



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

**VALDENIR ALMEIDA DA SILVA**

**MEMÓRIAS DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA**

Salvador  
2017

**VALDENIR ALMEIDA DA SILVA**

**MEMÓRIAS DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde, na Linha de Pesquisa: O cuidar no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Professora Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário de Menezes

Salvador

2017

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Valdenir Almeida da  
Memórias de pessoas idosas sobre a  
hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva /  
Valdenir Almeida da Silva. -- Salvador, 2017.  
354 f. : il

Orientadora: Maria do Rosário de Menezes.  
Tese (Doutorado - Doutorado) -- Universidade  
Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017.

1. Memória. 2. Hospitalização. 3. Idoso. 4.  
Unidades de Terapia Intensiva. 5. Enfermagem de  
cuidados críticos. I. Menezes, Maria do Rosário de.  
II. Título.

VALDENIR ALMEIDA DA SILVA


MEMÓRIAS DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA

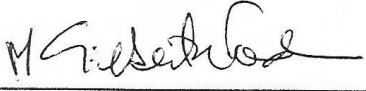
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Organização dos serviços de saúde, na Linha de Pesquisa: O cuidar no processo de desenvolvimento humano.

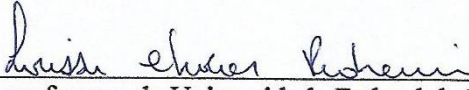
Aprovada em 29 de novembro de 2016.

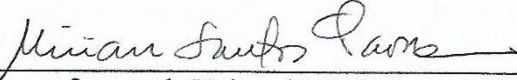
BANCA EXAMINADORA

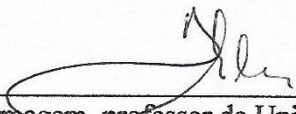
Maria do Rosário de Menezes   
Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Federal da Bahia

Alda Britto da Motta   
Doutora em Educação, professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Antonia Martorell-Poveda   
Doutora em Antropologia, professora da Universidad Rovira i Vigili – Espanha

Larissa Chave Pedreira   
Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva   
Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira   
Doutor em Enfermagem, professor da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

O que de mim seria

Se um dia

Não tivesse lhes encontrado?

O que de mim seria,

Se um dia,

Não tivessem narrado

Densas memórias,

Belas histórias,

Fatos marcados?

Sem suas memórias

Nada seria,

Tese não havia.

A vocês, esse legado.

Dedico esta tese às pessoas idosas que participaram desta pesquisa, pois, mesmo tendo enfrentado os percalços do adoecimento e da hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva, não hesitaram em narrar suas memórias e revelar a dimensão dos cuidados de que precisam.

## AGRADECIMENTOS

É chegado o momento da conclusão de um ciclo circunscrito em meu curso de vida. Este período foi marcado por dúvidas, medos e ansiedade, mas também pelo crescimento e certeza do dever cumprido. Dizer obrigado é pouco àqueles que estiveram comigo nesta jornada, que contribuíram das mais diversas formas e que, por vezes, amenizaram o peso deste caminhar solitário.

Agradeço a Deus por me sustentar diante das dificuldades e sempre me mostrar um caminho frente às incertezas.

Agradeço aos meus pais, Joab e Raimunda, irmãos, sobrinhos e cunhados, pela constância em apoio e incentivos, por acreditarem em mim e compreenderem as ausências e os momentos de silêncio.

À professora Rosário, que aceitou me orientar pela terceira vez. Suas orientações sempre transcenderam os limites metodológicos dos trabalhos acadêmicos, pois foram e são em prol da cidadania, da solidariedade e da valorização das pessoas idosas. Como tal, são perenes e as levarei como bússola para entender as questões do envelhecimento.

À professora Mirian, pelo apoio incomensurável no processamento e análise dos dados, pela disponibilidade e orientações.

Ao grupo NEVE, especialmente Andréa, Manuela e Juliana, pelo incentivo, oportunidades, compartilhamento do saber e laços criados.

Agradeço ao Eron, pela presença, compreensão e apoio nesta caminhada.

Agradeço a Dete, Perpétua, Neyla, Tia Olga e Bruno, pela confiança, apoio e aconchego constantes.

À minha avó América (*in memoriam*), a qual não tive oportunidade de conhecer, mas que, por meio do exemplo da pessoa que foi, me fortaleceu e de alguma forma me inspirou na construção desta tese.

Aos amigos de longa data, sempre presentes – Mileide, Érica, André, Vitor, Jocelone e Edisandra –, pelo apoio incondicional.

Ao Hospital Universitário Professor Edgard Santos, pelo apoio recebido por meio da coordenação do Serviço de Enfermagem, UCO, UTI, e de todos os colegas que sempre me incentivaram e acreditaram em mim.

Palavras não traduzem,  
Gestos não bastam,  
Tão vasta é a querência.  
A experiência, esta, aqui finda,  
Mas ainda agradeço,  
Obrigado e mais obrigado, ainda!

