que deverão conduzir seu trabalho a um êxito traduzido no reconhecimento da enfermagem como profissão essencial, êxito este, expresso através da ação de toda uma equipe, bem definida entre os profissionais de saúde e bem configurada no que diz respeito às tarefas típicas das categorias que a compõem.

Neste estudo, a referência ao pessoal de enfermagem de nível médio envolve o universo dos auxiliares de enfermagem. Ambas as categorias (auxiliar e técnico de enfermagem) estão respaldadas pelo COREn, através da Lei do Exercício Profissional – Lei 7.498/86 – regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987 apud SANTOS, E., 1997), nos artigos 10 e 11, no qual está explicitado que são profissionais da área de saúde de nível médio, sendo exigido para o técnico de enfermagem o 2º grau completo, enquanto para

² Relatório fornecido pelo COREn-BA em 03 de abril de 2001.

o auxiliar de enfermagem é exigido o 1º grau. Tanto um como outro fazem parte da equipe de enfermagem, desempenhando suas funções sob orientação e supervisão do enfermeiro. Dentre as ações por eles desenvolvidas destacamos a de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, de acordo com as necessidades geradas pelo complexo processo saúde-doença, de forma individual ou coletiva. Esses profissionais devem conhecer o contexto social no qual estão inseridos, mantendo, inclusive, uma visão crítica e reflexiva sobre a realidade e o compromisso com as necessidades de saúde da população.

É com esse perfil que o auxiliar de enfermagem compõe a equipe de enfermagem, enquanto representante da categoria de maior contingente na área da saúde, geralmente portador do 1º grau concluído, cujas atribuições têm um embasamento teórico-prático para o desempenho ético dos mesmos. A prestação do cuidado estende-se ao âmbito público e privado, atendendo às necessidades dos clientes, família e comunidade, com suas competências discriminadas no art. 11º do Decreto nº 94.406 de junho de 1987 (BRASIL, 1987 apud SANTOS, E., 1997, p. 327), dentre as quais destacamos:

- 1) preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- 2) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;
- 3) executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além das outras atividades de enfermagem [...];
- 4) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança [...];
- 6) participar de atividades de educação e saúde [...];
- 7) executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- 8) participar dos procedimentos pós-morte.

Sabemos que a divisão hierárquica da equipe de enfermagem, desde seus primórdios, tem contribuído para a manipulação do *saber*, repercutindo no *fazer*, atendendo aos interesses do modelo de medicina curativa. Este incentiva a formação de mão-de-obra de baixa remuneração e treinamento rápido, além de reforçar os cursos de especialização para enfermeiros, ampliando, assim, a divisão social do trabalho.

Na gerontologia, é importante a atuação interdisciplinar, em virtude das conseqüências psicológicas e sociais acarretadas pelas mudanças físicas do processo de envelhecimento. O trabalho articulado da equipe de enfermagem viabiliza uma assistência global às necessidades reais do indivíduo idoso. Esse entendimento conduz à reflexão da realidade da capacitação do pessoal de enfermagem para o cuidado de qualidade. Para A. Silva (1998), a enfermagem, nas últimas décadas, encontra-se em um processo acelerado de transformações, que tem contribuído para a ampliação e aprofundamento da estrutura do conhecimento e das questões ontológicas e epistemológicas que envolvem seu fazer.

Devido à complexidade e abrangência dos cuidados a serem prestados à pessoa idosa, a falta de recursos humanos que tenham conhecimento sobre o processo de envelhecimento e suas conseqüências, fisiológicas ou não, torna-se um sério problema para a enfermagem no cuidar de seu cliente idoso. Esta realidade afeta não apenas a enfermagem, no que se refere à carência de profissionais treinados para o atendimento à população idosa, mas também a profissionais de outras áreas. Neste sentido, em 1982, 124 países firmaram o Plano de Ação Internacional de Viena, sobre o envelhecimento, que registra, dentre outros, o seguinte compromisso:

[...] deverá se estimular a capacitação em todos os aspectos da gerontologia e da geriatria e dar-se a devida importância nos planos de estudo em todos os níveis. Insistir para que os governos e autoridades competentes estimulem as instituições novas ou antigas para que prestem atenção à capacitação adequada à geriatria e a gerontologia. (BAQUEIRO; OLIVEIRA, 2000, p. 17).

De acordo com essas autoras, nessa época, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), através do Parecer 550/82, determinou que a disciplina “Estudos de Problemas Brasileiros”, nos cursos de nível superior, e “Educação Moral e Cívica”, nos cursos de nível médio, incluíssem conteúdos de gerontologia. O Brasil vem tentando cumprir as recomendações quanto à capacitação de recursos humanos contidas na Lei 8.842/94, de 04 de

janeiro de 1994, que trata da Política Nacional do Idoso. Em seu texto, esta Lei prevê que a área acadêmica inclua, nos currículos dos cursos da área de saúde, as metodologias, materiais didáticos e as disciplinas obrigatórias de geriatria. A disciplina gerontologia social deve constar nos currículos dos cursos da área social. Observando o processo de inclusão da disciplina de atenção à saúde do idoso nos currículos de enfermagem, verificamos que a lentidão com que tem sido conduzido não atende à urgência que o caso requer.

Particularizando a enfermagem, acreditamos que, para assegurar uma intervenção adequada e positiva à pessoa idosa, como propõe Campedelli (1993), torna-se necessária a capacitação de toda a equipe envolvida na prestação do cuidado. Hoje, já não se admite cuidar de idoso como nos primórdios da história da enfermagem, pois a exigência da qualidade do cuidado e a complexidade dos recursos tecnológicos determinam a diferença. É imprescindível que todos os profissionais, em todos os níveis da enfermagem, estejam habilitados para a assistência direta ao cliente. Segundo Waldow (1999, p. 57), o diferencial na questão da enfermagem no Brasil está relacionado ao:

[...] afastamento gradativo das enfermeiras em relação ao paciente, pois são solicitadas, devido à formação universitária e ao reduzido número, a liderarem a equipe de enfermagem, organizando e planejando as tarefas, controlando a equipe e os gastos de forma a tornar o serviço eficiente, prático e econômico. O cuidado direto passou a ser desempenhado pelas demais categorias de enfermagem.

Mesmo com o resgate do cuidado como principal ação do enfermeiro, é indispensável a capacitação dos profissionais de nível médio de enfermagem em gerontogeriatrics, pois o previsto aumento do contingente de idosos inviabilizará a cobertura desses cuidados apenas pelos enfermeiros. Acreditamos que a prestação dos cuidados prestados às pessoas idosas representa um conjunto de práticas e saberes intrinsecamente relacionados à totalidade social, nos contextos individuais de quem cuida e de quem é cuidado. No desenvolvimento dessas relações, eles interagem, muitas vezes, sem se darem conta.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

A presente investigação consiste numa pesquisa descritiva, que tem como objeto de estudo as ações envolvidas no cuidado prestado por auxiliares de enfermagem a pacientes idosos hospitalizados em duas instituições da rede pública da cidade de Salvador/Bahia. Para alcançá-lo, buscamos caracterizar os auxiliares de enfermagem que prestam cuidados ao idoso hospitalizado na cidade de Salvador/Bahia. Após essa caracterização, procuramos identificar as ações do cuidar que esses auxiliares de enfermagem desenvolvem no cotidiano de seu trabalho junto ao idoso hospitalizado, apontando os fatores envolvidos no desenvolvimento das ações do cuidado.

Através dessas ações, esta investigação procurou estabelecer vinculações entre o cotidiano da atenção à saúde do idoso hospitalizado, numa realidade concreta, e o modo de pensar e operar do pessoal de enfermagem que presta este serviço. Na busca dessas vinculações procuramos, nos conteúdos explicitados pelos atores sociais, identificar suas relações de interdependência própria da totalidade social, e os insumos para a superação dos fatores determinantes e limitantes para o desenvolvimento de sua prática.

Devido à natureza do objeto de estudo, e para o alcance dos objetivos propostos, optamos por uma abordagem qualitativa compatibilizada com uma visão descritiva do âmbito hospitalar, onde acontecem as ações que envolvem o cuidado ao idoso hospitalizado desempenhadas pelos auxiliares de enfermagem. Esta abordagem qualitativa foi apreendida como adequada para o alcance dos objetivos pretendidos. Para Minayo (1999, p. 50): “[...] a

pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” Tomasi e Yamamoto (1999, p. 25) confirmam a adequação da pesquisa qualitativa para este tipo de estudo, explicitando:

[...] a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupa-se com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos pelo pesquisador). Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

Sob essa ótica, entendemos que a abordagem qualitativa oferece concepções específicas para a compreensão e análise do fenômeno que pretendemos estudar. Neste entendimento, importa visualizar as características sociais que perpassam as ações do cuidado ao idoso hospitalizado, desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, bem como os conflitos e contradições que emanam da ação desses sujeitos, numa determinada realidade concreta. Esta possibilidade de análise vislumbra uma contribuição efetiva para a transformação da atenção ao idoso hospitalizado na nossa realidade.

Nessa perspectiva, a presente investigação adota a abordagem qualitativa, bem como a análise de conteúdo de Bardin (1995). Este autor propõe o desenvolvimento da análise em três etapas básicas: a primeira, denominada de pré-análise, consiste na organização do material relativo ao estudo, com o objetivo de sistematizar as idéias iniciais e facilitar o desenvolvimento das etapas subsequentes; a segunda fase envolve a exploração do material, quando se conclui a preparação para a análise; a terceira e última etapa compreende a análise, interpretação e exposição dos resultados obtidos. Os limites entre essas fases não estão demarcados com precisão, mas para efeito didático e num esforço dialético, tentamos delimitá-las.

Na fase de pré-análise, a leitura da literatura concernente ao tema possibilitou a delimitação do objeto de estudo e a formulação dos objetivos. Esse momento permitiu uma aproximação com a realidade, bem como a definição dos campos e sujeitos da investigação, do instrumento da coleta de dados, da técnica de análise e das ações éticas que envolvem pesquisas na área da saúde humana.

2.1 CAMPOS DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo foi desenvolvido no município de Salvador, capital do Estado da Bahia. Sua população é constituída por 2.440.828 habitantes (IBGE, 2000). A Municipalização da Saúde promoveu a reestruturação dos serviços sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde. A Secretaria do Trabalho e Ação Social coordena vários projetos de atendimento a pessoas idosas, desenvolvendo atividades educativas e de lazer, buscando prevenir doenças e promovendo a saúde, conforme quadro produzido pela Superintendência de Ação Social, órgão ligado a esta Secretaria (ver Anexo B).

O município de Salvador abriga uma ampla rede hospitalar pública e privada de atenção à saúde da população. A rede pública está constituída por dezessete unidades hospitalares e seis unidades de emergência coordenadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, tendo como clientela a população conveniada pelo SUS. A rede privada conta com trinta e oito unidades hospitalares, cuja clientela é conveniada com planos de saúde e, na ausência destes, o tratamento é autofinanciado pelo cliente³.

³ Informações prestadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia em 20.03.2001.

Do universo dessas instituições foram selecionados dois hospitais da rede pública para compor o espaço da presente investigação. Esta escolha se deu a partir do entendimento de que cabe ao Estado o dever de assegurar a assistência à saúde do cidadão, baseado nos princípios fundamentais do SUS, assim explicitados por Moretto (2001, p. 56):

Universalidade: é a garantia do acesso igual de todas as pessoas, à atenção de saúde, seja na sua promoção, seja na sua proteção ou recuperação [...] Integralidade: todas as ações de saúde devem garantir o atendimento do conjunto das necessidades das pessoas, como indivíduos ou grupos e centrar-se na promoção, prevenção cura e reabilitação em diferentes complexidades.

O princípio da equidade, que defende a existência das diferenças e propõe o atendimento adequado a essas diferenças, corresponde às necessidades desse segmento emergente – população idosa. Para Moretto (2001, p. 57): “[...] é o direito pertinente de todo cidadão brasileiro ao acesso, com as mesmas oportunidades, aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades e respeitando suas diferenças, de modo a reduzir a desigualdade.” O respeito a esses princípios, entretanto, exige que o atendimento por parte dos serviços de saúde aos diferentes níveis de complexidade demandados pela atenção à saúde do idoso hospitalizado deve respeitá-lo como um ser integral. Além disso, urge que melhores condições de trabalho e salários dignos sejam oferecidos àqueles que prestam cuidados a esses indivíduos.

Os hospitais da rede pública escolhidos para este estudo fazem parte do SUS, sistema responsável por determinar e manter formas definidas de relacionamento com os mesmos. São hospitais organizados por nível de complexidade crescente, hierarquizados, reproduzindo o modelo de organização sinalizado pelo SUS.

Um dos hospitais escolhidos, doravante denominado Hospital “A”, é um hospital geral, classificado como tipo 1, considerado de alta complexidade, referência estadual para toda a rede hospitalar, sobretudo, para hemorragia digestiva, obstetrícia de alto risco e

envenenamento. É o maior hospital da rede estadual, com 420 leitos, distribuídos por várias especialidades. Tem por finalidade prestar assistência médico-hospitalar nas especialidades básicas, dispensando assistência em caráter de urgência e emergência, além de atendimentos ambulatoriais e de internação. Nos meses de junho e julho de 2001, época em que ocorreu a coleta de dados deste estudo, a taxa de ocupação por leito foi, respectivamente, de 96,1% e 94% de pessoas idosas. Com referência à taxa de tempo de permanência, nesse mesmo período, encontramos respectivamente 26% e 21,1%. O serviço de enfermagem é composto por 112 enfermeiros e 557 auxiliares de enfermagem. No organograma, este serviço encontra-se no mesmo nível hierárquico da diretoria, tendo quatro coordenações de áreas, a saber: higienização, supervisão, clínica cirúrgica e clínica médica. A sistematização da assistência de enfermagem está em fase de implantação. Para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, o tipo de cuidado predominante é baseado no modelo de “cuidados funcionais”, ou seja, cuidado rotineiro e por tarefas.

O segundo hospital, doravante denominado de Hospital “B”, é considerado como de retaguarda, ou seja, serve como apoio aos demais hospitais da rede. Conta com 65 leitos e se destina ao atendimento de pacientes crônicos, portadores de seqüelas, restrições físicas, caracterizando longa permanência, possuindo protocolo definido para recebimento dos clientes. O serviço de enfermagem é composto por 10 enfermeiras, incluindo a chefia, e 55 auxiliares de enfermagem. Conta ainda com bolsistas de enfermagem, sendo três vagas para estudantes de enfermagem de nível superior e cinco vagas para estudantes do nível médio. A carga horária do pessoal de enfermagem é de 36 horas semanais. A sistematização da assistência está sendo implantada e, recentemente, o processo de enfermagem foi implementado, encontrando-se em fase de avaliação. O tipo de cuidado prestado é do modelo de cuidado integral. O atendimento aos clientes é gratuito, pago pelo SUS, através da Secretaria de Saúde.

Ambas as instituições enfrentam as mesmas dificuldades dos hospitais do setor público em geral. Falta de recursos materiais, financeiros e humanos, precariedade nas condições de trabalho contribuem para a sobrecarga de serviço e influenciam no desenvolvimento das ações que compõem o cuidado. Estas dificuldades tornam-se mais evidentes no atendimento ao idoso, que é feito sem considerar suas especificidades, concorrendo para o aumento de sua permanência no hospital.

Aproximamo-nos dos hospitais no primeiro semestre de 2001, através de contatos com a direção, buscando a autorização para a realização da pesquisa. Preocupávamo-nos não só com as questões burocráticas e administrativas, como também com as questões éticas emanadas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b).

Estabelecemos contatos com as coordenações de enfermagem⁴ dos respectivos hospitais, encaminhando ofícios e cópia do ante-projeto da pesquisa para análise pelo Comitê de Ética, além do agendamento das reuniões dos serviços, oportunizando a aproximação com os atores sociais. Nessas reuniões, proferimos palestras sobre a velhice e suas peculiaridades para o cuidar na enfermagem.

2.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram os auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades hospitalares selecionadas, de acordo com critérios previamente estabelecidos, a saber: trabalhar na instituição há mais de um ano; exercer atividades de enfermagem junto ao idoso hospitalizado; desejar participar da pesquisa, ratificando seu interesse através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

⁴ Todas as informações sobre o serviço de enfermagem foram fornecidas pelas respectivas coordenadoras.

A opção pelos auxiliares de enfermagem é justificada pelo importante papel que desempenham no cuidado direto ao idoso hospitalizado. Consideramos bastante expressivo o quantitativo de profissionais desse grupo em relação ao total da equipe de enfermagem e do hospital como um todo. Assim, as ações desenvolvidas por esse grupo específico de trabalhadores são úteis para o entendimento do cuidado prestado ao idoso hospitalizado e para a formulação de sugestões de melhoria deste cuidado.

Para limitar a participação dos sujeitos da pesquisa, foi usado o critério de exaustão, ou seja, quando as falas começaram a se repetir, não trazendo mais contribuições para o estudo, encerramos o quantitativo de auxiliares de enfermagem envolvidos na investigação. Neste sentido, a presente investigação, sendo um estudo qualitativo, teve sua amostra definida ao longo da própria coleta de dados. Esta conduta encontra respaldo em Minayo (1999, p.102):

[...] a amostra qualitativa: a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; c) entende que, na sua homogeneidade fundamental, relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; d) esforça-se para a escolha do locus e do grupo de observação e informação contêm o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Nessa mesma direção, Tomasi e Yamamoto (1999, p. 57) afirmam:

Apesar de considerar as diferentes expressões de comportamento, pontos de vista e opiniões conflituosas, os dados qualitativos buscam a generalização naturalística através da saturação teórica, ou seja, no momento em que as informações começam a se repetir e dados novos ou adicionais não são mais encontrados, pode-se afirmar, com propriedade que a informação espelha a realidade do estudo.