## **EPÍGRAFE**

O mundo dos velhos, de todos os velhos, é, de modo mais ou menos intenso, o mundo da memória. (Norberto Bobbio)

## RESUMO

SILVA, V.A. **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2017.

A exposição ao ambiente desconhecido da terapia intensiva torna as pessoas idosas vulneráveis, levando à perda da autonomia e ao afastamento brusco dos sistemas cotidianos. A particularidade da hospitalização nesse ambiente está no fato de ser esta uma experiência dura, difícil, traumática e com possibilidades de deixar sequelas. Entretanto, pode também representar a última esperança de um cuidado adequado justamente pelas características tecnológicas e técnicas que reúne. O estudo das memórias das pessoas idosas sobre a entrada, a permanência e a alta da Unidade de Terapia Intensiva pode contribuir para melhor planejamento do serviço de cuidados intensivos, com intuito de melhor acolhimento, à não discriminação por idade e à mudança de paradigma com relação aos cuidados prestados nos serviços de saúde. Diante disso, decidiu-se pela realização desta pesquisa partindo-se da seguinte questão norteadora: De que maneira as pessoas idosas rememoram a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva? Tem como objeto: Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Tem como objetivo geral: Compreender as memórias das pessoas idosas e seus familiares sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. E como objetivos específicos: Identificar as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva em relação às faixas etárias e ao sexo; apreender as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva; interpretar as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Esta é uma pesquisa qualitativa realizada em hospital público de ensino de Salvador – Bahia, Brasil, com quatorze pessoas idosas hospitalizadas em uma de suas Unidades de Terapia Intensiva entre janeiro de 2013 a maio de 2015. Os dados foram coletados por meio de entrevista, submetidos à análise lexical pelo *software* ALCESTE e interpretados à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. A pesquisa obedeceu aos princípios éticos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram identificadas cinco classes lexicais: Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos; Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização; Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais; Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na Unidade de Terapia Intensiva; Memórias sobre a trajetória no hospital. Diante dos resultados e com base na Teoria de Madeleine Leininger, sustenta-se a tese de que as memórias das pessoas idosas são coerentes com as suas culturas, revelam as experiências com a hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva, sugere indícios da presença do estresse pós-traumático e há desejo de continuidade da vida de forma ativa e produtiva.

**Palavras-chave:** Memória. Hospitalização. Idoso. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem de cuidados críticos.



## RESUMEN

SILVA, V.A. **Memorias de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva**. Tesis [Doctorado en Enfermería]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2017.

La exposición al ambiente desconocido de la terapia intensiva torna las personas mayores vulnerables, llevando a la pérdida de autonomía y al alejamiento brusco de los sistemas cotidianos. La particularidad de la hospitalización en ese ambiente está en el hecho de ser esta una experiencia dura, difícil, traumática y con posibilidades de dejar secuelas. Entretanto, también puede representar la última esperanza de un cuidado adecuado justamente por las características tecnológicas y técnicas que reúne. El estudio de las memorias de las personas mayores sobre la entrada, permanencia y alta de la Unidad de Terapia Intensiva puede contribuir para mejor planeamiento del servicio de cuidados intensivos con el objetivo de mejor acogimiento, a la no-discriminación por edad y a cambio de paradigma con relación a la atención en los servicios de salud. Ante esto, se decidió por la realización de la presente pesquisa partiendo de la siguiente cuestión orientadora: ¿De qué manera las personas mayores recuerdan la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva? Tiene como objeto: Memorias de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva. Tiene como objetivo general: entender las memorias de las personas mayores y sus familiares sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva. Y como objetivos específicos: Identificar las memorias de las personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva en relación a los grupos de edad y al género; aprovechar las memorias de las personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva; interpretar las memorias de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva. Esta es una pesquisa cualitativa realizada en un hospital público de enseñanza de Salvador – Bahia, Brasil, con catorce personas mayores hospitalizadas en una de sus Unidades de Terapia Intensiva entre enero de 2013 a mayo de 2015. Los datos fueron colectados por medio de entrevista, sometidos al análisis lexical por el software ALCESTE e interpretados a la luz de la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural. La pesquisa siguió a los principios éticos, siendo aprobada por un Comité de Ética en Pesquisa y todos los participantes firmaron el Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido. Fueron identificadas cinco clases lexicales: Memorias sobre la alimentación: contrapuntos entre restricciones, dieta hospitalaria y hábitos cotidianos; Memorias sobre el acceso al sistema de salud y la hospitalización; Memoria y movimiento: recuerdos sobre familia y profesionales; Rememorando el conforto e los malestares sentidos en la Unidad de Terapia Intensiva; Memorias sobre la trayectoria en el hospital. Ante los resultados y con base en la Teoría de Madeleine Leininger, se sostiene la tesis de que las memorias de las personas mayores son coherentes con sus culturas, indican las experiencias con la hospitalización en la UTI, sugiere indicios de la presencia del estrese post-traumático y existe el deseo de continuidad de la vida de forma activa y productiva.

**Palabras clave:** Memoria. Hospitalización. Persona Mayor. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermería de cuidados críticos.