Apesar de termos constatado a saturação por volta da décima quinta entrevista, no Hospital “B”, e décima segunda, no Hospital “A”, decidimos continuar, para a confirmação

desse dado. Deste modo, constituíram-se em sujeitos da investigação, 21 auxiliares de enfermagem de cada hospital, perfazendo um total de 42, por atenderem, à época da coleta de dados, aos critérios de inclusão anteriormente mencionados.

Para garantir o anonimato dos participantes, atribuímo-lhes nomes de vários tipos consagrados de madeiras, em concordância com as características desse material enunciadas por Mauriac (1987, p. 4.960, grifo nosso), em face da analogia com o perfil dos sujeitos deste estudo: “As propriedades físicas da madeira fazem-na especialmente útil nas construções. É um material *durável, forte e fácil de trabalhar.*”

Antes de iniciar a coleta de dados, procuramos uma aproximação com os sujeitos da pesquisa, através de contatos formais, bem como palestras sobre o objeto da investigação: a velhice e a atenção à saúde do idoso. Esta aproximação foi significativamente rica e muito contribuiu no processo de interação e descontração, tão necessários na coleta de dados, etapa que se seguiu. Discorrendo sobre a aproximação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa, Cruz Neto (1999, p. 62) considera esta articulação necessária e processual:

Nesse processo, mesmo partindo de planos desiguais, ambas as partes buscam uma compreensão mútua. O objetivo prioritário do pesquisador não é ser considerado um igual, mas ser aceito na convivência. Esse interagir entre pesquisador e pesquisados, que não se limita às entrevistas e conversas informais, aponta para a compreensão da fala dos sujeitos em sua ação.

Referindo-se à questão da entrevista, Gauthier et al (1998 apud TOMASI; YAMAMOTO, 1999, p. 54) esclarecem: “[...] é fundamental deixar o entrevistado a vontade, observando atitudes como, ouvir o entrevistado, criar e manter um clima de amizade, respeito, confiança e cordialidade, permitir o tempo necessário para o entrevistado responder às perguntas entre outras.”

2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizei a entrevista semi-estruturada, direcionada por um roteiro (ver Apêndice A) elaborado em consonância com os objetivos propostos. Esse roteiro, depois de testado e adaptado, constou de três partes, sendo uma com dados de identificação da instituição hospitalar, a outra, com dados de identificação dos sujeitos, e uma terceira parte com questões abertas relativas à compreensão do auxiliar de enfermagem acerca do idoso hospitalizado e das ações do cuidar a ele prestadas, bem como as dificuldades encontradas no desenvolvimento deste cuidado. Através dessas questões específicas, procuramos estimular, sempre que possível, a livre narrativa dos entrevistados, com o mínimo de interferência.

Para Minayo (1999), esse roteiro é utilizado para orientar uma conversa sobre um tema determinado. As questões devem ser abrangentes, de modo a vislumbrar aquilo que o pesquisador deseja abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos do objeto de investigação. Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, através das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições préfixadas pelo pesquisador. Abordando essa questão, Cruz Neto (1999, p. 57) afirma que a entrevista, enquanto instrumento de coleta de dados, se constitui em:

[...] procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A opção por esta técnica de coleta está fundada na convicção de que a entrevista semi-estruturada possibilita maior aproximação com a realidade em estudo. Para sua aplicação, as entrevistas foram apazadas, considerando a disponibilidade dos entrevistados. Intentando esclarecer e descontrair os entrevistados, antes de seu início, todas as questões foram lidas e explicadas e, nesse momento, sanadas todas as dúvidas. Todas as entrevistas, que tiveram uma duração média de 30 a 40 minutos, e suas transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora.

2.4 COLETA DOS DADOS

Entrevistamos 42 auxiliares de enfermagem das duas instituições hospitalares, no período de julho a agosto de 2001, seguindo um roteiro previamente elaborado. Antes de sua realização, procedemos ao cumprimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, assegurando-lhes o anonimato e a leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas em lugar reservado e gravadas com a aquiescência dos entrevistados. A concordância em participar do estudo foi satisfatória e houve o compromisso, por parte da pesquisadora, de colaborar com o serviço após a conclusão do estudo. Concluídas as entrevistas, as gravações foram transcritas e seu conteúdo foi agrupado, de acordo com as informações obtidas em cada instituição, sem, contudo, haver intenção comparativa entre as duas unidades hospitalares estudadas, muito embora alguns aspectos tenham chamado a atenção.

2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE

Para a análise dos dados, recorreremos à análise de conteúdo, numa perspectiva qualitativa. Neste sentido, não centramos a análise na frequência com que surgem certas características do conteúdo, mas na presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características, num determinado fragmento de falas previamente selecionadas. Na análise do conteúdo das falas, baseada em Bardin (1995), procuramos apreender o conteúdo dos relatos dos auxiliares de enfermagem e a problematização do tema em estudo, a partir de uma afirmação acerca de um dado assunto, ou seja, uma unidade de significação extraída do texto analisado, de acordo com a fundamentação teórica adotada. O tema foi considerado, portanto, como uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, de acordo com os critérios relativos à teoria que orienta o estudo.

Com base nesta modalidade de análise temática, realizamos uma pré-análise do material coletado nas entrevistas, uma exploração e interpretação do mesmo. Nesta etapa, procedemos a repetidas leituras dos conteúdos das entrevistas (gravadas e transcritas), a fim de apreender as idéias centrais transmitidas pelos sujeitos, através da identificação das unidades de significação (temas, expressões e palavras) a serem submetidas aos procedimentos analíticos, o que permitiu uma primeira aproximação das concepções dos sujeitos acerca do fenômeno em estudo. Na seqüência dos procedimentos, exploramos o material através do recorte do conteúdo (unidades de registro, unidades de significação – temas, expressões e palavras) e sistematização dos dados para análise. Por fim, procedemos à análise e interpretação dos depoimentos, realizando, inicialmente, uma análise vertical, ou seja, uma análise da coerência interna do discurso contido nos depoimentos, identificando e

articulando as categorias que dele emergiram. Após essa análise vertical, procedemos à análise horizontal, momento em que procuramos identificar as diferentes conotações atribuídas a uma mesma categoria presente nas falas de distintos sujeitos, permitindo a articulação dos discursos analisados. Procuramos estabelecer, assim, conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a problemática estudada.

A técnica de análise temática, que envolve a análise de conteúdo, segundo Bardin (1995, p. 175): “[...] recorta o conjunto das entrevistas, através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis.” A opção pela análise de conteúdo favoreceu a classificação e agrupamento das respostas, considerando suas similaridades e divergências, visando a construção de um conjunto sistematizado de dados válidos para a compreensão, argumentação e descrição do objeto em estudo.

Para o aprofundamento da análise, partimos da interpretação e inferência, fundamentadas no referencial teórico sobre o idoso. Procuramos estabelecer articulações entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, à luz dos objetivos da investigação. Destacamos trechos das falas para ilustrar a discussão das categorias, assim como estudos teóricos, já desenvolvidos, para fundamentar alguns aspectos da análise.

CAPÍTULO 3

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A caracterização dos sujeitos da pesquisa forneceu subsídios para a compreensão do nível de entendimento dos sujeitos sobre aspectos gerontogeriátricos. Os comentários foram agrupados de acordo com as informações colhidas em cada instituição estudada, não havendo intenção comparativa entre as unidades hospitalares estudadas. As características apresentadas pelos sujeitos da pesquisa estão consolidadas no Quadro 1, apresentado a seguir:

Nº	Idade	exo	Tempo de Profissionalização	Capacitação em gerontol./geriatria Atualização Formação		Tempo de trabalho na instituição	Experiência de trabalho com idosos
01	56 ^a	Fem	22 anos	Não	Não	21 anos	Sim
02	53 ^a	Fem	26 anos	Não	Sim	19 anos	Sim
03	43 ^a	Fem	03 anos	Não	Não	1 ano 6 m	Sim
04	30 ^a	Fem	11 anos	Não	Não	10 anos	Sim
05	47 ^a	Fem	24 anos	Não	Não	13 anos	Sim
06	51 ^a	Fem	22 anos	Não	Sim	1 ano 6 m	Não
07	32 ^a	Fem	12 anos	Não	Não	09 anos	Sim
08	28 ^a	Fem	04 anos	Não	Não	1 ano 8 m	Não
09	27 ^a	Fem	06 anos	Sim	Não	1 ano 6 m	Sim
10	35 ^a	Fem	10 anos	Não	Não	01 ano	Sim
11	53 ^a	Fem	26 anos	Não	Não	03 anos	Sim
12	41 ^a	Fem	02 anos	Não	Sim	19 anos	Não
13	45 ^a	Fem	1 ano 6 meses	Não	Não	01 ano	Sim
14	22 ^a	Fem	03 anos	Não	Não	01 ano	Sim
15	21 ^a	Fem	22 anos	Não	Não	01 ano	Sim
16	34 ^a	Fem	05 anos	Não	Não	1 ano 7 m	Sim
17	39 ^a	Fem	06 anos	Não	Sim	1 ano 6 m	Sim
18	49 ^a	Fem	16 anos	Não	Não	12 anos	Sim
19	36 ^a	Fem	14 anos	Não	Não	12 anos	Sim
20	39 ^a	Fem	03 anos	Não	Não	02 anos	Sim
21	50 ^a	Fem	20 anos	Sim	Não	10 anos	Sim
Total	39,6a	21 F	12 anos e 4 meses	19 Não 2 Sim	17 Não 4 Sim	6 anos 10 m	18 Sim 03 Não

FONTE: Coleta direta de dados.

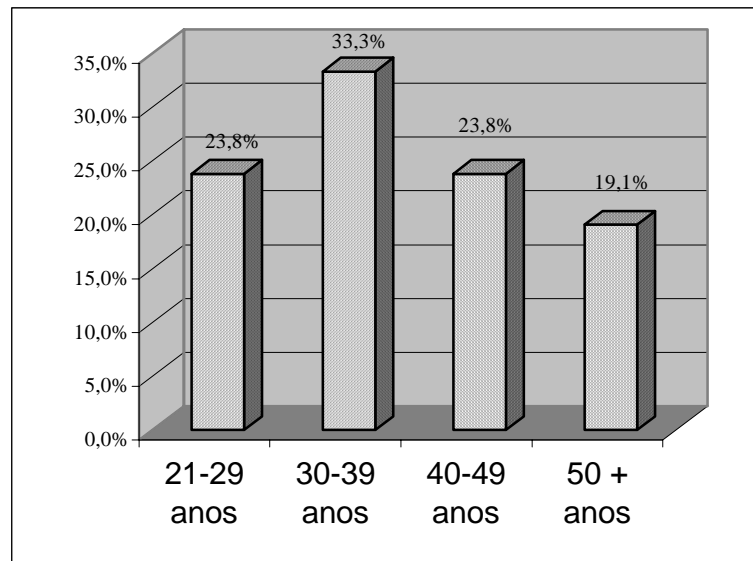
QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001

Nº	Idade	Sexo	Tempo de Profissionalização	Capacitação em gerontol./geriatria		Tempo de trabalho na instituição	Experiência de trabalho com idosos
				Atualização	Formação		
01	40 ^a	Fem	09 anos	Não	Não	08 anos	Sim
02	40 ^a	Fem	08 anos	Não	Não	1 ano 8 m	Sim
03	31 ^a	Fem	04 anos 2 meses	Não	Não	01 ano	Sim
04	28 ^a	Fem	06 anos	Não	Não	03 anos	Sim
05	32 ^a	Fem	04 anos	Não	Não	3 anos 5 m	Sim
06	28 ^a	Mas	01 ano	Não	Sim	01 ano	Sim
07	35 ^a	Fem	06 anos	Não	Sim	3 anos 8 m	Sim
08	38 ^a	Fem	18 anos	Não	Não	04 anos	Sim
09	35 ^a	Fem	01 ano	Sim	Não	01 ano	Sim
10	33 ^a	Fem	04 anos	Não	Sim	04 anos	Sim
11	30 ^a	Fem	06 anos	Não	Não	03 anos	Sim
12	25 ^a	Fem	01 ano	Não	Não	01 ano	Não
13	28 ^a	Mas	01 ano 6 meses	Não	Sim	1 ano 6 m	Sim
14	29 ^a	Fem	02 anos	Não	Sim	01 ano	Sim
15	43 ^a	Fem	05 anos	Não	Sim	1 ano 2 m	Sim
16	28 ^a	Mas	02 anos	Sim	Sim	01 ano	Sim
17	37 ^a	Fem	01 ano 2 meses	Não	Não	2 anos	Não
18	37 ^a	Fem	06 anos	Não	Não	01 ano	Sim
19	36 ^a	Mas	07 anos	Não	Não	1 ano 8 m	Sim
20	26 ^a	Fem	2 anos 5 meses	Não	Sim	02 anos	Sim
21	44 ^a	Fem	05 anos	Não	Não	01 ano	Sim
Total	33,5a	17 F 4 M	4 anos e 9 meses	19 Não 2 Sim	13 Não 8 Sim	2 anos 3 m	19 Sim 02 Não

FONTE: Coleta direta de dados.

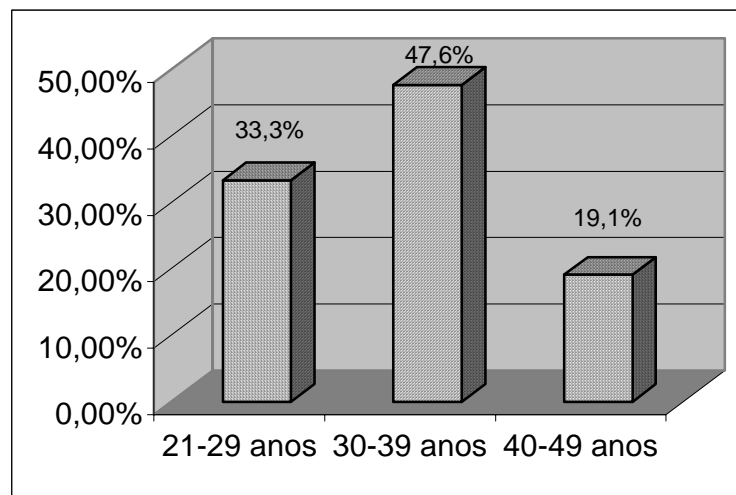
QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

A média da idade dos auxiliares de enfermagem, sujeitos da pesquisa, é de 36 (trinta e seis) anos, correspondendo a uma faixa de amadurecimento pessoal que favorece à motivação para a prestação do cuidado à pessoa idosa. Dos 42 auxiliares de enfermagem entrevistados, observamos, na questão da faixa etária, que existe uma diferença entre os dois hospitais. No Hospital “A”, 33,3% dos auxiliares estão na faixa de 30 a 39 anos e, no Hospital “B”, 47,6% estão na faixa de 30 a 39 anos. Fica assim evidenciado que o quadro de servidores, no Hospital “A”, encontra-se em uma faixa etária mais avançada. No Hospital “B” não existe a faixa 50 e mais anos.



FONTE: Coleta direta de dados.

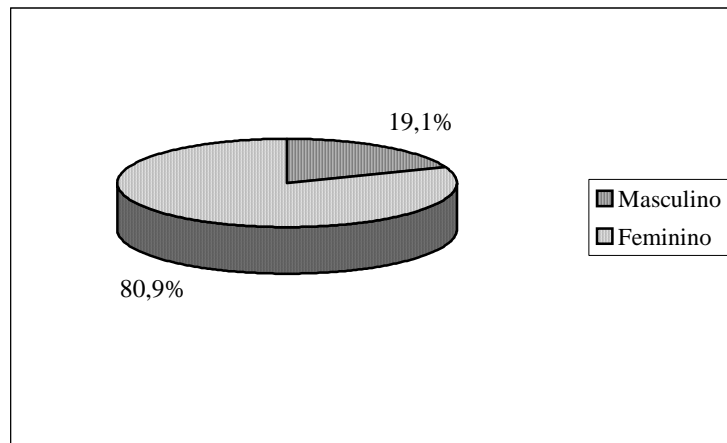
GRÁFICO 1 – FAIXA ETÁRIA DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 2 – FAIXA ETÁRIA DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

A quase totalidade das auxiliares estudadas é do sexo feminino. No Hospital “A”, todos os auxiliares de enfermagem entrevistados são do sexo feminino. No Hospital “B”, apesar da existência de 19,1% de auxiliares do sexo masculino, predominaram as auxiliares de enfermagem do sexo feminino, com 80,9%.



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 3 – SEXO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

Esses dados confirmam a feminização da enfermagem como profissão, como aponta Nascimento (1996, p. 41):

[...] na realidade brasileira da atualidade, as mulheres representam a maioria das pessoas que trabalham em saúde. Entretanto, estão em maior número nas profissões ou especialidades de menor prestígio social: enfermeiras e auxiliares de enfermagem, pediatras, assistentes sociais, psicólogas.

Esses achados não são específicos da área do cuidado ao idoso, mas são comuns a toda a enfermagem, como evidenciam os estudos sobre a questão de gênero. Para Nascimento (1996, p. 41):

A participação de mulheres nas ações de saúde é fato notório em todo o mundo e as explicações para isto estão concentradas na questão da aptidão das mulheres em desenvolver tarefas femininas (como cuidar, alimentar, auxiliar, oferecer amor e carinho) e os homens, ao contrário, estão voltados para tarefas que exigem ação, decisão, comando.

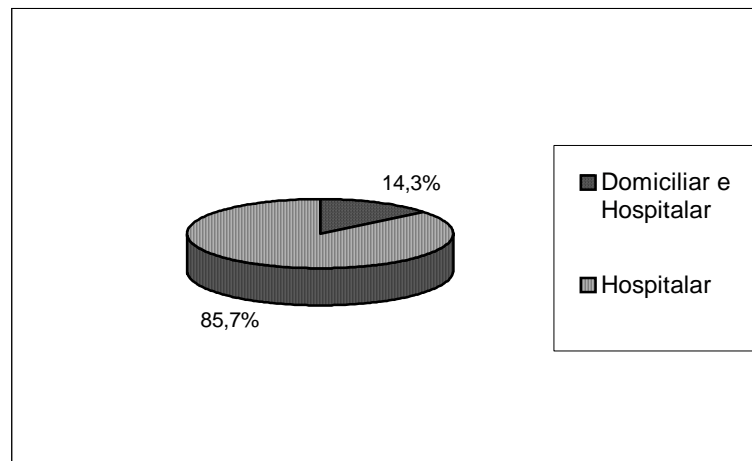
Essa realidade está ilustrada nos fragmentos das falas, a seguir:

[...] muitas vezes, por pudor, os pacientes idosos pedem que certos cuidados sejam prestados de acordo com o sexo de cada um. Na hora do peso, eles sempre preferem os homens e devemos respeitar a privacidade do paciente, é muito importante. (Canela).

[...] o idoso gosta de ser cuidado pelo profissional do mesmo sexo para a assistência direta, principalmente para os cuidados mais íntimos como banho, higiene íntima, troca de fraldas. Entretanto, para colocá-lo sentado ou para levantar ou caminhar, a escolha é sempre para o auxiliar homem, independente do sexo do paciente, que refere se sentir mais seguro. (Cerejeira).

Para Waldow (1999, p. 63), a predominância feminina na institucionalização das práticas do cuidado ocorre desde a criação dos primeiros hospitais e formalização do ensino da enfermagem por Florence Nightingale, quando se dava a aceitação exclusiva de pessoas do sexo feminino.

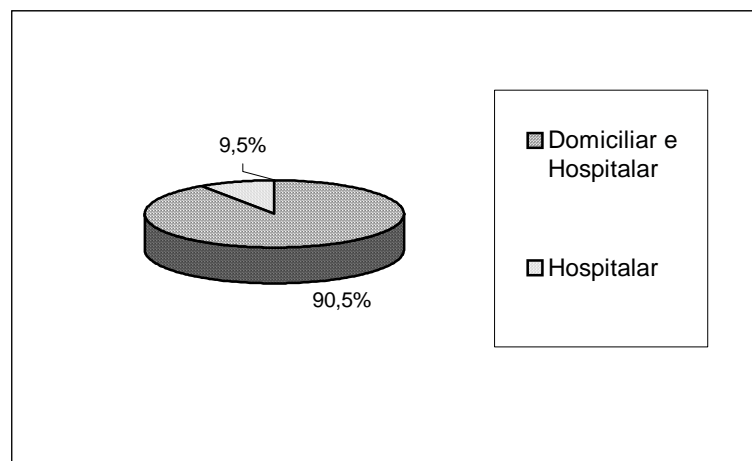
No que tange à experiência de trabalho com idosos, constatamos um quadro similar entre os dois hospitais estudados. A maioria dos sujeitos, ou seja 36 (trinta e seis), já tinham tido essa experiência no âmbito hospitalar. Em dados percentuais, percebemos que 85,7% dos auxiliares entrevistados do Hospital “A” já tinham alguma experiência anterior neste trabalho, enquanto apenas 14,3% não a possuíam, como verificamos no Gráfico 4. No Hospital “B”, podemos observar a mesma distribuição, representada no Gráfico 5.



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 4 – EXPERIÊNCIA COM IDOSOS NO HOSPITAL “A”.

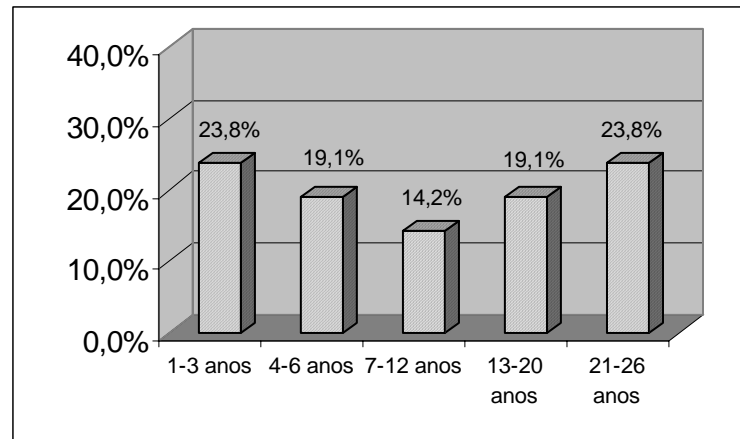
SALVADOR, 2001



FONTE: Coleta direta de dados.

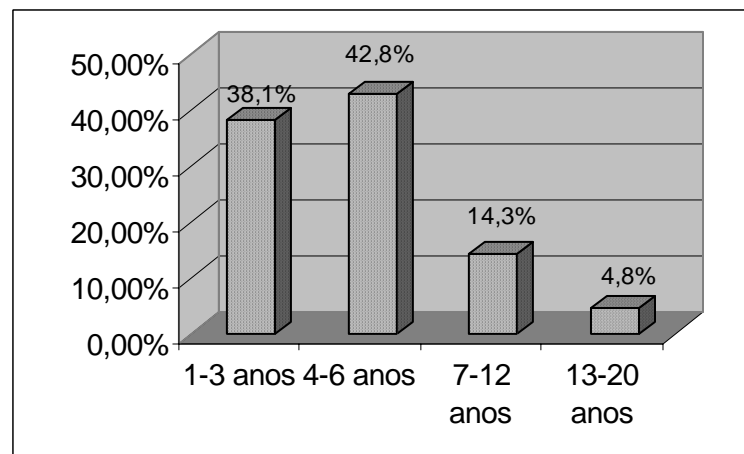
GRÁFICO 5 – EXPERIÊNCIA COM IDOSOS NO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

Com relação ao tempo de profissionalização, os Gráficos 6 e 7, apresentados a seguir, evidenciam uma variação de 1 a 26 anos, no Hospital “A”. No Hospital “B”, essa variação oscilou entre 1 (hum) e 8 (oito) anos e meio, o que confere um relativo amadurecimento pessoal e profissional aos sujeitos deste estudo.



FONTE: Coleta direta de dados

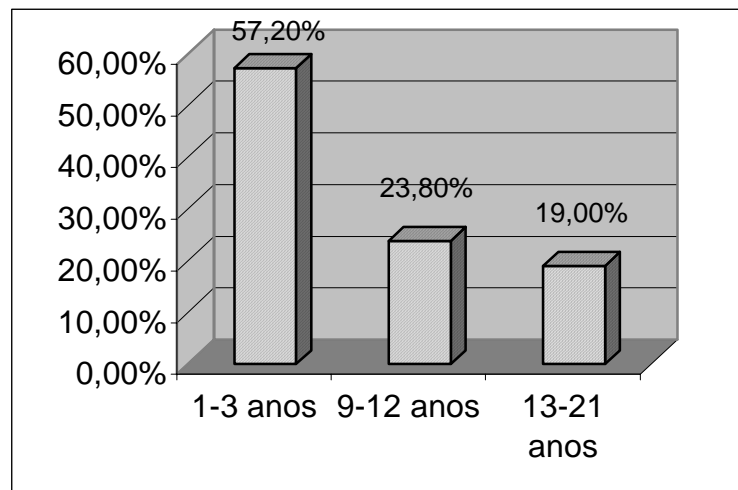
GRÁFICO 6 – TEMPO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001



FONTE: Coleta direta de dados.

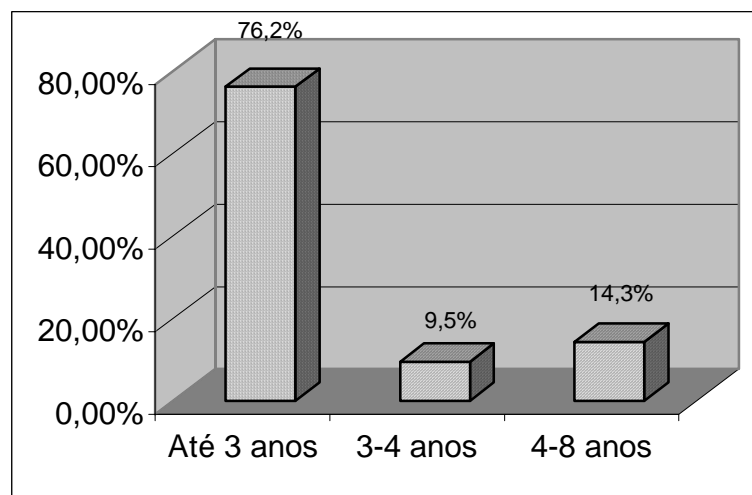
GRÁFICO 7 – TEMPO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

O tempo de trabalho nas instituições do estudo variou de 1 a 21 anos, com uma média de permanência de 4 (quatro) anos e 5 (cinco) meses. No Hospital “A”, o maior percentual concentrou-se na faixa de 1 a 3 anos com 57,2 %. No Hospital “B”, apenas um funcionário tem 8 anos. Os demais funcionários têm, em média, 3 anos na empresa, pois a instituição mantém um suporte de voluntários para posterior contratação.



FONTE : Coleta direta de dados.

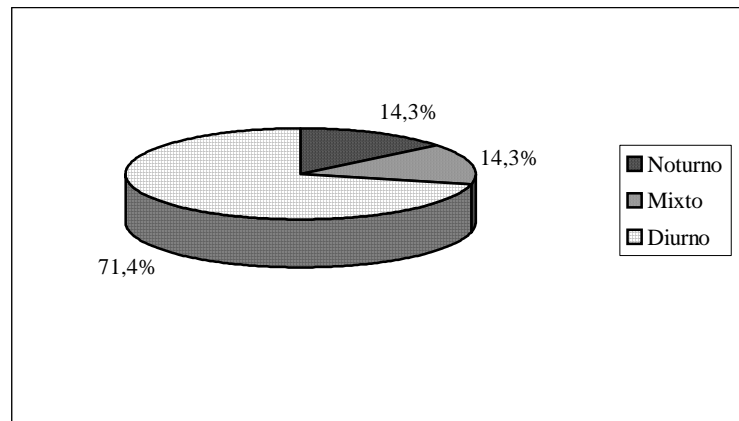
GRÁFICO 8 – TEMPO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001



FONTE: Coleta direta de dados.

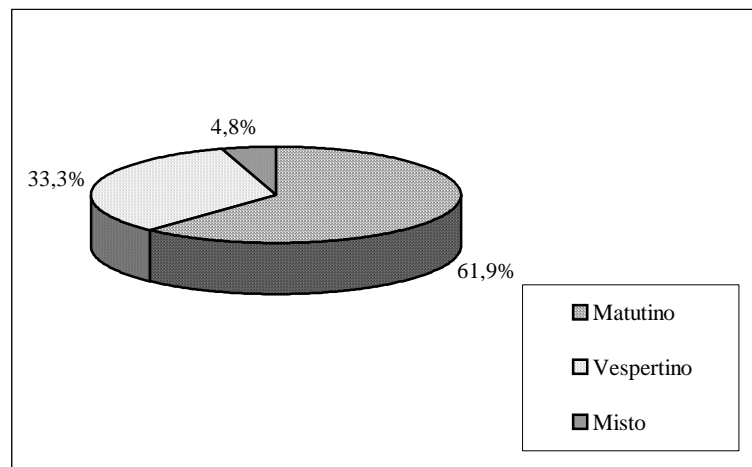
GRÁFICO 9 – TEMPO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

Em relação ao turno de trabalho do grupo selecionado, no Hospital “A”, 71,4% atendia no turno diurno. Destes, 5,7% não tinham outro emprego. No Hospital “B”, foi predominante o turno matutino, e todos eles tinham outro emprego.



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 10 – TURNO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “A”. SALVADOR, 2001



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 11 – TURNO DE TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL “B”. SALVADOR, 2001

Quanto à formação profissional, no Hospital “A” todas as entrevistadas são auxiliares de enfermagem, porém, no Hospital “B”, como ocorre na prática, não há distinção no desenvolvimento das ações realizadas por auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Este foi o argumento de um entrevistado, considerando que era importante seu parecer, pois ele tinha feito cursos de atualização sobre gerontogeriatría. Durante a formação, teve conhecimento específico, além de trabalhar em hospital com unidade geriátrica, repassando seus conhecimentos para a equipe de trabalho.

A capacitação em gerontogeriatría variou pouco entre as duas instituições selecionadas, prevalecendo a não realização de cursos que pudessem mantê-los atualizados sobre as especificidades da pessoa idosa, no sentido de possibilitar uma melhor intervenção na prestação do cuidado. Neste particular, apenas 4 (quatro) dos auxiliares estudados tiveram algum tipo de capacitação. Da mesma forma, em relação à formação, foi predominante a inexistência de conteúdos de gerontogeriatría durante o processo formativo. Vale salientar, que os sujeitos que receberam esses conteúdos apresentaram depoimentos que confirmam a importância do conhecimento específico na prestação do cuidado ao geronte, conforme ilustra a fala a seguir:

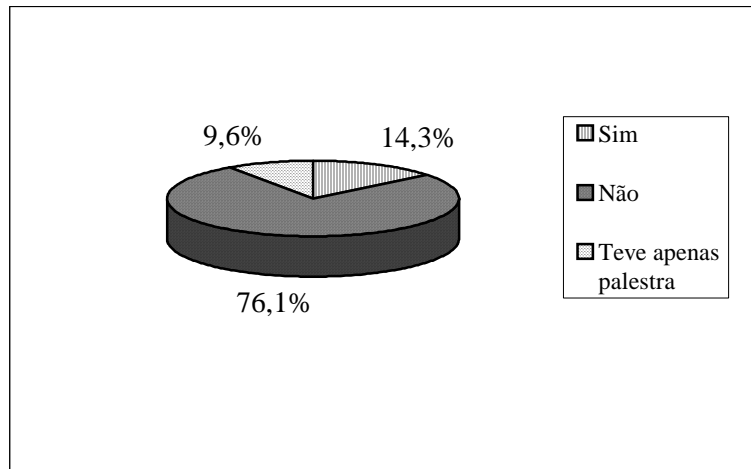
[...] o idoso precisa de uma atenção redobrada e especial e eu vejo que os profissionais não estão preparados para cuidar da pessoa idosa e o pouco que aprendi, além do muito que já trabalhei com idosos, afirmo que os profissionais de saúde não estão preparados para prestar assistência ao idoso hospitalizado... ele tem suas características e essas não são observadas na prestação dos cuidados. (Peroba).

A maioria das entrevistadas informou que as escolas não forneceram, em sua grade curricular, noções de gerontogeriatría durante a formação. Essas auxiliares de enfermagem consideraram de grande importância, em seu processo de ensino/aprendizagem, os conteúdos voltados para a questão da atenção à saúde do idoso, avaliando como essencial o treinamento e a atualização, acerca do conhecimento das peculiaridades das pessoas idosas. Apesar desse reconhecimento, a maioria delas não participou de cursos de atualização em gerontogeriatría, ou seja, não receberam e não estavam recebendo capacitação para cuidar adequadamente dos idosos. Apontaram, também, a inexistência de mecanismos voltados para o investimento no conhecimento dos auxiliares de enfermagem, no âmbito das instituições.

Para superar os desafios existentes na enfermagem geriátrica e gerontológica, Stevenson et al. (1997, p. 45) destacam, dentre eles, a questão da formação de recursos humanos, que apresenta a necessidade de

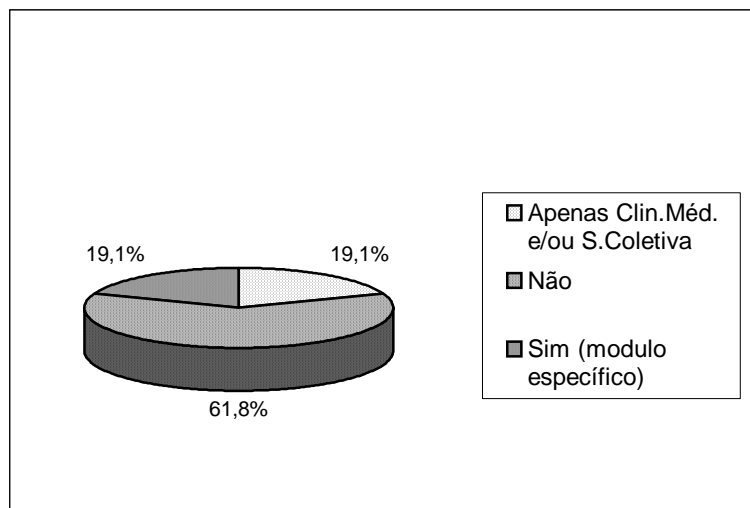
[...] mudanças curriculares no sentido da atualização de conhecimentos e aquisição de habilidades gerais básicas e, nível de graduação e em do técnico e auxiliar de enfermagem [sic]. É um imperativo na atualidade que os profissionais atuantes nos serviços de assistência primária ofereçam cuidados apropriados à especificidade do cliente idoso [...]

Os autores apontam a necessidade dos currículos serem acrescidos dos conteúdos de gerontogeriatría, para que os profissionais cheguem ao mercado de trabalho aptos a atender às necessidades da clientela. Os Gráficos 12 e 13, a seguir, ilustram a situação dos auxiliares de enfermagem dos hospitais estudados, no que se refere à questão da formação em gerontogeriatría, tendo em vista as diferenças curriculares na formação desses profissionais.



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 12 – AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “A” QUE RECEBERAM NOÇÕES DE GERONTOGERIATRIA EM SUA FORMAÇÃO



FONTE: Coleta direta de dados.

GRÁFICO 13 – AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL “B” QUE RECEBERAM NOÇÕES DE GERONTOGERIATRIA EM SUA FORMAÇÃO

Da caracterização dos atores sociais deste estudo, o que mais chama a atenção são as contradições evidenciadas neste levantamento. A maioria, em ambos os hospitais, já trabalhava com idosos no âmbito domiciliar e hospitalar. Entretanto, nenhum deles buscou a capacitação para atuar adequadamente, nem as instituições a ofereceram, apesar do reconhecimento, em ambas, do aumento da demanda dos idosos e da necessidade de atendimento diferenciado. Tratando da problemática da capacitação, Pereira e Takahashi (1991) ponderam que esta, de acordo com a realidade vivenciada no ensino e na prática pelo profissional de saúde, prepara o indivíduo para desempenhar suas atividades profissionais. No particular da atenção à saúde da pessoa idosa, a capacitação assegura uma intervenção adequada e positiva, evitando transtornos a um sistema já comprometido pelo processo fisiológico do envelhecimento que, no entanto, não significa doença. Vale ressaltar que essa capacitação permitirá ao profissional de enfermagem estabelecer a diferença entre senescência e senilidade.