## ABSTRACT

SILVA, V.A. **Memories of elderly people about hospitalization at Intensive Care Unit.** Thesis [PhD in Nursing]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2017.

The exposure to the unknown environment of intensive care renders the elderly people vulnerable, leading to loss of autonomy and abrupt distancing from daily routines. The peculiarity of hospitalization in this environment is in the fact that it is a tough, difficult, traumatic experience with the possibility of causing after-effects. Nevertheless, it can also represent the last hope of adequate care due to the technological and technical characteristics of the intensive care. The study of memories of the elderly after remaining and being discharged from the Intensive Care Unit may contribute towards better planning of the intensive care services with the aim of improving hospital admission, non-discrimination on grounds of age and changes in the paradigm in relation to the health care provided in the health services. In light of this, the present research was decided starting with the following guiding question: How do elderly people remember hospitalization in the Intensive Care Unit? The object being: Memories of elderly people on hospitalization at an Intensive Care Unit. The general objective being: to comprehend the memories of elderly people on hospitalization at an Intensive Care Unit. And as specific objectives: to identify memories of elderly people on hospitalization at an Intensive Care Unit in relation to age groups and gender; to apprehend memories of elderly people on hospitalization at an Intensive Care Unit; interpret the memories of elderly people on hospitalization at an Intensive Care Unit. This is a qualitative research performed at a public teaching hospital of Salvador – Bahia, Brazil, with fourteen elderly patients who were hospitalized in one of the Intensive Care Units between January 2013 and May 2015. Data was collected through interviews, submitted to lexical analysis using the ALCESTE software and interpreted by means of the Theory of Cultural Care Diversity and Universality. The research complied with the ethical principles, being approved by the Research Ethics Committee and all the participants signed the Written Informed Consent Form. Five lexical classes were identified: Memories of food: counterpoints between restrictions, hospital food and daily habits; Memories on access to health service and hospitalization; Memories and movement: memories of family and professionals; Recalling comfort and discomfort of the UCI; Memories of the hospital stay. In view of the results and based on Madeleine Leininger's theory, we contend that the memories of the elderly people are coherent with their cultures, revealed by the experience of hospitalization in an Intensive Care Unit, suggesting signs of post-traumatic stress and the desire of continuing life in an active and productive manner.

**Key words:** Memory. Hospitalization. Elderly. Intensive Care Unit. Intensive Care.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** - Quantidade de pessoas idosas internadas em UTI de um hospital público de ensino de Salvador - BA, entre 2013 e 2014. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 82
- Quadro 02** - Quantidade de pessoas idosas que receberam alta da UTI de um hospital público de ensino de Salvador – BA, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2014, elegíveis para a entrevista. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 83
- Quadro 03** - Características das linhas de comando para identificação das Unidades de Contexto Iniciais do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 90
- Quadro 04** - Linhas de comando para identificação das Unidades de Contexto Iniciais do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 91
- Quadro 05** - Caracterização dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva quanto às variáveis sociodemográficas. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 115
- Quadro 06** - Caracterização dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, quanto às variáveis sociodemográficas. Salvador, Bahia, Brasil. 2016 ..... 119
- Quadro 07** - Informações preliminares sobre a análise do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 124
- Quadro 08** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe um. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 131
- Quadro 09** - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe um, Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 132
- Quadro 10** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 168

<b>Quadro 11</b> - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.....	169
<b>Quadro 12</b> - Distribuição das formas reduzidas do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	206
<b>Quadro 13</b> - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	207
<b>Quadro 14</b> - Distribuição das formas reduzidas do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe quatro, Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	228
<b>Quadro 15</b> - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe quatro, Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	229
<b>Quadro 16</b> - Distribuição das formas reduzidas do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	266
<b>Quadro 17</b> - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	267
<b>Quadro 18</b> - Diretrizes propostas para a congruência do cuidado cultural às pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil. 2016 .....	303

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** - Forma lógica do Sol Nascente, ou *Sunrise*, de Leininger para ilustrar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural ..... 69
- Figura 02** - Estratégia de localização das pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino de Salvador – BA, entre janeiro de 2013 e outubro de 2014. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 85
- Figura 03** - Primeira e segunda classificações descendentes do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 123
- Figura 04** - Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 126
- Figura 05** - Distribuição das Unidades de Contexto Elementar do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, classificadas pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 127
- Figura 06** - Distribuição do número de palavras analisadas pelo *software* ALCESTE 2012, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, segundo as classes. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 128
- Figura 07** - Classificação Hierárquica Ascendente do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 129
- Figura 08** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe um, Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 133
- Figura 9** - Ilustração da classe um, Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... 135
- Figura 10** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 ..... 170

<b>Figura 11</b> - Ilustração da classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	171
<b>Figura 12</b> - Classificação Hierárquica Ascendente da classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais, pelo <i>software</i> ALCESTE 2012, do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	208
<b>Figura 13</b> - Ilustração da classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	210
<b>Figura 14</b> - Classificação Hierárquica Ascendente da classe quatro, Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI, pelo <i>software</i> ALCESTE 2012, do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	231
<b>Figura 15</b> - Causas e consequências do conforto e do desconforto sentidos pelas pessoas idosas na Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	245
<b>Figura 16</b> - Classificação Hierárquica Ascendente da classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital, pelo <i>software</i> ALCESTE 2012, do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.....	270
<b>Figura 17</b> - Ilustração da classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do <i>corpus</i> da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016 .....	271