Dentre outros autores, Vieira (1996, p. 148) enuncia esta diferença, assim definindo senescência: “Processo de envelhecimento normal, que se estende por todo o curso da existência do ser humano, conseqüente ao desgaste fisiológico relativo ao passar dos anos, que tem seu marco em torno dos 65 anos.” Quanto à senilidade, a autora assim a define: “[...] uma velhice patológica caracterizada por disfunções orgânicas, modificações somáticas limitantes, debilitação psíquica e enfraquecimento cerebral.” (VIEIRA, 1996, p. 148).

3.2 ANALISANDO OS DISCURSOS

Nesta seção, buscamos descrever e interpretar o significado dos discursos que expressam a realidade vivida pelos auxiliares de enfermagem sujeitos deste estudo, no espaço

do cuidar do idoso hospitalizado. Da análise dos discursos, delimitamos as unidades de contexto que compreendem os segmentos mais amplos do conteúdo, isto é, os temas maiores das entrevistas que foram, em seguida, decompostos em unidades de análise ou categorias temáticas, a saber:

- Idoso na sociedade e idoso hospitalizado.
- Cuidado ao idoso em sua totalidade.
- Diferencial do cuidado ao idoso.

Prosseguindo, fizemos a decomposição dos discursos, a codificação das unidades temáticas, que foram agrupadas em subcategorias. Os núcleos temáticos ou categorias temáticas, com suas respectivas subcategorias, estão apresentadas no Quadro 2, a seguir.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUB-CATEGORIAS
➤ Idoso na sociedade e idoso hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idoso como objeto de discriminação ➤ Hospitalização como agravante da saúde do idoso
➤ Cuidado ao idoso hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidado ao idoso em sua totalidade ➤ Ingredientes do cuidado ao idoso hospitalizado ➤ Contradições e ambigüidades no cuidado ao idoso hospitalizado
➤ Diferencial do cuidado ao idoso hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Especificidade do cuidado ao idoso hospitalizado ➤ Condições de trabalho no cuidado ao idoso hospitalizado ➤ Capacitação para o cuidado ao idoso hospitalizado

QUADRO 3 - CATEGORIAS TEMÁTICAS E SUAS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

A apreensão dos constructos do ato de cuidar do idoso hospitalizado, pelos sujeitos do estudo, implica na verificação da maneira pela qual os entrevistados percebiam o idoso na sociedade e o idoso hospitalizado. A forma como os auxiliares de enfermagem, sujeitos deste

estudo, perceberam a longevidade interferiu no desenvolvimento das ações de cuidar do idoso hospitalizado. Para uma maior aproximação com a realidade estudada, é imprescindível, portanto, clarear a concepção dos sujeitos deste estudo sobre o ser idoso hospitalizado e o desenvolvimento das ações de cuidar.

3.2.1 Idoso na sociedade e idoso hospitalizado

Da percepção dos auxiliares de enfermagem acerca do idoso na sociedade e do idoso hospitalizado, foram estruturadas as subcategorias: o idoso como objeto de discriminação; e a hospitalização como agravante da saúde do idoso.

IDOSO COMO OBJETO DE DISCRIMINAÇÃO

Na percepção dos auxiliares entrevistados, o idoso na sociedade é considerado como um ser discriminado, desprotegido, sem o devido reconhecimento de seus direitos civis, políticos e sociais, enquanto cidadãos. Foram evidenciadas, também, as carências do idoso em suas dimensões biológica, psicológica e estrutural, além das que ocorrem no seio da própria família.

[...] ele é desrespeitado pelas pessoas jovens e pelos governantes... com a aposentadoria, ele tem que escolher se come ou se compra remédio. (Cerejeira).

[...] o atendimento às suas necessidades fica a desejar. (Bordo).

[...] ele é discriminado em tudo... na saúde, no transporte, no salário, na família. É como se ele não servisse mais para nada. (Jacarandá).

O idoso requer muita atenção, mas a sociedade não reconhece isto. (Cedro).

A pessoa idosa tem dificuldades em se adaptar às transformações que ocorrem na sociedade. As influências no comportamento desse segmento, seu estilo de vida, tudo fica atrelado às concessões feitas por essa sociedade. Entretanto, é necessário o reconhecimento dessa pessoa como um cidadão que busca adequar-se às exigências impostas pela modernidade. Patrício (1992, p. 102) refere-se à relação existente entre a prestação do cuidado de enfermagem e a cidadania do homem brasileiro. Analisando a prática do “cuidado” em sua relação com a construção da cidadania, essa autora se apropria das idéias de Freire (1995) em relação à importância da educação para o desenvolvimento da consciência política dos indivíduos. Nessa concepção, os cuidados básicos em saúde, desenvolvidos com a intenção de promover a cidadania, podem ser considerados como formas de “alfabetizar” para a saúde, pois são ações culturais fundamentadas no diálogo, que auxiliam o indivíduo (cliente da enfermagem) a se desenvolver enquanto ator/sujeito participante em seu processo saúde-doença, a partir de uma compreensão crítica das relações que estabelece com o ambiente (natural e social). A partir dessa compreensão, é possível acreditarmos que um novo olhar deve ser lançado pela sociedade, especialmente pelos profissionais de saúde, em particular da enfermagem, para a população que envelhece, reconhecendo seus direitos e potencialidades e assegurando-lhes um envelhecimento saudável enquanto cidadãos.

Lutar, enfrentar e transformar são atitudes que refletem na organização e no reconhecimento de uma necessidade de modificar a relação existente entre a sociedade e os idosos. Entretanto, é preciso compreender o que permeia e transcende o mundo, buscando a consciência e o equilíbrio, a fim de minimizar os conflitos existenciais, garantindo uma assistência adequada às necessidades do cidadão idoso, evitando, assim, o assistencialismo, que se contrapõe à essência da cidadania. Esta percepção está ilustrada nos fragmentos de falas dos atores sociais, apresentados a seguir:

É um ser solitário [...] que não conta nem com sua família. (Pinho).

Ainda existe muita discriminação com o idoso. As pessoas parece que ignoram o processo de envelhecimento e não consideram a fragilidade física e emocional da pessoa idosa. (Plátano).

Alguns autores, dentre eles S. Santos (2001, p. 18), alertam para o fato de que a definição do envelhecimento e suas conseqüências atendem ao interesse do campo de pesquisa:

Um biólogo define-o, como conjunto de alterações experimentadas pelo organismo vivo, do nascimento à morte. Já os sociólogos e psicólogos chamam a atenção para o fato de que, além das alterações biológicas, outras alterações sociais e psicológicas são observadas e estas são tão importantes quanto as alterações biológicas. Portanto, o processo de envelhecimento abrange aspectos biológicos, psicológicos, sociais e até fisiopatológicos.

Essas alterações ocorrem de forma simultânea no transcorrer da existência, guardando uma interdependência de acordo com a história e estilo de vida, além dos aspectos genéticos, culturais e outros envolvidos no caminhar de cada indivíduo. Algumas alterações exacerbam mais que outras, ou raramente o indivíduo consegue superar as dificuldades vivenciadas, adaptando-se e mantendo o equilíbrio.

Os atores sociais reconheceram as interfaces biopsicosociais que o processo de envelhecimento traz em seu bojo e a expressaram desta forma:

O idoso ainda é muito discriminado. Não se considera todo o potencial dessa pessoa... parece que é como um objeto velho que não serve para nada. (Aroeira).

É uma pessoa desassistida como cidadão. Inclusive a própria família não valoriza a participação dele na sociedade e nem reconhece a contribuição já prestada. (Peroba).

A questão do não reconhecimento da cidadania do idoso foi uma constante na quase totalidade das falas, conforme ilustram as falas abaixo apresentadas:

[...] ele não tem seus direitos garantidos, apesar de escritos. A sociedade discrimina muito o idoso. Na realidade, o idoso, por tudo que já deu ao país, o governo deveria ter mais reconhecimento e tratá-lo melhor. A sociedade é muito preconceituosa com o idoso. (Pau-brasil).

[...] ele tem seus direitos no papel, porém não são respeitados. (Faia).

Nós não temos uma cultura de reconhecimento e valorização dessas pessoas, não os encaramos como cidadãos. (Jequitibá).

Apesar do registro do não reconhecimento da cidadania do idoso pela sociedade, algumas falas apontaram os avanços e retrocessos referentes às relações de cidadania e à pessoa idosa.

O idoso, hoje já tem uma série de vantagens pois antigamente não tinham os recursos que têm hoje conquistados por eles ou pela própria sociedade para eles, porém não se pode deixar de reconhecer que ainda existe discriminação. (Plátano).

As pessoas não dão credibilidade, atenção a eles que deveriam ter prioridades estabelecidas de acordo com suas necessidades, principalmente para a saúde nas políticas [...] eles não são vistos nem como pessoas que já contribuíram com a sociedade e nem como cidadãos, fazendo valer esses direitos [...] tudo só é voltado para os jovens. (Nogueira).

A realidade expressa nessas falas encontra respaldo em autores como Barbosa e Duarte (2001), que consideram a cidadania como um componente da democracia, e o cidadão como um sujeito de direitos sociais e, portanto, com direito a igualdade de tratamento. Para esses autores, a sociedade industrial considera o indivíduo velho como uma máquina desgastada pelo tempo de trabalho e que perdeu sua utilidade. O princípio de igualdade, que se justifica em nome da cidadania, foi completamente esquecido pelos discursos neoliberais, e

as palavras que ainda hoje circunscrevem o hemisfério da saúde pública e do envelhecimento são a desigualdade e a pobreza.

Os entrevistados, apesar de identificarem o idoso como objeto de discriminação pela sociedade, apontaram estratégias para superação dessa realidade, conforme ilustra o fragmento de fala a seguir:

No momento, a pessoa idosa precisa ser mais observada pela sociedade, participar de grupos de convivência, trocando experiências e relacionando-se uns com os outros, porém acho que eles já conquistaram muitas coisas. (Olmo).

Sobre o importante papel que os grupos de terceira idade (GTI) representam na vida dos idosos, Portela e Gonçalves (2001, p. 196) afirmam:

[...] lutando contra a exclusão social da velhice, redefinindo os espaços de cidadania, os GTIs são formas de ações coletivas, criadas por aqueles que se encontram na chamada terceira idade, em parceria com outros atores sociais. A maneira de ser e agir, hoje predominante nos GTIs, é em torno da utopia do envelhecer saudável, ou seja, do ser humano em plena maturidade, estabelecendo relações, interagindo com os demais participantes do grupo e da comunidade, articulando-se com as escolas, com os centros comunitários, com as universidades, com o poder público, com profissionais interessados nas questões gerontológicas [...]

O conteúdo das falas aponta para a questão do idoso como objeto de discriminação pela sociedade e desnudam o envelhecimento populacional como uma realidade a ser enfrentada pela sociedade, que deverá modificar suas condutas éticas, morais, culturais e sociais em relação à visão da pessoa idosa. Sendo estes tidos como cidadãos participantes de um contexto social, vale ressaltar que cidadania inclui direitos civis, políticos e sociais. Consideramos direitos sociais, as condições de vida e trabalho, o acesso aos bens e serviços reconhecidos como necessários a uma vida digna. Referindo-se a esta questão, Portela e Gonçalves (2001, p. 196), assim se posicionam:

Nas sociedades mais desenvolvidas, a questão social da velhice encontrou já encaminhados os demais problemas sociais, o que tornou menos difícil a formulação de políticas voltadas às necessidades específicas da população idosa, diferentemente da realidade do terceiro mundo, onde a realidade é indiscutivelmente, constrangedora.

Salgado (1990, p. 42) chama atenção para a necessidade de organização desse segmento em defesa de seus direitos:

[...] o envelhecimento útil e feliz não pode ser apenas um mito. Cabe a sociedade a responsabilidade de redefinir, sócio e culturalmente, o significado da velhice, possibilitando a restauração da dignidade para esse grupo etário. Cabe a cada idoso o compromisso de lutar, pois se a sociedade inventou a velhice, devem os idosos reinventar a sociedade.

Os idosos vêm gradativamente se organizando e defendendo espaços antes destinados só aos mais jovens, bem como criando alternativas de participação na defesa de seus direitos, através de associações, grupos de convivência, universidades da terceira idade, mantendo-se atuantes. Eles desejam uma sociedade regida por uma Constituição democrática, que atenda aos interesses da maioria, gozando de maior liberdade e justiça social, assegurando conquistas e direitos já adquiridos.

Assim como na literatura, a concepção dos entrevistados acerca do idoso na sociedade, não se reduziu a um simples fenômeno biológico, de deterioração física, mas o envelhecimento foi visto como um fenômeno social que deve ser reconhecido como tal pelo grupo ou sociedade, pois tanto a sociedade civil quanto o Estado são responsáveis pelo reconhecimento dos direitos universais dos cidadãos idosos. Essa compreensão é, portanto, incompatível com a crença de que os direitos sociais são privilégios de alguns segmentos apenas.

HOSPITALIZAÇÃO COMO AGRAVANTE DA SAÚDE DO IDOSO

Os sujeitos da presente investigação, por sua convivência com o idoso hospitalizado, verbalizaram a hospitalização como agravante da saúde do idoso, por diversos motivos, tais como: afastamento do idoso de seu ambiente familiar, de seus pertences, da rotina de sua vida, dentre outros. Esse afastamento, muitas vezes, foi visto pelos entrevistados como um abandono familiar voluntário ou por força das condições sócio-econômicas do contexto familiar da pessoa idosa. Outros motivos mencionados foram o medo do idoso frente ao desconhecido, não só com referência à doença e suas conseqüências, como também à modificação do ambiente hospitalar frio e impessoal, ao lado de profissionais que não estavam preparados para lidar com as peculiaridades inerentes a essa clientela. Além desses motivos, ficou clara a percepção do quanto a hospitalização afetava a dimensão psicológica da pessoa idosa hospitalizada, comprometendo seu emocional e exigindo mais paciência e atenção da equipe, principalmente para detectar o isolamento social, a depressão e a solidão que, muitas vezes, se expressava no chamamento, com uma queixa de dor ou qualquer outro sintoma. As falas a seguir ilustram essa percepção:

Eu digo que eles são a parte fraca da corda, porque a hospitalização é ruim em qualquer faixa etária, mas para o idoso é pior porque ele tem, na sua casa, suas coisinhas e deixa tudo, inclusive a família, que apesar do direito de ter o acompanhante, nem sempre é possível contar com um. Ele vem para o convívio de pessoas estranhas, afetando também a parte emocional, além da física, com a patologia que ocasionou o internamento. (Pau-brasil).

[...] a hospitalização é, para o idoso, como se fosse um castigo, uma coisa estranha que o separa da família [...] ele é, muitas vezes, abandonado pela família [...] eles sentem-se deprimidos, choram, sentem-se abandonados. (Cerejeira).

[...] o idoso hospitalizado precisa de compreensão e muito amor... eles querem, sempre, a família por perto e nem sempre isso é possível e isto interfere no estado de

saúde dele. Já acompanhei um paciente que, pela falta da família ficou tão triste que se deprimiu e foi piorando até morrer. Sentiu-se rejeitado. (Nogueira).

[...] ele não tem a atenção que merece, nem da família, nem dos funcionários do hospital. (Pau-marfim).

[...] o idoso hospitalizado requer uma atenção especial tanto na parte física como emocional. (Jequitibá).

[...] pelo preconceito que a sociedade tem com o idoso, a hospitalização para ele termina sendo um castigo [...] então ele fica carente, necessitando de assistência especial quando hospitalizado. (Faia).

[...] os profissionais não estão preparados para cuidar dele e aí ele fica a mercê de quem gosta de velho e que tem paciência e que acha que vale a pena tratar dele. Isso vai do médico à enfermeira. (Aroeira).

Esses achados encontram respaldo em López e Cruz (2000, p. 9), que afirmam: “[...] quando um indivíduo está hospitalizado, existe uma ruptura com seu ambiente habitual, que modifica os seus costumes, os seus hábitos, e, em geral, a sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal.”

Os auxiliares de enfermagem prestadores da assistência direta a pessoas idosas hospitalizadas expressaram-se cheios de conflitos, ao experienciarem, no desempenho de sua prática, o que a hospitalização significava para essas pessoas na dinamicidade de sua rotina.

Ele é afastado de seu canto e de suas coisas, os profissionais não estão preparados, ele fica entregue. (Aroeira).

Para eles é como se fosse castigo, um lugar onde só tem gemido de dores, sofrimento e eles não têm mais estrutura para suportar o que não é do seu costume. (Cerejeira).

A doença é um fato que gera insegurança no indivíduo, estendendo-se pelo seio familiar e social. Hoje, a tecnologia da medicina e a despersonalização que a modificação do atendimento resulta, acentua esse estado no idoso que vivencia muitas perdas no cotidiano. A doença, além de gerar ansiedade, raiva, negação, tristeza, desesperança, culpa, repressão e confusão, suscita sentimentos ímpares, como o medo da morte, pelo fato do paciente não ter domínio da situação. Essas reações frente à doença são vividas tanto pelo paciente como por seus familiares. O transtorno causado pela doença na vida da pessoa idosa é assim traduzido por Cantera e Domingo (1996, p. 10):

[...] a doença constitui em si mesma, uma ameaça que gera uma situação de insegurança, tanto no paciente como no seu ambiente familiar e social. A tecnocracia na medicina e a despersonalização que acompanha a massificação dos hospitais fazem com que o paciente se sinta inferiorizado diante de uma situação que não domina.

A questão do despreparo profissional, referido pelos atores sociais, é também abordada na literatura, a exemplo de S. Santos (2001, p. 18), dentre outros autores, que afirma:

[...] o nível médio de enfermagem ainda não está devidamente contemplado com cursos voltados ao cuidado do idoso, sendo necessário despertar o interesse dos responsáveis por órgãos formadores dos auxiliares e técnicos em enfermagem, conscientizando-os da importância de cursos para atender um mercado em franca ascensão, como decorrência do aumento da população idosa.

Apesar dos contínuos esforços, ao longo das últimas décadas, e dos dispositivos legais existentes, constatamos que permanece a carência na formação dos recursos humanos na enfermagem, em particular do nível médio, que guarda, embora em diferentes períodos e intensidades, consonância com as políticas de educação e saúde vigentes para o desenvolvimento e transformação desta prática social. Percebemos, portanto, que os próprios auxiliares

reconhecem a necessidade de uma atenção diferenciada para o idoso hospitalizado, que além da debilidade de sua saúde, está também fragilizado emocionalmente pela hospitalização. Autores como Léger et al. (1994, p. 32) comentam acerca de situação de crise na hospitalização do idoso:

Para alguns, “envelhece-se como se viveu”; para outros “o velho não é um adulto em redução, mas um ser diferente”. Pensamos que esta aparente antinomia continuidade-ruptura deve, em numerosos casos, ser superada para enfrentar a noção de crise: novas condições biológicas e ambientais que provocam uma inadequação atual entre as possibilidades da pessoa e as exigências do meio e que reativam, por isto, angustias passadas, podem conduzir às descompensações que recorrem aos mecanismos de defesa depois de longo tempo abandonados.

Esses mecanismos de defesa muitas vezes vêm sendo poupados pela pessoa idosa, acostumada com sua rotina de vida no contexto familiar e como indivíduo que gerencia sua vida com autonomia física e mental. Entretanto, quando surge um problema de saúde e, por consequência, a hospitalização, eles são acionados mediante necessidade de adaptação, como expressa a fala a seguir:

Acho eles mais sofridos, porque já passaram por tantas coisas na vida que é preciso que a equipe tenha paciência e atenção, e isso não ocorre na prática. (Plátano).

Neri (1993 apud GONÇALVES et al., 2001) evidencia a interferência das relações pertinentes ao contexto social e afetivo do idoso em seu processo saúde-doença, destacando que a instalação de doenças, as perdas de papéis ocupacionais e as perdas afetivas, na velhice, podem fazer emergir certo grau de ansiedade nos idosos, prejudiciais num momento de vida tão delicado. Gonçalves (2000) alerta para o fato de que, atualmente, a questão da saúde dos idosos é de ordem política, e que a saúde humana representa uma totalidade na qual influem, qualitativa e quantitativamente, fatores bio-psico-socio-espirituais. No Brasil, ainda é recente

o interesse pelos problemas do idoso, como avaliam alguns autores, dentre eles Silva e Duarte (2001, p. 248), que assim se expressam:

A preocupação com o idoso, no País, ainda é recente, por isso é preciso que os profissionais de saúde e a sociedade em geral repensem seus valores e suas políticas sociais em prol da inclusão social desse grupo populacional – estreitando suas relações familiares, melhorando o seu convívio com os adolescentes e as crianças e valorizando sua participação na sociedade [...]

As autoras também se posicionam sobre as relações entre a enfermagem e a prestação de cuidados aos idosos, reconhecendo a relevância da enfermagem na prestação de serviços ao idoso doente. Hoje, esse papel estende-se ao idoso sadio, para auxiliá-lo no autocuidado, visando a sua independência e melhor qualidade de vida, evitando, ao máximo, a hospitalização.

Abordando a questão dos profissionais que praticam a assistência geriátrica, S. Santos (2001, p. 32) explicita que os recursos humanos que atendem aos idosos nos ambulatórios geriátricos devem ser aptos a fazê-lo com eficiência e dedicação especiais. A autora pondera que o profissional que cuida do idoso hospitalizado não pode deixar de atentar para suas responsabilidades com esse cliente em sua totalidade, o que envolve as ações educativas referentes à saúde, ao estímulo, ao autocuidado, à reabilitação e ao trabalho educativo extensivo à família, preparando-a para cuidar do idoso em domicílio. Este necessita de ajuda profissional para manter sua autonomia, sua integração social, sua auto-estima, sua individualidade, sua valorização e sua integridade.

As questões vivenciadas e trazidas pelos auxiliares em relação à questão dos familiares dos idosos hospitalizados traduzem momentos difíceis para os idosos e para a equipe de saúde durante a hospitalização. Essas relações foram assim manifestadas:

Muitas vezes os familiares internam porque eles dão trabalho em casa e a família não tem preparo e tempo para dar assistência e o deixa abandonado. Então a gente tem que substituir essa atenção da família, mas não se ocupa esse lugar, apesar de ter pacientes que referem se sentir bem. (Olmo).

O idoso hospitalizado é dependente, e nós, auxiliares de enfermagem, somos a família dele e devemos tratá-lo muito bem, pois ele é muito carente. (Gonçalo-alves).

Pior. Aqui mesmo os familiares largam, deixam à toa. Bastou ser idosos, que não pode ainda se movimentar, os familiares largam aqui mesmo, principalmente se não tiver uma renda para deixar. A família some e só volta quando ele morre. Aí vem buscar os pertences. Os familiares não têm respeito aos seus idosos. (Massaranduba).

Uma pessoa que depende totalmente da enfermagem e da família, para evitar principalmente a depressão durante a internação. (Ipê).

A questão da família no abandono do idoso hospitalizado foi uma constante na maioria das falas, evidenciando sua importância junto ao idoso. Portanto, é possível concluir que os laços de família, mesmo que fragilizados pelas mudanças ocorridas na sociedade, ainda permanecem bastante significativos para o grupo etário em questão, sendo um de seus pontos de conflito, principalmente quando compara o tratamento recebido por seus antepassados e o que está recebendo. Logo, os conflitos existentes entre as gerações devem ser trabalhados através da mudança de mentalidade em relação às questões que envolvem o envelhecimento.

No contexto social em que vivemos, além da função de perpetuadora da espécie, a família é também responsável pela socialização de seus membros, além de outras funções referentes à economia, proteção, educação e cultura. Com as transformações sociais, a família, como organização social, vem, há muito, se modificando. Entretanto, quando não cumpre sua principal função de zelar e cuidar de seus componentes, ela é cobrada pela sociedade.

Vieira (1996) chama a atenção para as relações e adaptações necessárias entre a família e o idoso, na atualidade, no que se refere à necessidade de reorganização do papel da família frente às responsabilidades com seus membros. Entretanto, a autora reconhece ainda que as transformações sociais ocorridas e o envelhecimento populacional exigem a instituição de uma rede de suporte social voltada ao adequado atendimento ao idoso em suas necessidades. Essa autora confirma a demanda geriátrica em todas as profissões, sugerindo que o apoio, em parceria com os familiares, vizinhos e amigos, será uma força nos anos vindouros, por ser uma das poucas alternativas viáveis na assistência ao idoso dependente.

Diante do exposto, percebemos que a complexidade do contexto hospitalar transmite a seu usuário insegurança, medo e incerteza quanto a sua estadia para o tratamento e retorno as suas atividades cotidianas. Essa reação leva a exigir da equipe de saúde uma visão da totalidade do paciente nas suas dimensões biopsicosocial e existencial, sem perder de vista que o paciente/cliente é o centro das ações desenvolvidas no âmbito hospitalar. Sobre essa questão, Lautert, Echer e Unicovsky (1998, p. 129) consideram:

A hospitalização é uma situação difícil de ser experienciada, onde se vive a fatalidade de um ser doente que precisa ser tratado, por vezes, até com procedimentos invasivos. O hospital é um mundo circundante estranho às experiências antes vivenciadas, onde a comunicação tem novos significados.

A realidade aqui apresentada, através das falas dos entrevistados, indica a necessidade de clareza por parte dos profissionais de saúde acerca das transformações que estão ocorrendo no perfil demográfico e epidemiológico do Brasil. As causas de morte, hoje, são as doenças, que além de crônicas geram incapacidades e dependência, e estas acometem os idosos e são responsáveis pela conseqüente hospitalização dos mesmos. Atualmente, é urgente e bastante controvertida a divisão clara entre prevenir doenças, promovendo saúde para uma parte desse segmento que se mantém com higidez física e mental, e cuidar da outra parte do segmento

que, fragilizado, dependente e incapacitado, encontra-se nas instituições asilares, hospitalares, nas ruas e nos domicílios.

3.2.2 Cuidado ao idoso hospitalizado

A compreensão das ações do cuidar do idoso hospitalizado pelos sujeitos deste estudo e as dificuldades no desenvolvimento dessas ações foram reveladas através das subcategorias: o cuidado ao idoso em sua totalidade; os ingredientes do cuidado ao idoso hospitalizado; contradições e ambigüidades no cuidado ao idoso hospitalizado. Estas foram construídas a partir da maneira pela qual esses indivíduos desenvolviam as ações de enfermagem junto ao idoso hospitalizado.

CUIDADO AO IDOSO EM SUA TOTALIDADE

Os entrevistados, majoritariamente, apontaram a necessidade de percepção dos idosos de forma abrangente e completa, sendo levantados os aspectos bio-psico-sociais desses indivíduos. Vale destacar, também, que no conteúdo das falas, observamos o reconhecimento da necessidade de treinamento e de condições de trabalho para a melhoria do cuidado.

Menezes (1985, p. 62) assim se refere aos fatores que compõem a totalidade do ser e suas relações com o processo de cuidar:

Embora inúmeras pesquisas tentem demonstrar a influência dos fatores bio-psico-sociais na enfermidade e na recuperação do paciente, questiona-se até que ponto estes aspectos tem merecido a devida atenção dos enfermeiros. Questiona-se ainda, se o paciente idoso está sendo assistido em sua característica de ser bio-psico-social, isto é, como um todo indivisível. Estarão também as instituições de saúde planejadas, de modo a centrar seus objetivos no paciente como um todo e não na doença?

Após dezesseis anos, esses questionamentos permanecem atuais e foram confirmados neste estudo, trazendo muitas inquietações. A literatura ampliou esse desajuste com a inclusão do avanço tecnológico, que levou os profissionais a priorizarem o monitoramento das máquinas em detrimento do paciente/cliente e sua totalidade. A este respeito, Haber (1994, p. 225) comenta:

[...] o risco de tratamento surge porque os novos processos, às vezes, exigem bastante atenção de pessoal sub-especializado, alguns dos quais podem se sentir confortáveis atendendo mais o equipamento do que o paciente. Além disso, a multiplicidade do pessoal exigido tende a fazer com que cada indivíduo admita que os outros estão atendendo as necessidades pessoais do paciente.

As ações de enfermagem que compõem o processo de cuidar foram denominadas pelos atores sociais como “as de rotina mesmo”, relacionadas com o contexto em que se desenvolvem, aliadas às condições e turnos de trabalho, sem deixar de mencionar o quantitativo dos recursos humanos e materiais.

As ações de enfermagem ficam assim desenvolvidas de forma geral e praticamente em cada turno tem suas características. Pela manhã, por exemplo, é a higiene do paciente, curativos e outros que se repetem nos turnos seguintes como medicação, aspiração de secreções, enfim todos os cuidados de enfermagem, porque esse tipo de paciente é nosso 24 horas. (Eucalipto).

A escola não ensina a gente a cuidar de idosos, isso a gente aprende na prática. Ela ensina a não misturar o sentimentalismo com a assistência, e o paciente idoso é carente demais, e a gente não pode sair do trabalho, também, carente. (Cedro).

É evidenciada a falta de conhecimento sobre as peculiaridades que o processo de envelhecimento traz para os indivíduos, entretanto, é concreta a afirmação que esse conhecimento é adquirido na prática, assim como fica claro que, apesar disso, não existem condições de trabalho favoráveis à assistência adequada à pessoa idosa. Isso gera um grande conflito entre os atores sociais deste estudo, que aprenderam a não se envolver emocionalmente, embora reconheçam a necessidade de dispensar atenção e carinho a esses clientes. Waldow (1999, p. 138) evidencia a influência dessas características no processo de cuidar:

Acredita-se aqui que o cuidado, pelas suas múltiplas características e principalmente por ser interativo e não desenvolvido por máquinas apresenta também variedades nas suas expressões de cuidar. E muitas vezes as cuidadoras falharam no cuidado, mesmo havendo boas intenções. Parece que o cuidado no seu sentido ideal não se processa, mas não deixa de ocorrer. Ou melhor o cuidado não ocorre mas as intervenções de enfermagem são realizadas.

Os atores sociais avaliaram a assistência prestada simplesmente como ações desenvolvidas, sem atendimento pleno às necessidades da pessoa idosa hospitalizada.

Agora, o paciente idoso hospitalizado, ele requer muito da gente. Às vezes, ele está ali, chamando, pedindo, queixando de dor, pedindo remédio, chamando enfermeira, e aí se pega logo a medicação, porque ele tem “se necessário” e o que ele quer mesmo é alguém perto dele, ele quer é falar e não tem quem ouça, porque ele é totalmente dependente. Mas a gente até vê, mas não trata ele como deve, porque o corre-corre também no trabalho é grande, devido à falta de condições para o desenvolvimento de uma assistência adequada. (Jacarandá).

Ferraz (1998, p. 160) chama atenção para a necessidade de modificar a forma de gerir o cuidado nas unidades hospitalares:

[...] gerir o cuidado na unidade de internação exige dos profissionais atitudes coletivas, em que cada um e todos percebam a complexidade do assistir o doente internado, ou seja, será preciso olhar conjuntamente, e de várias maneiras, as necessidades, direitos e deveres das pessoas hospitalizadas e da instituição hospitalar.

A literatura confirma as manifestações contidas nos discursos dos entrevistados quanto à valorização da totalidade do ser idoso em suas dimensões bio-psico-social e espiritual.

As ações de enfermagem são as comuns transporte, higiene, mudança de decúbito, medicação, massagem de conforto e outros, que mantêm a integração física emocional e espiritual que compõe a totalidade. O importante é que o paciente se sinta protegido. (Sucupira).

Alguns autores afirmam a necessidade de transformar o cuidado, ampliando sua ação nas dimensões bio-psico-social, conforme caracterizado nos conteúdos manifestados pelos sujeitos da pesquisa. No que diz respeito ao processo de cuidar gerontogeriátrico, esta ampliação é imprescindível. Leopardi et al. (2001, p. 46) assim se referem a esta questão:

[...] o cuidar começa, se desenvolve e termina com a pessoa que se torna momentaneamente objeto desta ação, mas também a transcende, para assegurar sua ampliação a coletividade. É para pessoas e em pessoas que trabalhamos (como objeto de trabalho privilegiado) e, para isto, esta ação deve ser plenamente conhecida, desde suas razões morais e sociais até suas resultantes objetivas em termos terapêuticos, ou seja, em sua epistemologia.

INGREDIENTES DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

A enfermagem é uma disciplina, ou seja, uma área de conhecimento caracterizada por seu aspecto prático. É, entretanto, uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações

espirituais. O ser humano, em sua relação com o meio ambiente, deve ser visto como um ser em constante evolução, em um processo de vir-a-ser (WALDOW, 1999).

Neste estudo, diante dos conteúdos manifestados pelos atores sociais, observamos a existência de um reconhecimento explícito acerca de suas limitações, por falta da capacitação técnica, em atender às peculiaridades da pessoa idosa. Por outro lado, assumiram que seu desempenho profissional conferia-lhes um discernimento para uma intervenção de enfermagem que, na maioria das vezes, não era positiva e/ou adequada, devido às condições adversas em que se desenvolvia o processo de cuidar.

*Eu procuro prestar os cuidados, explicando ao paciente o que vai ser feito, e sempre que possível atender o que eles pedem. Por exemplo, o idoso gosta de banho quente e aqui é frio, então, se tivesse um aquecedor manual, a gente já podia atender esse desejo. Acho que poderia ser melhor. É preciso que ele entenda que a gente está aqui para cuidar dele, apesar da quantidade pouca de funcionários, é preciso que ele se sinta **seguro, amado**, que tenha **amizade** por ele e isso ajuda no tratamento. Eles se **apegam** à gente e quando sentem isso perguntam cadê aquela menina que **cuida bem** de mim. Tanto faz idoso, criança ou adulto jovem. Agora, se houver **indiferença** por parte do profissional, aí nada feito. (Massaranduba).*

*As ações de enfermagem desenvolvidas com os idosos são sempre as mesmas que compõem a assistência: banho, mudança de posição. É preciso explicar ao paciente que a partir daquele momento nós que cuidaremos, dele e é preciso que ele **confie** no nosso serviço. (Olmo, grifo nosso).*

*A comunicação com idoso hospitalizado é relativa, depende do paciente. Quantas vezes ele não quer esse contato e se mantém fechado nele mesmo. É importante mantê-lo informado e **saber ouvi-lo**. Quantas vezes ele refere uma queixa só para ter **nossa atenção**, e quando a gente escuta ele atentamente e, principalmente, faz **um agrado**, a queixa desaparece. É importante também olhar, ouvir e tocar nele, é o exercício da **comunicação não verbal**, sendo importante valorizar, investigar a queixa. **Tratá-lo sempre com respeito humano**. (Olmo, grifo nosso).*

*Eu vejo uma pessoa esquecida, tudo abala, e a hospitalização a deixa **deprimida, dependente** e na maioria das vezes **sem esperança**. A enfermagem deve ficar atenta à questão do **humor** do paciente idoso. **Tristeza, melancolia**, devem ser acompanhado. (Aroeira, grifo nosso).*

*O idoso hospitalizado requer muita **atenção**, pois muitas vezes, devido ao tipo de patologia, ele fica mais sensível. É preciso que nós da enfermagem incluamos na prestação do cuidado **carinho e atenção**, facilitando a **adaptação dele durante a internação**. (Plátano, grifo nosso).*

Todos os grifos no conteúdo manifestado pelos atores sociais deste estudo foram os ingredientes identificados, atrelados às ações que, segundo eles, compunham o cuidado à pessoa idosa, vista em sua totalidade durante a hospitalização. Na literatura, eles integram a análise de diversos autores, porém, antes de mencioná-los, apresentaremos a classificação proposta por Watson et al. (1979 apud WALDOW, 1999, p. 94):

[...] em seus estudos classificam as atividades de enfermagem em instrumental e expressiva. A atividade instrumental focaliza mais o aspecto físico, o atendimento das necessidades do paciente, tal como medicação, higiene, entre outros, enquanto a atividade expressiva engloba o aspecto psicossocial, tal como oferta de suporte emocional.