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABNT</b>	-	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>AFC</b>	-	Análise Fatorial de Correspondência
<b>ALCESTE</b>	-	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos do Texto
<b>ANVISA</b>	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>BA</b>	-	Bahia
<b>CAAE</b>	-	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CCIH</b>	-	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>CELADE</b>	-	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
<b>CEPAL</b>	-	Comisión Económica para América Latina
<b>CHA</b>	-	Classificação Hierárquica Ascendente
<b>CHD</b>	-	Classificação Hierárquica Descendente
<b>CIE</b>	-	Conselho Internacional de Enfermeiras(os)
<b>CNCE</b>	-	Comitê Nacional da China para o Envelhecimento
<b>CNDI</b>	-	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
<b>d.C.</b>	-	Depois de Cristo
<b>DAOP</b>	-	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
<b>dB</b>	-	Decibéis
<b>DCNT</b>	-	Doença Crônica não Transmissível
<b>DeCS</b>	-	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DM</b>	-	Diabetes Mellitus
<b>EAP</b>	-	Edema Agudo de Pulmão
<b>Eff</b>	-	Effectif, do Francês, significa eficaz
<b>GABA</b>	-	Ácido gama-amino-butírico
<b>HAS</b>	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IAM</b>	-	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>IBGE</b>	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICC</b>	-	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>IP</b>	-	Índice de Pertinência
<b>IRC</b>	-	Insuficiência Renal Crônica
<b>ITU</b>	-	Infecção do Trato Urinário

<b>MEEM -</b>	Mini Exame do Estado Mental
<b>MIE -</b>	Membro Inferior Esquerdo
<b>MMII -</b>	Membros Inferiores
<b>MOBRAL -</b>	Movimento Brasileiro de Alfabetização
<b>NEVE -</b>	Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento
<b>NR -</b>	Norma Regulamentadora
<b>OMS -</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU -</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PIB -</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNI -</b>	Política Nacional do Idoso
<b>POT -</b>	Pós-Operatório Tardio
<b>RDC -</b>	Resolução de Diretoria Colegiada
<b>SAE -</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SAME -</b>	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
<b>SCA -</b>	Síndrome Confusional Aguda
<b>SM -</b>	Salário Mínimo
<b>SPD -</b>	Supra Patelar Direita
<b>SUS -</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC -</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE -</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TDUCC -</b>	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
<b>TVP -</b>	Trombose Venosa Profunda
<b>UBS -</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UCE -</b>	Unidade de Contexto Elementar
<b>UCI -</b>	Unidade de Contexto Inicial
<b>UFBA -</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>USF -</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>UTI -</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>WHO -</b>	World Health Organization



## LISTA DE SÍMBOLOS

<b>%</b>	- Percentual
<b>+</b>	- Mais
<b>*e_</b>	- Entrevista
<b>*id_</b>	- Idade
<b>*int_</b>	- Internamento
<b>*lc_</b>	- Local de realização da entrevista
<b>*s_</b>	- Sexo
<b>'</b>	- Minutos
<b>≥</b>	- Maior ou igual que
<b>°C</b>	- Graus Celsius
<b>a</b>	- Anos
<b>Cl</b>	- Classe
<b>F</b>	- Feminino
<b>F</b>	- Frequência
<b>khi<sup>2</sup></b>	- Valor do qui-quadrado
<b>M</b>	- Masculino
<b>Phi</b>	- Valor do qui-quadrado
<b>Q<sup>2</sup></b>	- Valor do qui-quadrado
<b>X<sup>2</sup></b>	- Valor do qui-quadrado
<b>&lt;</b>	- Menor que

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Perfil social e econômico dos idosos brasileiros .....</b>	<b>33</b>
<b>2.3 Envelhecimento e noção de idade.....</b>	<b>35</b>
<b>2.4 Em busca de uma visão positiva para a velhice .....</b>	<b>41</b>
<b>2.5 Políticas públicas para as pessoas idosas .....</b>	<b>44</b>
<b>2.6 A discriminação por idade e o acesso aos serviços de saúde.....</b>	<b>50</b>
<b>2.7 A Unidade de Terapia Intensiva .....</b>	<b>52</b>
2.7.1 A hospitalização de pessoas idosas na Terapia Intensiva.....	54
2.7.2 Cuidado de enfermagem à pessoa idosa na UTI.....	58
<b>2.8 A memória e suas interfaces com o envelhecimento.....</b>	<b>60</b>
2.8.1 Definições de memória.....	60
2.8.2 Bases neurológicas da memória .....	62
2.8.3 Tipos e formas de memória .....	63
2.8.4 Memória e envelhecimento .....	65
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL (TDUCC).....</b>	<b>67</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2 Campo da pesquisa.....</b>	<b>75</b>
<b>4.3 Participantes do estudo .....</b>	<b>79</b>
<b>4.4 Coleta de dados .....</b>	<b>80</b>
<b>4.5 Técnica de análise .....</b>	<b>86</b>
<b>4.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>96</b>

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>99</b>
<b>5.1 Descrição dos participantes .....</b>	<b>99</b>
<b>5.2 Caracterização sociodemográfica dos participantes .....</b>	<b>114</b>
<b>5.3 Análise lexical do <i>corpus</i> da pesquisa pelo <i>software</i> ALCESTE.....</b>	<b>122</b>
5.3.1 Configuração utilizada.....	123
5.3.2 Tratamento dos dados pelo <i>software</i> ALCESTE.....	124
<b>5.4 Apresentação e discussão das classes .....</b>	<b>129</b>
5.4.1 Classe um - Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos.....	131
5.4.1.1 Hábitos alimentares das pessoas idosas no cotidiano.....	136
5.4.1.2 Entre o proibido e o permitido: as restrições alimentares impostas pela doença .....	150
5.4.1.3 A dieta no ambiente hospitalar .....	156
5.4.2 Classe dois - Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização .....	167
5.4.2.1 O pouco investimento no sistema de saúde e as dificuldades de acesso .....	172
5.4.2.2 Memórias sobre os impactos da doença e da hospitalização.....	184
5.4.2.3 Memórias sobre o atendimento recebido durante a hospitalização .....	188
5.4.2.4 Para além da hospitalização: projetando o futuro.....	200
5.4.3 Classe três - Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais .....	205
5.4.3.1 Os familiares como apoiadores e defensores.....	210
5.4.3.2 Lembranças sobre pessoas e suas ações: os enfermeiros .....	216
5.4.3.3 Lembranças sobre os médicos e suas ações.....	221
5.4.4 Classe quatro - Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI.....	227
5.4.4.1 Conforto e desconfortos proporcionados pelo banho e hidratação.....	232
5.4.4.2 Conforto e desconfortos relacionados ao sono e repouso.....	244
5.4.4.3 O conforto proporcionado pela melhora.....	258
5.4.5 Classe cinco - Memórias sobre a trajetória no hospital .....	266
5.4.5.1 Da chegada ao hospital à espera da UTI.....	271

5.4.5.2	Memórias sobre a chegada e a permanência na UTI .....	280
5.4.5.3	Tempo de permanência na UTI .....	288
<b>6</b>	<b>CORRELAÇÃO ENTRE A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL E OS RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>293</b>
<b>6.1</b>	<b>Visão de mundo das pessoas idosas.....</b>	<b>294</b>
<b>6.2</b>	<b>Dimensões das estruturas social e cultural.....</b>	<b>295</b>
6.2.1	Fatores tecnológicos .....	296
6.2.3	Fatores religiosos.....	296
6.2.4	Fatores de parentesco e sociais .....	296
6.2.5	Valores e estilos de vida culturais .....	297
6.2.6	Fatores políticos e legais.....	297
6.2.7	Fatores econômicos .....	297
6.2.8	Fatores educacionais.....	298
<b>6.3</b>	<b>Contexto ambiental e linguagem.....</b>	<b>298</b>
6.3.1	Expressões dos padrões e práticas de cuidar .....	299
<b>6.4</b>	<b>Sistemas de cuidar – popular, profissional, enfermagem .....</b>	<b>299</b>
<b>6.5</b>	<b>Decisões e ações do cuidar em enfermagem: preservação / manutenção do cuidar cultural, acomodação / negociação do cuidar cultural e remodelação / reestruturação do cuidar cultural .....</b>	<b>300</b>
<b>6.6</b>	<b>Diretrizes propostas para a congruência do cuidado cultural às pessoas idosas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva .....</b>	<b>301</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>308</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>316</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>339</b>
	<b>APÊNDICE C – LEVANTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO DE IDOSOS.....</b>	<b>342</b>
	<b>APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AOS PRONTUÁRIOS.....</b>	<b>343</b>

<b>APÊNDICE E – IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS PARA LOCALIZAÇÃO APÓS A ALTA HOSPITALAR.....</b>	<b>345</b>
<b>APÊNDICE G – CRONOGRAMA.....</b>	<b>347</b>
<b>ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....</b>	<b>348</b>
<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>349</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DO CAMPO DA PESQUISA.....</b>	<b>352</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta é uma tese de doutoramento em enfermagem, que tem como objeto memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi desenvolvida a partir das valiosas lembranças daquelas pessoas que, tendo adoecido gravemente, enfrentaram as adversidades relacionadas com as dificuldades de acesso ao sistema público de saúde, a hospitalização na UTI, o tratamento e as expectativas do retorno para suas casas. Nesse processo, foram apoiadas por familiares, vizinhos e amigos que, por sua vez, se valeram dos recursos disponíveis para prestar solidariedade; e por uma gama de profissionais da área da saúde que, pelos seus modos de cuidar, imprimiram suas marcas nas memórias dessas pessoas.