Nesse estudo, as autoras concluíram que as enfermeiras envolvidas consideravam que o “comportamento expressivo” era frequentemente utilizado como um indicador de cuidar, enquanto os pacientes afirmavam que o “comportamento instrumental” era mais importante. Ambos, entretanto – enfermeiros e pacientes –, reconheceram que os dois tipos de comportamento são necessários e se complementam para que o desenvolvimento da prática do cuidado seja integral, atendendo, assim, a todas as necessidades afetadas do cliente hospitalizado. Fica claro, que a visão de cada ser envolvido no processo de cuidar é norteadas

pelo que ele desconhece, e isto gera insegurança, porém, as necessidades biopsicossociais exigem esta complementação.

Através dos conteúdos das entrevistas selecionadas, identificamos os seguintes ingredientes, representativos das atividades expressivas, que dão suporte emocional ao cliente e, de forma particular, ao idoso hospitalizado. São eles: segurança/conforto/amor/amizade, apego/confiança/esperança/saber ouvir/atenção e carinho/comunicação não verbal/toque/alterações do humor/tristeza e/ou melancolia. Ao consultarmos a literatura sobre esses ingredientes, vimos, em vários estudos, inclusive em Waldow (1999), referências sobre eles. Situações de cuidado, em decorrência da atenção e do carinho dispensados, acabam por gerar segurança e confiança. Esta melhora não explicitada em nenhum dos depoimentos, leva-nos a concluir que atitudes de não cuidado estão presentes nos espaços estudados.

Notou-se em relação à equipe de saúde, que as enfermeiras, em número reduzido, atendiam a mais de uma enfermaria, quase que executando apenas funções de gerenciamento. Por outro lado, os demais profissionais [auxiliares de enfermagem] pareciam bastante ocupados em realizar tarefas, o que apareceu um aspecto que reduzia uma relação mais direta com os pacientes e inclusive a comunicação. (WALDOW, 1999, p. 117).

Segundo Griffin (1983) e Morse et al. (1990) citados por Waldow (1999), o cuidado estaria relacionado a sentimento. A relação de sentimento, comportamento, expressão emocional, ou, ainda, elementos ou ingredientes de cuidar estão vinculados, como se viu, ao aspecto moral. Considerando o cuidar como uma interação interpessoal, como uma característica humana, e ainda como uma intervenção terapêutica, elementos como respeito, consideração, compaixão e mesmo afeto devem estar sempre presentes, como aponta (WALDOW, 1999, p. 140).

No desenvolvimento do cuidado em geriatria, considerando o idoso em sua realidade, quatro são os aspectos almejados: promoção à saúde, compensação dos déficits e incapacidades,

promoção do conforto e apoio/facilitação do diagnóstico, tratamento, cuidado e conforto. Os ingredientes encontrados neste estudo, e consonantes com a literatura, são importantes em qualquer faixa etária, porém com relação à terceira idade tornam-se imprescindíveis.

Deste modo, a enfermeira geriátrica e gerontológica, em face da situação vigente, ao atender pessoalmente cada idoso nos poucos variados serviços gerais de saúde (hospital, emergência, unidade de terapia intensiva, ambulatórios ou postos de saúde), deveria encontrar, com empenho e criatividade, solução realista e imediata para assegurar uma razoável continuidade em seus cuidados, remediando a situação e não simplesmente aguardando uma melhoria do sistema, visto que o idoso não pode esperar. Ele envelhece a cada dia e poderá acumular mais necessidades de cuidado em seu viver diário (STEVENSON et al., 1997).

CONTRADIÇÕES E AMBIGÜIDADES NO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

As contradições e ambigüidades expressadas pelos auxiliares no desenvolvimento do cuidado ao idoso hospitalizado referiram-se ao conhecimento adquirido pela prática do que o geronte precisa e como ele deve ser cuidado, apesar do reconhecimento da falta de capacitação necessária para tal; à visibilidade da diferença existente entre as necessidades dos idosos, de acordo com suas peculiaridades, para o desenvolvimento das ações que compõem o cuidado, e os clientes nas demais faixas etárias; às condições adversas dessa prática, que traz em seu bojo a contradição entre a consciência profissional e as condições de trabalho, marcadas pela precariedade de recursos humanos e materiais, comprometendo a qualidade do cuidado prestado e, conseqüentemente, a intervenção adequada a esse segmento.

Os sujeitos desta investigação, apesar de reconhecerem a totalidade do cuidado em sua dimensão instrumental e expressiva, ao se referirem às ações que desenvolviam junto ao idoso

hospitalizado, destacaram, primordialmente, as ações instrumentais. A quase totalidade das falas explicitaram, principalmente, as ações voltadas para a higiene, mudança de posição, alimentação, curativo.

Foram destacadas algumas falas que representam essas ambigüidades e contradições:

As ações são as comuns, mesmo: alimentação [...] banho, curativo, medicação. (Pau-marfim).

[...] são as rotineiras, apenas elas exigem mais tempo com eles [...] (Jequitibá).

[...] são as ações de rotina como banho, alimentação, medicação, massagem [...] (Jacarandá).

[...] é a prestação do cuidado mesmo, como higiene, arrumação do ambiente, observar eliminação, verificar sinais vitais, dar alimentação e medicação [...] (Cedro).

Uma outra contradição expressa nas falas está relacionada à comunicação com o idoso. Ao tempo em que os sujeitos reconheceram a importância da comunicação no cuidado, eles a destacaram como forma de obter a colaboração do idoso e não como forma de integralidade do cuidado, conforme se observa nas falas abaixo:

A gente conversa com ele, explica tudo e ele colabora. Mas quando ele está prostrado, deprimido ou não se comunica, aí tudo fica mais difícil. (Pinho).

O idoso precisa entender bem a explicação para aceitar e colaborar. (Eucalipto).

Essas e outras contradições presentes no desenvolvimento do cuidado apresentam-se tangenciadas pela falta de capacitação para o cuidado com o idoso hospitalizado. Para Morse et al. (1990 apud SILVA et al., 1997, p. 25): “Não há consenso em relação às definições do cuidado, seus componentes ou o processo de cuidar. Segundo as autoras, a literatura de

enfermagem não tem debatido, comentado ou analisado a diversidade de significados, perspectivas e implicações práticas do cuidado.”

Essa constatação está ilustrada na presente investigação, na qual a maioria dos auxiliares sujeitos deste estudo, ao desenvolverem as ações do cuidado aos idosos hospitalizados, referiram não ter recebido, durante seu processo de formação, conteúdos de gerontogeriatrics. Eles, contudo, visualizaram as peculiaridades do idoso através da prática diária desse cuidar, apesar de vivenciarem conflitos e/ou pressões pela dinâmica do contexto social e profissional. Deste modo, assim é expresso o reconhecimento dessa realidade:

A escola não ensina a gente a cuidar de idosos. Isso a gente aprende na prática, fazendo cuidado. A gente vai observando que tem que pegar com jeito porque a pele é frágil, qualquer coisa fere, que ao tentar puncionar a veia perde com frequência, porque infiltra logo [...] (Pinho).

Ficam evidenciadas, portanto, as contradições do cuidado aliadas à falta de conhecimento especializado sobre as peculiaridades que o processo de envelhecimento traz para os indivíduos. Por outro lado, é concreta a afirmação de que esse conhecimento é enriquecido pela prática.

Como argumenta Waldow (1999), o ser humano, no processo de crescimento, desenvolve suas capacidades, possibilitando sua recriação como pessoa, através da integração de novas experiências e seleciona seus valores e ideais, tornando-se autodeterminado. Mayeroff (1971 apud WALDOW, 1999) afirma que o cuidado apresenta alguns ingredientes principais que constituem, na verdade, as qualidades necessárias para cuidar. São elas: conhecimento do outro, estar bem intencionado, modificar seu comportamento frente à necessidade do outro, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem. A autora comenta que esses ingredientes têm servido de suporte para o desenvolvimento do

cuidado de enfermagem, atualmente. A maior parte deles foi detectada nos conteúdos deste estudo pelos atores sociais, no reconhecimento da necessidade de sua aplicabilidade. Entretanto, também foi verbalizado que isso não ocorria na prática. Desta forma, fica evidenciado o cunho ambíguo e contraditório entre discurso e desempenho profissional, justificado pela falta de capacitação, condições de trabalho, além de que o ser cuidado (cliente idoso) necessita de todos os ingredientes disponíveis para uma intervenção adequada e positiva por parte da enfermagem, como defendido por Campedelli (1993).

3.2.3 Diferencial do cuidado ao idoso hospitalizado

Os auxiliares entrevistados, em sua totalidade, reconheceram a necessidade de um cuidado qualificado ao idoso. Esse reconhecimento é evidenciado nas seguintes subcategorias: a especificidade do cuidado ao idoso hospitalizado; as condições de trabalho no cuidado ao idoso hospitalizado; a capacitação para o cuidado ao idoso hospitalizado.

ESPECIFICIDADE DO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

As falas apresentaram unanimidades acerca da peculiaridade do cuidado ao idoso hospitalizado, reforçando a interação nesse cuidado. Stevenson et al. (1997) enfatizam a especificidade do cuidado ao idoso hospitalizado, indicando, para cada interação da enfermagem com o paciente idoso, a necessidade do estabelecimento de um ambiente que favoreça a visão integral do ser idoso, bem como a atenção às perdas fisiológicas do processo de envelhecimento, ao quadro patológico e ao componente diferencial em cada idoso, que é o genético fisiológico.

Os sujeitos deste estudo assim se referiram às particularidades encontradas no desempenho de suas ações junto ao idoso hospitalizado:

Tem muita diferença entre a forma de cuidar do idoso e de outro paciente de faixa etária diferente [...] o idoso precisa de ajuda em quase tudo na enfermagem. (Cerejeira).

O idoso requer mais atenção porque ele é mais frágil, tem uma sensibilidade maior, tem uma circulação deficiente, tem patologias próprias da idade que exigem um cuidado diferenciado, sem contar que eles são mais sensíveis e, conseqüentemente, você tem que ter um tato, uma maneira diferente de lidar com essas pessoas [...] ele precisa de cama especial, colchão apropriado para não favorecer a formação de escaras, porque a pele é desidratada, tem fragilidade capilar, cadeira de banho, espaço físico para tomar sol, lazer, jogos, assistir TV, etc. [...] (Pau-brasil).

O idoso é mais dependente [...] a gente precisa ter mais tempo e paciência para cuidar dele sem falar da necessidade do treinamento, porque cuidar do idoso é mais difícil. (Pau-marfim).

O idoso é mais sensível tanto física como emocionalmente. É preciso dar uma assistência mais diferenciada. (Plátano).

Observo diferenças entre o paciente adulto jovem e o idoso que, às vezes, com a mesma doença, tem reações e exigências diferentes, como por exemplo, a aceitação do tratamento, o tempo de internamento e a recuperação. Para cuidar do idoso é importante ter respeito, paciência e gostar dele. (Cedro).

Uma pessoa jovem sente muita sede, já o idoso não, a ingestão hídrica tem que ser estimulada, assim como a deambulação. Eles se prostram, perdem o ânimo fácil. (Aroeira).

O paciente mais jovem não precisa tanto de você, a depender do quadro clínico, é claro, mas o idoso não, ele é mais frágil, carente e sente medo do desconhecido; exige mais cuidado. (Mogno).

[...] diferencio a assistência prestada à pessoa idosa, pois a pele é desidratada, acesso venoso é difícil, humor é oscilante, ele não ouve nem enxerga bem, e isso dificulta a

comunicação, tem dificuldade de se locomover e, por isso, a possibilidade de cair é grande. Velho é um paciente especial. Apesar de não ter tido treinamento para cuidar desse paciente, eu vejo tudo no dia-a-dia. (Ipê).

O meu curso foi fraquinho. Assim como eu não tive na teoria, não me lembro de ter falado nada específico sobre idoso. Sempre me interessei pela minha profissão, por ser meu ganha-pão e por gostar do que faço, vejo na prática a diferença para cuidar. (Cedro).

No caso de hospitalização, aí é que se torna um paciente especial, pois precisa de mais atenção, mais cuidados, mais vigilância e isso não ocorre na prática. (Bordo).

Essas falas evidenciam as peculiaridades inerentes ao cuidado ao idoso e encontram respaldo em autores como S. Santos (2001, p. 108), que considera o envelhecimento um processo diferencial, assim como o cuidado ao idoso:

Ao ajudar ou realizar os cuidados higiênicos em idosos, é necessário que levemos em consideração alguns fatores: biofisiológicos (o idoso pode não ter condições físicas de cuidar-se por causa de presença das modificações do próprio processo de envelhecimento, de uma doença crônica, de um problema visual ou cognitivo, de mau estado nutricional); psicológicos (insatisfação quanto à imagem corporal, constrangimento e pudor); sociológicas (banheiros não adequados); culturais e espirituais (o significado de higiene e limpeza na família e na cultura).

Como é abordado pela autora, o banho é uma ação desempenhada pela enfermagem e identificada como freqüente no cotidiano dos sujeitos deste estudo. Pudemos observar que se trata de um verdadeiro ritual de cuidar/cuidando, pois viabiliza o toque como comunicação não verbal e promove a interação com o ser cuidado. No caso da gerontogeriatria, é importante, pois além de oportunizar a aproximação e o diálogo, leva a uma investigação do estado geral do idoso hospitalizado. De forma semelhante, Stevenson (1997) considera que a diferença existente entre a juventude e a velhice é aparente e deve ser visualizada pela enfermagem como um processo histórico, relacionado com aspectos sociais, psicológicos e biológicos do ser idoso. Nessa mesma linha de raciocínio, Faro (2000, p. 307) argumenta:

Os idosos, em geral, apresentam diminuição do peristaltismo intestinal, ocorrendo freqüentemente a obstipação intestinal (prisão de ventre). Assim, é de fundamental importância que se forneça quantidade adequada de frutas, de hortaliças e/ou cereais integrais, nas condições descritas, para que esse problema seja controlado, ou minimizado.

Ainda no que tange às especificidades do cuidado ao idoso, corroborando as falas dos entrevistados deste estudo, vale destacar Carroll e Brue (1991), que apresentam as particularidades na alimentação e hidratação do idoso.

Os sujeitos deste estudo, como visto, reconheceram as especificidades no cuidado ao idoso. Ademais, reconheceram também, que, apesar disso, muitas das pessoas que cuidam dos idosos não têm a percepção dessas particularidades. Esta realidade está ilustrada nos fragmentos das falas apresentadas a seguir.

Olha, o idoso no hospital, no leito, ele é muito abandonado, não tem a atenção que merece, nem da família, e por que não dizer, às vezes, até pelos funcionários do hospital. (Pau-marfim).

[...] nem sempre os profissionais de saúde têm carinho nem compreensão com a pessoa idosa [...] (Plátano).

Vejo colegas impacientes quando os idosos defecam, sujam a cama após o asseio; as colegas ficam impacientes e dizem que isso é coisa de velho. Vejo isto como uma falta de conhecimento para entender e cuidar dos idosos. (Nogueira-americana).

Muitos colegas não estão preparados para cuidar dos idosos... não entendem as dificuldades dos idosos em aceitar expor suas partes e aí fazem pilhérias dizendo 'quem quer ver isso murcho? [...] Isto é horrível para o idoso. (Massaranduba).

[...] o paciente idoso aqui é muito abandonado. Tem dias que você chega pela manhã, encontra o paciente mesmo, que parece que passou a noite toda encharcado e que ninguém deu importância. O alimento está ali há várias horas, que não serve mais. Eu acho que é falta de humanidade para com o próprio idoso [...] (Umburana).

Todas essas falas refletem o despreparo do pessoal acerca das particularidades do cuidado à pessoa idosa e remetem ao que Souza (1998, p. 236) expõe em relação à qualidade dos serviços de saúde:

A qualidade dos serviços de saúde também está nas mãos de trabalhadores que efetivamente devem estar comprometidos com uma relação terapêutica humana, não interessada em apenas manter a sobrevivência dos indivíduos. É necessário assegurar as chances de uma aproximação de pessoas tecnicamente preparadas e envolvidas na manutenção da dignidade, suas críticas e consciência ética no trabalho, aspectos fundamentais para uma verdadeira construção de cidadania, uma vez que esta não se resume à perspectiva dos direitos, mas inclui a aceitação dos deveres.

Nessa mesma linha de pensamento, e corroborando os achados deste estudo, S. Santos (2001, p. 114) refere:

[...] na ocorrência de doença que os levem ao repouso obrigatório, os idosos correm o risco de terem outros problemas, caso não lhes sejam prestados os cuidados de enfermagem específicos. Assim, afirma-se que o pessoal de enfermagem desempenha importante papel no envelhecimento funcional [...] eles não dispõem de qualquer poder em relação ao envelhecimento fisiológico, mas podem agir sobre o envelhecimento funcional.

Nos conteúdos das falas, verificamos as dificuldades no cuidado ao idoso hospitalizado. Existe uma ambigüidade no processo de cuidar, pois ao tempo em que os sujeitos reconheceram as particularidades no cuidado do idoso, eles também explicitaram que essas especificidades não eram observadas na prática desse processo.

CONDIÇÕES DE TRABALHO NO CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

As precárias condições de trabalho, no que tange à deficiência de recursos materiais e humanos, foram apontadas como elementos dificultadores para o desenvolvimento das ações de cuidar. Como embaraços apresentados, que precisavam ser solucionados para melhoria das condições de trabalho, os atores sociais fizeram menção ao déficit de pessoal, à falta de recursos materiais e capacitação.

São 22 anos que trabalho nesse hospital e cada dia que passa só vejo ele piorar. Gosto de trabalhar com idosos, tenho prazer no que faço, mas as condições de trabalho são péssimas [...] não tem uma cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão caixa de ovo, às vezes tem, outras não [...] como é que se trabalha com idosos, assim? (Cerejeira).

A dificuldade aqui é a falta de pessoal e material, característica do hospital público. A facilidade é que o idoso é maleável e vai se levando. (Plátano).

A dificuldade maior nesse setor é muito pela falta de material [...] facilidade no trabalho não existe, a gente trabalha improvisando tudo porque as condições são precárias, não tem roupa, falta medicação, a quantidade de fluxômetros, aspiradores, curativos, são insuficientes [...] às vezes eu trago sabonetes e toalha da minha casa para os pacientes, a gente tira o sabão coco das pias para dar banho, para o paciente não ficar com mau cheiro. A escassez de material é muito difícil. (Carvalho).

A dificuldade maior é que a empresa não contrata o número correto de auxiliares de enfermagem para trabalhar e isso sobrecarrega a equipe, não sendo possível prestar a assistência adequada às necessidades da pessoa idosa hospitalizada, que é mais dependente e toma mais tempo na prestação do cuidado. (Compensado).

Mesmo trabalhando com prioridades, às vezes fico com quinze pacientes e isso é difícil, porque toda hora eles pedem uma coisa e mesmo que não peçam, o estado de saúde exige e a gente não dá conta. Para cuidar de idoso tem que ter mais pessoal,

não dá para fazer nada com pressa. A facilidade é gostar de trabalhar com eles... é doloroso ver velho sofrendo, considerando sua história de vida e de saúde. (Algaroba).

Aqui no Hospital “A” dificuldade maior é o número de auxiliares de enfermagem que é pouco para o tipo de dependência dos clientes. (Sucupira).

A questão do déficit de pessoal foi comum nas falas dos entrevistados, que referiram a falta de reposição dos funcionários que morreram e se aposentaram, representando lacunas que comprometem a assistência, além da falta de adequação do quadro de pessoal, quando unidades são abertas ou ampliadas. As situações são freqüentes, como eles mencionaram, pois nesses casos, quando a administração libera pessoal, não corresponde ao solicitado. E no dia-a-dia, além do déficit, ainda ocorrem os afastamentos oficiais como férias, licença médica, licença prêmio, licença maternidade. É nessa realidade que a questão da carência de pessoal é agravada e citada como um fator de dificuldade no desempenho das ações de enfermagem junto aos idosos hospitalizados. Percebemos, assim, que a questão das condições de trabalho é um fator de grande interferência na qualidade do cuidado dispensado ao idoso hospitalizado. A esse respeito, Menezes (1985, p. 14) avalia:

A situação dos hospitais no país traduz um dos aspectos mais dramáticos da crônica crise que atravessa o setor saúde no Brasil. Em meio a tantas outras prioridades, a questão colocada é que não se pode mais dissociar a discussão das condições de trabalhadores profissionais da área dos demais elementos, considerando estratégias para implementação das Diretrizes da Reforma Sanitária, com a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Segundo Patrício (1992, p. 103), na prática do cuidado tem ocorrido momentos em que as ações se tornam difíceis de serem desenvolvidas, e “[...] nos perdemos no caminho.” Com o desenvolvimento da ciência e o avanço tecnológico, os recursos para o desenvolvimento do cuidado têm apresentado possibilidades de melhoria. Particularizando para o caso deste

estudo, esse desenvolvimento também tem contribuído para a manutenção da vida dos gerentes e da eficiência das técnicas diagnósticas e terapêuticas. Hoje, é possível intervir positivamente em situações antes julgadas impossíveis na evolução do processo de cuidar. Vale destacar, contudo, apesar desses avanços, que a realidade dos serviços de saúde e, mais especificamente, de atenção à saúde do idoso, não tem registrado o mesmo desenvolvimento. E isto está corroborado nas falas acima apresentadas.

A equipe de enfermagem ocupa um espaço privilegiado do contato direto por mais tempo com o cliente hospitalizado, porém é preciso que as condições de trabalho, aspectos gerenciais e, principalmente, a capacitação dos profissionais do nível médio ocorram e sejam revistas para a melhoria do cuidado. Para Jacob Filho et al. (2000, p. 539):

Enquanto pensávamos conforme o antigo conceito de que “saúde significa a ausência de doenças”, lutamos incansavelmente contra suas causas ou conseqüências sem avaliar, em detalhes, os efeitos individuais destas intervenções. Para tal fim, o hospital tornou-se progressivamente instrumentalizado para atender a qualquer situação mórbida nos seus mais minuciosos aspectos. Se por um lado tornou-se um cenário muito mais adaptado à prática de complexas intervenções, por outro foram menosprezados os aspectos humanísticos que o caracterizaram no passado em prol de uma maior eficiência tecnológica.

Os aspectos humanitários que caracterizariam o contexto hospitalar estariam centrados nas condições de trabalho, no treinamento do pessoal – embora para o desenvolvimento de ações menos complexas – e na visão holística do paciente, pois o enfoque é a pessoa e não sua doença. Este aspecto está sendo resgatado na forma do cuidar/cuidando, em que a interação entre o ser cuidado e o cuidador é fortalecida pela abordagem biopsicossocial e assistencial, porém os demais aspectos são passíveis de revisão e investimento.

A abrangência do conceito de saúde, que hoje engloba fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, obriga os profissionais de saúde a reformularem seus comportamentos de cuidar, como avalia Moretto (2001).

Corroborando esse entendimento, Waldow (1999, p. 11) diz: “[...] o cuidado, por sua vez implica numa relação interpessoal irrepitível, constituída de atitudes humanas nem sempre preveníveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e criativo.” No contexto desta pesquisa, o cuidado foi expressado pelos atores sociais, no desenvolvimento das ações de enfermagem prestadas à pessoa idosa hospitalizada, sob o ponto de vista da precariedade das condições de trabalho, considerada um dos fatores que interferem na prática das ações do cuidar.

Uma entrevistada considerou que as dificuldades existentes no desenvolvimento das ações cotidianas eram superadas, no que tange a recursos materiais, entretanto, com referência a recursos humanos era realmente difícil conviver com o déficit de pessoal e a conseqüente sobrecarga de serviço e comprometimento da assistência.

Eu não tenho dificuldade em tratar o cliente idoso não, pois os problemas são menores do dia-a-dia e eu acho que a enfermagem já está preparada e supera as dificuldades existentes em cada hospital. O mais difícil é o número de pessoal, que nunca é o ideal e a gente sai sempre deixando algo pra fazer. (Gonçalo-alves).

A priori, o conteúdo dessa mensagem parece contraditório, entretanto, ao mencionar a superação das dificuldades pela enfermagem, ficou subentendida a providência mais freqüentemente utilizada – a improvisação. No final da fala, porém, foi assumida a insatisfação profissional. Abordando essa problemática, Pires (1998, p. 188) avalia:

A preocupação com as necessidades integrais do paciente/cliente não aparece, explicitamente, nas instituições. Os hospitais estão organizados para tratar apenas das doenças das pessoas, mas o fato do indivíduo estar internado não lhe tira essa característica humana de totalidade que se relaciona. Precisa comer, dormir, manter-se higienizado, estar em ambiente confortável e limpo, relacionar-se com outras pessoas e ser nutrido afetivamente. Quando precisa de um atendimento especial em hospital, ele não deixa de ser um cidadão com direitos sobre a sua vida e sobre o seu corpo (mesmo que em algumas situações clínicas, mais graves, esteja impossibilitado de exercer esse direito). Como a enfermagem é o grupo de

profissionais de saúde que assiste ao cliente/paciente diretamente nas 24 horas do dia, essas características de “totalidade que se relaciona” se colocam no cotidiano do trabalho da enfermagem. Parte das necessidades daí decorrentes é “cobrada” da enfermagem, sendo que muitas delas são assumidas pela enfermagem como parte de suas atividades. A enfermagem é “cobrada” pelos médicos, pelos pacientes, por familiares e pela administração. No entanto, o seu poder decisório é pequeno, depende de outros setores e as regras de funcionamento da instituição delimitam as suas possibilidades de ação.

A autora reconhece, nesse enunciado, a relação técnica afetiva que permeia o desenvolvimento das ações de enfermagem, na prestação do cuidado ao cliente/paciente, assim como as dificuldades e “cobranças” por que passa a equipe de enfermagem. Nas condições de trabalho específicas para o melhor desempenho dos cuidados aos idosos hospitalizados, percebemos, apesar da crescente demanda de idosos hospitalizados e das peculiaridades do processo de cuidar desses indivíduos, que as condições de trabalho, particularmente de recursos materiais e humanos, não são compatíveis com a demanda.

CAPACITAÇÃO PARA O CUIDADO AO IDOSO HOSPITALIZADO

A falta de capacitação dos auxiliares para o desenvolvimento das ações de cuidar do idoso hospitalizado foi evidenciada pela quase totalidade dos entrevistados, conforme ilustrado, a seguir.

A escola não ensina a gente cuidar de idosos, isso a gente aprende na prática, quanto mais agora que o velho está vivendo mais, a maioria dos nossos clientes é de pessoas idosas, por isso quero aprender para não prejudicar [...] eles, já sofrem tanto por tanto tempo, acho que é a vida toda, eu sei que a escola ensina a não misturar sentimentalismo com a assistência, mas trabalhando com idoso isso é difícil ele é tão carente e a gente não pode sair do trabalho carente também. (Naval).

[...] o que eu aprendi foi na prática. (Cedro).

A única informação que tive sobre idosos foi uma palestra que assisti. (Mogno).

A grande dificuldade é a falta de conhecimento em geriatria. (Eucalipto).

Na formação, eu não tive uma unidade específica para saber cuidar do idoso. O que eu trago é da prática. (Faia).

O setor não está preparado para atender ao idoso... não tem uma equipe treinada, falta equipamentos para realização dos procedimentos, assim como o número deficiente de auxiliares de enfermagem para o tipo de cuidado [...] (Bordo).

[...] falta treinamento para o pessoal cuidar do idoso corretamente [...] (Nogueira).

Eu vejo que os profissionais não estão preparados para cuidar da pessoa idosa hospitalizada. (Aroeira).

Uma grande dificuldade no cuidado ao idoso é a falta de capacitação para o atendimento às necessidades do idoso hospitalizado. (Peroba).

Além de fazerem menção à ausência de capacitação para o cuidado ao idoso hospitalizado, os entrevistados reconheceram a necessidade dos órgãos formadores e prestadores de serviços de saúde voltarem sua atenção para a carência de recursos humanos qualificados para o cuidado ao idoso hospitalizado. Fica evidente o reconhecimento da capacitação como elemento fundamental para o desenvolvimento das ações de cuidar, como ilustram as falas a seguir.

Acho importante ter o conhecimento específico para o trabalho com o idoso. O que aprendi foi no dia-a-dia da prática. (Cedro).

Acho importante as escolas ensinarem a cuidar do idoso, pois tem alguns colegas que não têm carinho, nem amor com o idoso e também não têm o conhecimento científico... falta tudo. (Madeira de lei).

Embora eu tenha feito o meu curso numa escola muito boa, mas não recebi nenhum ensinamento referente ao idoso hospitalizado, infelizmente. Acho que isso urge... é necessário que as escolas se preparem para isso. (Algaroba).

É importante que as escolas preparem seus alunos para cuidar do idoso em suas particularidades, pois é através do conhecimento científico que eu melhoro a minha prática... o aperfeiçoamento da prática é necessário para acompanhar a evolução das doenças e as exigências da assistência. É bom participar de congressos, jornadas, seminários... e ter nos hospitais grupos de estudos sobre geriatria. (Algaroba).

Corroborando o conteúdo das falas dos entrevistados, Leme (2000, p. 121) explicita o crescimento da população geriátrica, particularmente dos “grandes idosos”, portadores de mais e maiores limitações. O maior conhecimento das peculiaridades orgânicas, funcionais, psíquicas e sociais da chamada “terceira idade” tornam patente a necessidade de uma estrutura de saúde especializada, que possa oferecer, em todos os níveis de atenção à saúde, os múltiplos e complexos apoios requeridos por esta faixa da população.

Em 10 de dezembro de 1999, como resultado dos esforços do Grupo de Atenção Integral à Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde, foi publicada a Portaria n. 1.395 (BRASIL, 1999), que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, determinando que os órgãos e entidades ligadas àquele Ministério promovessem e elaborassem ou adaptassem planos, programas e projetos voltados à saúde do idoso, no que se refere à garantia da assistência à saúde do idoso nos diversos níveis de atendimento; ao desenvolvimento de formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e Municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; inclusão de geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municípios; realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.

Na área específica da educação, destacamos a inserção, nos currículos mínimos e nos diversos níveis de ensino formal, de conteúdos voltados para o processo de envelhecimento,

de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto, bem como a inclusão da gerontologia e a geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores.

Vale destacar, contudo, que os achados do presente estudo não confirmaram, na prática, a implementação desses planos, programas e projetos voltados à saúde do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalização é uma situação difícil de ser experienciada. Nela, vive-se a fatalidade de um ser doente que precisa ser tratado, por vezes até com procedimentos invasivos. O hospital é um mundo circundante estranho às experiências até então vivenciadas por ele. No caso presente, da hospitalização do idoso, as dificuldades no enfrentamento dessa experiência são ainda maiores e estão tangenciadas pela intensificação das desigualdades sociais, marginalização de segmentos populacionais e políticas públicas que não atendem à complexidade da velhice.

Os depoimentos analisados revelam que as práticas do cuidado ao idoso hospitalizado, desenvolvidas pelos entrevistados, não são lineares. Ao contrário, elas são variáveis e construídas ao longo das experiências vividas pelos cuidadores. Vale salientar, que a complexidade do cuidado ao idoso hospitalizado consiste numa prática, cujos elementos constitutivos são resultantes da dinâmica das relações sociais e de uma pluralidade conceitual, relacional, contextual e organizacional.

A dinâmica dessas relações perpassa os discursos dos entrevistados, que atestam a falta de capacitação do pessoal de nível médio dos hospitais estudados, para o processo de cuidar do idoso e registram também a importância da capacitação para esse cuidado. Fica claro, ainda, que não basta reconhecer o crescimento populacional do idoso, não basta ter uma Política Nacional do Idoso, é imprescindível implementar, na prática, o que está sendo expresso no discurso. É necessário investir na formação e capacitação daqueles que já atuam

nas instituições de saúde, preparando mão-de-obra qualificada que atenda, de fato, à demanda da atenção à saúde do idoso.

Os entrevistados destacaram a necessidade de investimentos na capacitação dos auxiliares, acreditando que a educação pode e deve conduzir a mudanças, a perspectivas de atuação da enfermagem, através de uma ação qualificada. Evidenciaram, também, a expectativa no compromisso com uma relação terapêutica mais humana e na garantia de chances para uma aproximação de pessoas tecnicamente preparadas e envolvidas na manutenção da dignidade, senso crítico e consciência ética no trabalho.

O cuidado ao idoso reveste-se de um diferencial de competência técnica, política e interpessoal que, por sua vez, perpassa a dimensão técnico-profissional e se sedimenta em uma postura de respeito e defesa da vida. Por outro lado, esse cuidado, como prática de trabalho, só pode ser compreendido ao ser vivido frente à complexidade mutante de seu sujeito/objeto: o idoso hospitalizado.

As dificuldades na implementação desse cuidado refletem a produção/reprodução de um saber e de ideologias que perpassam as práticas de saúde. Essas dificuldades agravam-se, na medida em que os avanços tecnológicos ocorrem, em nossa realidade, de modo cada vez mais acelerado, estabelecendo-se um hiato entre o progresso tecnológico e a realidade social e sanitária de uma grande parcela da população, na qual se inclui o idoso. Essa disparidade gera contradições e desafios em relação à prática desenvolvida pelos profissionais de saúde e, mais especificamente, pelos profissionais de enfermagem. Implica também na conscientização de um processo de formação/capacitação fundamentado numa visão crítica do contexto social articulado ao domínio da competência técnica e do agir político. Diante da realidade encontrada neste estudo, destacamos, a seguir, algumas recomendações que podem ser acolhidas pelos órgãos formadores, órgãos prestadores de serviços, entidades de classe comprometidas com a atenção à saúde da população idosa:

- Que os órgãos formadores na área de enfermagem (em todos os níveis) incluam em seus currículos a disciplina “Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso”, contemplando carga horária teórica e prática, não só na rede básica e domiciliar, mas também na rede hospitalar.
- Que sejam incentivados cursos de especialização em gerontogeriatría para os níveis superior e médio.
- Que sejam contemplados conteúdos gerontogeríátricos nos programas de educação continuada nas instituições hospitalares, visando ao treinamento dos profissionais de enfermagem para a execução das ações cuidativas do paciente geriátrico.
- Que sejam acrescentadas nos protocolos assistenciais as peculiaridades geriátricas para diferenciação na prestação do cuidado integral ao cliente idoso hospitalizado.
- Que as unidades de internação disponham de equipamentos e utensílios facilitadores para a prestação do cuidado à pessoa idosa hospitalizada tais como: colchão caixa de ovo, cadeiras de rodas, cadeiras para banho, camas com grades de proteção, macas com grades de proteção, andadores, bengalas. E ainda, adequar suas estruturas físicas de acordo com as normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento ao idoso, conforme Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989.
- Que seja levado em conta, como critério para contratação dos profissionais de enfermagem, a demanda da clientela constituída de pessoas idosas e suas peculiaridades, considerando a mudança do perfil epidemiológico, no qual predominam as doenças crônico-degenerativas.
- Que seja elaborado, pela unidade de saúde ocupacional da unidade hospitalar, um programa específico para o trabalhador que envelhece produzindo no serviço e ainda acometido pelas doenças ocupacionais adquiridas ao longo do exercício profissional.