A tese está estruturada em seis capítulos. A introdução apresenta um panorama sobre a hospitalização das pessoas idosas na UTI; a enfermagem como mantenedora dos cuidados; as razões e justificativas para a escolha do objeto do estudo; assim como a questão norteadora e os objetivos. O capítulo seguinte apresenta a revisão da literatura que traz uma visão geral sobre aspectos sociais e demográficos do envelhecimento; as políticas públicas para as pessoas idosas; a hospitalização de pessoas idosas em UTI e os respectivos cuidados da enfermagem. Há, também, algumas considerações tecidas sobre a memória e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger.

Em seguida, está descrita a metodologia empregada na pesquisa, com detalhamento do tipo de estudo; do campo; dos participantes; dos procedimentos para a coleta de dados; a análise com o *software* para dados textuais – ALCESTE; o suporte teórico escolhido; e os aspectos éticos.

O quarto capítulo contém os resultados e a discussão. O início contempla a descrição dos participantes e em seguida estão descritos os resultados obtidos com a análise ALCESTE. Os resultados são discutidos à luz da TDUCC e da literatura correlata. O ALCESTE originou cinco classes lexicais, nomeadas a seguir. Classe um: Memórias sobre a alimentação: os contrapontos entre as restrições, a dieta hospitalar e os hábitos cotidianos; Classe dois: Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização; Classe três: Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais; Classe quatro: Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI; e Classe cinco: Memórias sobre a trajetória no hospital.

O capítulo cinco pretende ser um guia com orientações gerais para a elaboração de

planos de cuidados para pessoas idosas em UTI, baseado nos resultados obtidos e na Teoria do Cuidado Cultural. Na sequência, são apresentadas as conclusões a que se chegou com base nos resultados e na literatura correlata. O trabalho segue com as referências, os elementos pós-textuais, apêndices e anexos.

## 1 INTRODUÇÃO

Esta é uma tese sobre as memórias de pessoas idosas que foram hospitalizadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de hospital público de ensino, localizado na cidade do Salvador – Bahia, entre janeiro de 2013 e maio de 2015. Para este estudo, adotou-se como definição de memória a capacidade inerente a cada pessoa de formar, reter, conservar e evocar ideias, noções adquiridas, lembranças ou reminiscências. Dessa forma, reflete a capacidade de armazenar informações sobre si próprio e o mundo à volta, constituindo-se como base para o reconhecimento de pessoas, objetos, lugares e o desenvolvimento da linguagem (YASSUDA, 2002; IZQUIERDO, 2011; CUARTAS, 2010).

Os estudos de memória são descritos como uma das melhores formas de se conhecer o cotidiano, as representações e as experiências vividas. Conforme ideias apresentadas por Picoli (2010), os conceitos de memória abarcam o presente, o passado e o futuro; noções de tempo e espaço; materialismo e simbolismos; além de identidades e projetos. Comporta também a lembrança e o esquecimento, o público e o privado, o indivíduo e a sociedade, o sagrado e o profano. Esses tipos de estudos, sobretudo utilizando-se de fontes orais, apresentam-se como um campo aberto para várias formas de abordagens e incursões (PICOLI, 2010).

Miranda (2010) destaca a necessidade de os profissionais da saúde conhecerem as experiências dos pacientes com a hospitalização na UTI. Para a referida autora, o paciente em estado crítico e que necessita de cuidados intensivos submete-se a um conjunto de terapêuticas necessárias à manutenção da vida e à recuperação da saúde. Dentre tais características, pode-se destacar a sedação e a invasão das barreiras corporais com sondas, cateteres e outros procedimentos.

Além disso, a exposição ao ambiente desconhecido da terapia intensiva os torna vulneráveis, levando à perda da autonomia, da liberdade para a tomada de decisões e à ruptura brusca dos sistemas cotidianos (RUIZ; GONZÁLEZ, 2003; MIRANDA, 2010). De acordo com Rico *et al.* (2002), a singularidade da hospitalização em UTI está no fato de ser esta uma experiência dura, difícil, traumática e com possibilidades de deixar sequelas.

Gutiérrez *et al.* (2008) descrevem ainda a experiência da hospitalização em UTI como intensa e impactante na vida da pessoa doente. Segundo os autores citados, o que mais marca é a separação do contexto de vida habitual, incluindo a família; a submissão a técnicas invasivas e dolorosas, além da iminência da morte, do desamparo e do isolamento. Destacam



também o medo, a ruptura, a solidão, a desorientação, a dor e a angústia como sensações traumáticas experimentadas.

Na UTI, as pessoas idosas permanecem posicionadas no leito, em uso de monitorização multiparamétrica, afastadas do seu contexto habitual de vida e dos seus familiares. Em algumas UTIs, os familiares não acompanham as pessoas idosas e somente realizam visitas em horários programados. Isso pode gerar uma dificuldade maior de adaptação durante a hospitalização.