Concluindo, queremos destacar que a presente investigação não se encerra em si mesma. Ela vem oportunizar o entendimento e percepção de outros caminhos para a adequação da assistência prestada à pessoa idosa hospitalizada, no reconhecimento de que, ao serem apreendidas suas peculiaridades, certamente melhorará a ação cuidativa realizada.

REFERÊNCIAS

- BABB, P. Enfermeria gerontologica. **Conceptos para la practica**. Série Paltex, n. 31, OPS, OMS, 1993. Apud DUARTE, Y.A. de O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 222-229.
- BALDESSIN, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 491-497.
- BAQUEIRO, M.B. **Necessidades psicossociais do idoso: contribuição do enfermeiro**. 1985. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.
- _____; OLIVEIRA, C. O ensino da geriatria e gerontologia na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, n. 22, ano 3, p. 17-20, mar. 2000.
- BARBOSA, Ivani; DUARTE, M.J.R.S. Envelhecimento e política de saúde: uma questão de cidadania. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 138-143, maio/ago. 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARROS, M.F.R.J. A responsabilidade dos docentes na formação de pessoal de nível médio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 95-100, jan./mar. 1985.
- BEVIS, E.O.; WATSON, J. **Toward a caring curriculum: a new pedagogy for nursing**. New York: National League for Nursing, 1989. Apud WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.
- BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 403-414.
- BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de julho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Apud SANTOS, E. F. dos. **Legislação em Enfermagem** – atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 324-328.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de dezembro de 1996a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Dispõe sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Aprova as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, suplemento, p. 15-25, 1996b.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Estadual do Idoso e dá outras providências. 2. ed. Brasília: MPAS; SAS, 1997a.

BRASIL. Decreto no. 1.948 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. 2. ed. Brasília: MPAS; SAS, 1997b.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da política nacional do idoso.** Brasília, jan. 1997c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Brasília, 1999.

CALDAS, C.P. Aspectos sociais e demográficos do envelhecimento. In: CALDAS, Celia Pereira (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p.7-45.

CAMPEDELLI, M.C. Reflexões sobre a velhice em função de aspectos e sentimentos relatados por idosos: subsídios para a assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1993, Recife. **Anais...**, Recife: CBEN, 1993. p. 201-207.

CANÇADO, F.A.X. Epidemiologia do envelhecimento. In: _____. **Noções práticas de geriatria.** Belo Horizonte: COOPMED, 1994. p. 15-42.

_____. O envelhecimento humano: uma realidade dos séculos XX e XXI. In: _____.; ROCHA, M.O.C. et al. **Infectologia geriátrica.** São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1997. p. 13-33.

CANTERA, I.R.; DOMINGO, P.L. Epidemiologia do envelhecimento. In: _____.; _____. **Geriatrics.** Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1996. p.7-120. (Guias práticas de enfermagem).

CARPER, B. A fundamental patterns of knowing in nursing. **Adv. Nursing Science**, Frederick, MD, v. 1, p. 13-23, 1978.

CARROLL, M.; BRUE, L. **Enfermagem para idosos.** São Paulo: Andrei, 1991.

CARVALHO, I.A.M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil.** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1993. Trabalho apresentado ao Seminário Crescimento Populacional e Estrutura Demográfica, Rio de Janeiro, 1993.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CÍCERO, H.T. **Da verdade e da amizade.** São Paulo: Cultrix, 1964.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 10. 1997. Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO (SC). Fórum Permanente da Região Sul – Política Nacional do Idoso. **Caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso.** Santa Catarina, 1998. Não publicado.

COREN-CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Seção Bahia. **Relatório estatístico dos associados inscritos por categoria.** Salvador, 2001.

COSTA, L.V.A. Política nacional do idoso: perspectiva governamental. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, 1., 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social; Secretaria de Assistência Social, 1996. p. 46-90.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p.51-66.

- DALMASO, A.S.W. O atendimento não programado: o pronto atendimento nas ações programáticas de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- DUARTE, Y.A. de O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.222-229.
- DUARTE, M.J.R.S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, Celia Pereira (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1998. p. 195-212.
- FARO, A.C.M. Eliminações. In: DUARTE Y.A. de O.; DIOGO, M.J.G. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 307-312.
- FERRAZ, C.A. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn, 1998. p.159-165.
- FREIRE, P. **Política e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- GAUTHIER, J.H.M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998. Apud TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, M.M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamento essenciais**. Curitiba: As Autoras, 1999.
- GOMES, F.A.A.; FERREIRA, P.C.A. **Manual de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Brasileira de Medicina, 1985.
- GONÇALVES, L.H.T. et al. A percepção dos idosos quanto ao seu apoio familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 39-47, jan./jun. 1996.
- _____. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y.A. de O.; DIOGO, M.J.G. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 100-110.
- _____. et al. O idoso contador de histórias – a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p.94-115, maio/ago. 2001.
- GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio no setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Un ATI/UERJ, 2000.
- GRIFFN, A.P. A philosophical analysis of caring in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, n. 8, p. 289-295, 1983. Apud WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.
- GUNTER, L.M.; MILLER, J.C. Toward a nursing gerontology. **Nurs Research**, n. 26, p. 208, 1977. Apud DUARTE, Y.A. de O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 222-229.
- HABER, P.A.L. Tecnologia diagnóstica e terapêutica. In: ABRAMS, W.B. et al. **Manual Merck de geriatria**. São Paulo: Roca, 1994. p. 225-239.
- HOGESTAL, M.O. **How do the elderly view this World?** Am. J. Nur, 78(8): 1334-6, 1978. Apud. SILVA, R.M. da; BAQUEIRO, M.B. **A terceira idade e as suas dimensões**. Salvador: [autores], 1995.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

JACOB FILHO, W. et al. Assistência domiciliar interdisciplinar em um instituição de ensino. In: DUARTE, Y.A. de O.; DIOGO, M.J.G. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 539-544.

KALACHE, A. Envejecer bien. **Salud Mundial**, [s.l.], v. 48 , n. 5, sept./oct. 1997.

KINSELLA, K. Dimensiones demográficas y de salud em América Latina y el Caribe. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington: OPS, 1994.

LAUTERT, L.; ECHER, I.C.; UNICOVSKY, M.A.R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 118-31, jul. 1998.

LÉGER, J.M. et al. **Psicopatologia do envelhecimento: assistência às pessoas idosas**. Petrópolis: Vozes, 1994.

LEININGER, M.M. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991. Apud SILVA, A.L. da. O estado da arte do cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 19-32, maio/ago. 1997.

_____. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991. Apud WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

LEME, L.E.G. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: DUARTE, Y.A. de O.; DIOGO, M.J.G. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 117-130.

LEOPARDI, M.T. et al. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LOPÉZ, M.A.; CRUZ, M.J.R. **Hospitalização**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2000. p. 8-345. (Guias práticas de enfermagem).

MAURIAC, F. **Enciclopédia Delta Universal**. Rio de Janeiro: Delta, 1987. v.9.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper Perennial, 1971. Apud WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

MENEZES, M.R. **Participação da família na assistência do idoso hospitalizado**. 1985. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.

_____. **Da violência revelada a violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso**. 1999. 385 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORETTO, E.S. **Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade**. Passo Fundo, RS: UFPF, 2001.

MORSE, J.M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Adv. Nurs. Sci**, v. 13, n. 1, p. 1-14, 1990. Apud SILVA, A.L. da. O estado da arte do cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 19-32, maio/ago. 1997.

NASCIMENTO, E.R. do. **Gênero e enfermagem**. Salvador: EDUFBA, 1996.

NEMES, M.I.B. **Organização tecnológica do trabalho em serviços de atenção primária à saúde**: características do atendimento médico em duas situações de referência no Município de São Paulo. Relatório de Pesquisa. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papyrus, 1993. Apud GONÇALVES, L.H.T. et al. O idoso contador de histórias – a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.94-115, maio/ago. 2001.

OLIVEIRA, C. de. Atuação da enfermagem face ao idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 40-61, 1983.

OLIVEIRA, M.R. de. **Depressão na velhice**: aspectos epidemiológicos. 1993. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.

PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 40-45.

PATRÍCIO, Z.M. Promovendo a cidadania através do conceito de cuidado. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 89-105, jan./jun. 1992.

PEREIRA, L.L.; TAKAHASHI, R.T. Auditoria em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 215-222.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PORTELA, M.R.; GONÇALVES, L.H.T. A utopia do envelhecer saudável nas ações coletivas dos grupos da terceira idade: causas de aprendizagem para a construção da cidadania. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 196-202, maio/ago. 2001.

RING, H. **La rehabilitación en los ancianos**. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Elias Anzola Pérez, 1994.

SALGADO, M.A. A questão social do envelhecimento. In: GOMES, F.A. de A.; FERREIRA, P.C.A. **Manual de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: EBM, 1985. p. 23-33.

_____. **Gerontologia social**: teoria do envelhecimento. Rio de Janeiro: CBCISS, 1990.

_____. Políticas sociais na perspectiva da sociedade civil: mecanismos de controle social, monitoramento e execução, parcerias e financiamento, síntese de conferência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, 1., 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social; Secretaria de Assistência Social, 1996. p. 65-70.

SANTOS, E.F. dos. **Legislação em Enfermagem** – atos normativos do exercício e do ensino de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 1997.

SANTOS, S.S.C. **Enfermagem gerontogeriatrica**: reflexão à ação cuidativa. São Paulo: Robe, 2001.

SAYEG, M.A. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **Arq. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 96-98, 1998.

SILVA, A.L. da. O estado da arte do cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 19-32, maio/ago. 1997.

_____. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Org.). **Marcas da diversidade** - Saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVA, M.J.P. et al. O toque percepção de idosos hospitalizados. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 291-299, maio/ago. 1997.

SILVA, M.J. da; DUARTE, M.J.R.S. O autocuidado do idoso: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 248-253, set./dez. 2001.

SILVA, R.M. da; BAQUEIRO, M.B. **A terceira idade e as suas dimensões**. Salvador: [autores], 1995.

SOUZA, M.L. de. Modelos flexíveis de educação: um olhar sobre a enfermagem de Santa Catarina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998. p.234-249.

STEVENSON, J.S. et al. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-59, maio/ago. 1997.

TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, M.M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamento essenciais**. Curitiba: As Autoras, 1999.

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VIDELA, J.T. Los ancianos y las políticas de servicios en América latina y Caribe. In: OPAS. **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington, D.C.: OMS, 1994. p. 19-33.

WALDOW, V.R. Cuidado. Uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992.

_____. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WATSON, J. et al. **A model of caring: an alternative health care model for nursing and research**. Clinical and Scientific Sessions. Kansas City, American, 1979. Apud WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

_____. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1988. Apud WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1ª PARTE: IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Instituição:

Nº total de leitos:

Taxa de ocupação/Idoso:

Taxa de permanência/Internação

2ª PARTE: IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

Idade: Sexo:

Formação profissional:

Órgão formador: Tempo de profissionalização:

Teve noções sobre geriatria durante a formação? Sim () Não ()

Tempo de trabalho na instituição:

Tipo de vínculo empregatício:

Jornada de trabalho semanal:

Turno de trabalho nesta instituição:

Tem outro emprego? Em que turno?

Tem experiência de trabalho com idosos? Sim () Não ()

Que tipo de experiência?

Participação em cursos em área gerontogeriátrica? Sim () Não ()

Quais? Quando?

3ª PARTE: (Questões Abertas)

O que é ser uma pessoa idosa na sociedade?

O que é ser idoso hospitalizado?

Como você se comunica com esse idoso?

Quais as ações de enfermagem que você desenvolve com esse cliente?

Você diferencia o cuidado prestado ao idoso de outros pacientes?

Sim () Não () Como?

Quais as dificuldades encontradas na sua prática para o desenvolvimento do cuidado à pessoa idosa?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Na qualidade de mestranda em enfermagem, na área de concentração em atenção à saúde do idoso, da Escola de Enfermagem da UFBA, pretendo realizar pesquisa para dissertação cujo título é “Atenção à saúde do Idoso Hospitalizado: ações dos profissionais de nível médio de enfermagem”. Esta pesquisa permite explorar a interface entre a formação profissional e a prestação do cuidado ao idoso hospitalizado, processo em que o auxiliar de enfermagem é sujeito direto.

Esta investigação tem como objetivo conhecer as ações desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem junto aos idosos hospitalizados, considerando as relações de interdependência inserida no cotidiano.

Para o alcance desse objetivo, necessito de sua colaboração no sentido de fornecer algumas informações sobre o cotidiano de seu trabalho.

A sua participação é fundamental, mas não é obrigatória e você tem inteira liberdade para aceitar ou não a entrevista. Saiba que a sua identidade será mantida em sigilo, não sendo identificada em nenhuma fase da pesquisa.

Caso você concorde em participar da pesquisa, saiba que você está contribuindo para a transformação na prestação do cuidado ao idoso hospitalizado.

Oswaldira Brito

Mestranda

Concordo em participar _____

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A - NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS EM IDOSOS RESIDENTES EM SALVADOR E NO ESTADO DA BAHIA, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS* E FAIXA ETÁRIA – 1996

TABELA 16

FAIXA ETÁRIA GRUPO DE CAUSAS	LOCAL DE RESIDÊNCIA		SALVADOR						BAHIA					
	60-69		70-79		80 e mais		60-69		70-79		80 e mais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	124	6,2	102	4,9	97	4,6	337	4,4	331	3,4	312	2,7		
Neoplasias	362	18,1	363	17,5	242	11,4	928	12,1	853	8,8	585	5,0		
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	9	0,4	17	0,8	9	0,4	42	0,5	45	0,5	46	0,4		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	201	10,0	195	9,4	183	8,6	537	7,0	625	6,5	530	0,5		
Transtornos mentais e comportamentais	4	0,2	4	0,2	6	0,3	20	0,3	19	0,2	12	0,1		
Doenças do sistema nervoso	20	1,0	24	1,2	16	0,8	47	0,6	47	0,5	32	0,3		
Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0	-	-	1	0,0	3	0,0	-	-	1	0,0		
Doenças do aparelho circulatório	763	38,1	854	41,2	935	44,2	2411	31,4	2932	30,3	3156	27,0		
Doenças do aparelho respiratório	228	11,4	247	11,9	358	16,9	540	7,0	714	7,4	939	8,0		
Doenças do aparelho digestivo	129	6,4	90	4,3	86	4,1	331	4,3	277	2,9	222	1,9		
Doenças de pele e do tecido subcutâneo	2	0,1	8	0,4	11	0,5	9	0,1	10	0,1	26	0,2		
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4	0,2	5	0,2	8	0,4	12	0,2	13	0,1	17	0,1		
Doenças do aparelho genito-urinário	53	2,6	72	3,5	56	2,6	135	1,8	146	1,5	176	1,5		
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Algumas afecções orig. per. Perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	-	5	0,2	2	0,1	5	0,1	6	0,1	3	0,0		
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificado em outra parte	-	-	26	1,3	58	2,7	2028	26,5	3439	35,6	5463	46,7		
Causas externas de morbidade e mortalidade	79	3,9	61	2,9	48	2,3	282	3,7	209	2,2	182	1,6		
TOTAL	2002	100,0	2073	100,0	2116	100,0	7667	100,0	9666	100,0	11702	100,0		

Fonte: SESAB/CIS

*Segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10)

ANEXO B - PROJETOS DE ATENDIMENTO A IDOSOS NO ESTADO DA BAHIA

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÃO SOCIAL**

PROJETOS DE ATENDIMENTO A IDOSOS NO ESTADO DA BAHIA

PROJETOS	OBJETIVOS	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE IDOSOS	INSTITUIÇÃO EXECUTORAS
• Núcleo Interinstitucional de Ação Pró Idosos (NIAPI)	• Pensar, discutir, organizar eventos para idosos	Salvador	Todos idosos que fazem parte de Projeto Conviver e Asilar	SETRAS/SETRADS/SESC/CREASI/OSID/UCSAL/e demais instituições que atuam na área do idoso
• Reintegração Social do Idoso	• Promover atividades sócio-educativas que incentivem e dinamizem um processo de integração social entre os idosos visando: - Exercício da cidadania - Melhorar a auto-estima - Preservar a autonomia e independência do idoso	10 grupos na capital 21 no interior	3.308	SETRAS/Centro Sociais Urbanos
• Atenção a Saúde do Idoso	• Proporcionar ações básicas em saúde visando a prevenção de um envelhecimento saudável	06 grupos em Salvador	1.200	SETRAS/Escola de Enfermagem da UFBA
• Centro de Referência Estadual a Saúde do Idoso	• Atender como referência, casos que necessitem de atenção especializada em Geriatria ou Gerontologia	Salvador	3.000 por mês	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
• Universidade Aberta a Terceira Idade	• Oferecer cursos das diversas áreas do conhecimento, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos idosos	Salvador Feira de Santana Jequié	Aproximadamente 2.500	Universidade Estadual da Bahia – UNEB, Universidade Feira de Santana – UEFS, Universidade Católica de Salvador – UCSAL Faculdade Livre da Terceira Idade
• Ação Continuada/ Projeto Conviver	• Proporcionar ao idoso meios para sua integração familiar e social bem como o resgate de sua condição de cidadania	56 Grupos em Salvador 61 Municípios	Aproximadamente 7.020 idosos	MPAS/SAS Governo do Estado da Bahia Prefeituras e Entidades
• Clube da Melhor Idade	• Desenvolver ações voltadas para o turismo na terceira idade	10 Clubes na capital 14 Clubes no interior	Aproximadamente 1.440 idosos	EMBRATUR/BAHIATURSA
• Atendimento asilar	• Atender idosos em regime de moradia, preferencialmente os que não tem família	Em Salvador 19 abrigos e no interior 34 abrigos	423 na capital 190 no interior	Prefeituras e Entidades
• Centro de convivência	• Promover atividades sócio-educativas e recreativas que possibilitem a integração e socialização dos idosos	10	2.000 idosos	Serviço Social Comércio, Prefeituras

C: IGRUPO de TRABALHO da CRES/PESSOA IDOSA/PROJETOS PARA IDOSOS NA BAHIA