As pessoas que necessitam da hospitalização em UTI estão sujeitas a manifestar reações emocionais e psicológicas negativas em decorrência da não adaptação ao ambiente desconhecido, ao afastamento das relações sociais habituais, à perda da autonomia e à dependência da equipe de cuidados. Com frequência ocorre a perda da identidade e da interação social (GÓMEZ-CARRETERO; MONSALVE; SORIANO, 2007).

Veszl *et al.* (2013) destacam que os pacientes que estiveram internados em UTI são mais vulneráveis ao acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ao maior risco de morte e à piora da qualidade de vida. Outros problemas que podem ocorrer são a ansiedade, a depressão, as alterações no sono, a síndrome do estresse pós-trauma, disfunções cognitivas, piora da função pulmonar e disfunções neuromusculares.

Um estudo realizado por Veszl *et al.* (2013) destaca que as hospitalizações na UTI por mais de 72 horas leva à piora na capacidade funcional, ao aumento da dependência de outras pessoas na primeira semana após a alta, à ocorrência de transtorno de humor e à sonolência durante o dia.

A UTI também pode representar a última esperança do cuidado adequado à necessidade de saúde justamente pelas características tecnológicas e técnicas que reúne. Representa a possibilidade de investimentos, reversão e devolução à sociedade das pessoas que dela necessitam, cumprindo assim sua função social dentro do sistema de saúde.

Conforme relata Miranda (2010), a satisfação dos componentes biológicos, psicológicos e sociais com autonomia e liberdade é fundamental para que se alcance um nível de bem-estar. Ocorre que a própria hospitalização e o estado grave de doença favorecem a perda da autonomia, da liberdade e do afastamento da família, sendo a tomada de decisões delegada a outras pessoas. Destaca-se a importância da manutenção da dignidade dos cuidados, do respeito, da humanização e da empatia (GÓMEZ-CARRETERO; MONSALVE; SORIANO, 2007).

O reconhecimento da dignidade da pessoa idosa, do seu direito de ser cuidada de igual maneira que as demais pessoas – porém com a consideração das suas particularidades – requer uma mudança de atitude dos profissionais intensivistas. Isso significa entender que as pessoas idosas têm os mesmos direitos que as demais pessoas, assim como está posto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabelece a igualdade de direitos e dignidade entre todos (VÁSQUEZ, 2008), e a Declaração dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, que assegura a igualdade e a não discriminação por motivo de idade (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

O princípio da dignidade humana assenta-se na noção do homem como sujeito dotado de autonomia moral e caracteriza-se por ser uma qualidade intransferível e inviolável de qualquer pessoa. O ser humano, por natureza, possui valor absoluto em si, o diferenciando dos objetos. Todas as pessoas, independente da raça, sexo, idade, nacionalidade, religião, orientação sexual, entre outras características que sejam causas de diferenças, é digna de respeito. O simples fato de ser humano já garante o direito à dignidade e respeito, muito além do que se faz ou se tem (CASERO, 2002; MASÍÁ, 2007).

O cuidado de enfermagem na UTI caracteriza-se pela forte ênfase nas habilidades técnicas, na capacidade de raciocínio e ação rápidos, no rígido controle da evolução clínica da pessoa aí hospitalizada. Estes, entretanto, podem ser fatores que dificultam o estabelecimento da relação humanizada entre a equipe de cuidados e as pessoas idosas. Entende-se que a habilidade técnica e o conhecimento científico são necessários para a assistência adequada a pessoas em situação de doenças agudas, em estado grave e com risco iminente de morte. Entretanto, o profissional corre sério risco de habituar-se ao tecnicismo, chegando mesmo a perder a estranheza e a capacidade de crítica das próprias ações. Isso poderia dificultar a busca por formas de trabalho mais acolhedoras e com foco no bem-estar da pessoa hospitalizada.

O cuidado centrado nessas bases pode trazer algumas repercussões para pessoas idosas. Além das repercussões psicológicas, como medo, ansiedade, isolamento e solidão, repercussões físicas também podem acontecer.

Para Waldow (2006), o cuidado não é somente uma característica da enfermagem, como ato de cuidar, mas é nela que se concretiza e se profissionaliza por meio do estar presente. Para essa autora, o cuidado humano pressupõe valores como a paz, a liberdade, o respeito e o amor, significando preocupação, consideração, interesse, importar-se, proteger, gostar, zelo, cautela, atenção, responsabilidade. Na perspectiva cultural proposta por

Madaleine Leininger, cuidar refere-se a “ações e atividades voltadas para o assistir, apoiar ou capacitar o indivíduo, com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar a forma de vida ou a condição humana” (WELCH, 2004, p. 571).

O cuidado contrapõe esforços transpessoais de um ser humano para com o seu semelhante, tendo como objetivo a proteção, promoção e preservação da humanidade, numa relação de ajuda que visa o encontro de significados na doença, sofrimento, dor e na existência. O cuidado auxilia na obtenção do autoconhecimento, controle e autocura, restaurando um sentimento de harmonia interna, independentemente das circunstâncias externas; cuidado é um modo de ser (WALDOW, 2006).

A necessidade de cuidados de enfermagem para atender às pessoas idosas já vem sendo apontada desde a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em 2002, na qual houve a indicação de que o ensino sobre o envelhecimento deve ser fortalecido e ampliado nos cursos de graduação e devem ser implantadas políticas de educação continuada na área. Também estão previstas, no Sistema Único de Saúde (SUS), estratégias de formação de recursos humanos e a educação permanente aos profissionais inseridos no mercado de trabalho. Entretanto, a abordagem dos conteúdos relativos ao envelhecimento nos cursos de graduação em saúde é considerada tímida frente ao que está posto como diretrizes nos documentos oficiais e à gritante necessidade da população que envelhece (LEITE *et al.*, 2011) e que leva suas demandas aos serviços de saúde e às UTIs (DIOGO, 2004).

Para Silva (2001), a importância da UTI como local que disponibiliza recursos para a manutenção da vida humana, a observação e a monitorização constante, e com a possibilidade de reversão de situações com ameaças graves à vida, é inquestionável. Assim, pretende-se afirmar que as pessoas idosas – do mesmo modo que pessoas em outras faixas etárias – podem se beneficiar dos cuidados intensivos. A idade não pode ser tomada como parâmetro para a não realização de investimentos de recursos. A crença de que a pessoa idosa já viveu muito e, portanto, não justifica a aplicação de recursos de terapia intensiva para a recuperação da saúde, não encontra base científica. Antes, manifesta-se como uma atitude discriminatória, com base na idade, também conhecida como idadista.

Conforme relata Menezes (2010), a idade avançada não é limite para a realização de planos e perspectivas futuras. A reversão do estado grave de doença pode ajudar a pessoa idosa a manter-se produtiva e contribuindo ao seu modo para a sociedade e o seu núcleo familiar.

Segundo Silva (2001), apesar de todo o avanço e conhecimento disponível sobre o humanismo, a humanização e as relações entre as pessoas, ainda ocorrem violações dos direitos humanos e da dignidade. Para a autora citada, ao mesmo tempo em que a cultura, a ciência e a técnica apresentam um sinal de grandeza, parece voltar-se contra a própria humanidade. Esses fatos ocorrem na sociedade de modo geral e também nas UTIs. Dessa forma, emerge uma grande ambivalência entre os objetivos da qualificação da equipe, recursos disponíveis e o simples reconhecimento do paciente como pessoa humana, solícita por cuidados igualmente humanos em atenção à sua dignidade.

Algumas vezes, a equipe de saúde e a enfermagem realizam intervenções para suprir a falta de capacidade situacional da pessoa doente de se autocuidar. Neste sentido, conhecer as memórias que as pessoas idosas guardam sobre sua estadia em UTI poderá contribuir para avançar os cuidados prestados pela enfermagem. Busca-se a mudança de um cenário com ênfase eminentemente clínica, para o alcance da dimensão singularizada do cuidado, centrado na pessoa hospitalizada.

Pretende-se, a partir desta pesquisa, mobilizar ações que conduzam à singularização dos cuidados prestados às pessoas idosas nas UTIs. Tal cuidado precisa estar assentado no conhecimento fisiológico acerca do envelhecimento, nos efeitos do ambiente da terapia intensiva, na consideração das histórias, cultura e perspectivas de vida de cada pessoa idosa. Assim, abre um espaço para atitudes que valorizem todas as pessoas em seu curso de vida e para que estas tenham garantido o seu direito à dignidade, ao tempo em que afirma a utilidade e benefícios dos leitos de terapia intensiva para os idosos.

Espera-se que o cuidado prestado pela enfermagem às pessoas idosas esteja além do tecnicismo e que seja permeado por valores humanistas, tendo como foco a pessoa como ser único, dotada de história, cultura, valores e de dignidade. O cuidado prestado às pessoas idosas na UTI deve respeitar as percepções dessas sobre a unidade, à forma como se sentiram e como perceberam o cuidado recebido. Em suas memórias, podem trazer tanto a realidade percebida quanto fazer um contraponto entre a sua percepção e as suas expectativas.

O estudo das memórias das pessoas idosas sobre a entrada, a permanência e a alta da UTI pode contribuir para um melhor planejamento do serviço de cuidados intensivos, como também a sua execução. No cuidado direto, a atenção da equipe pode ser direcionada para a prevenção das repercussões psicológicas e físicas, por meio da consideração da singularidade de cada pessoa em contraponto com o ambiente da UTI, da doença aguda e do processo de envelhecimento. Nessa perspectiva, pode contribuir também para a flexibilização de rotinas

para englobar a garantia do direito a um acompanhante em tempo integral, familiar ou não, conforme o Estatuto do Idoso; à afirmação da cultura de cuidados que valorize a vida em todo o seu curso, negando, portanto, o idadismo; e à mudança de paradigma com relação aos cuidados às pessoas idosas nos serviços de saúde.

No exercício diário da enfermagem, foi constatada a significativa presença das pessoas idosas nas unidades de internação hospitalar, e o quanto se faz necessária a prestação de cuidados que considere as singularidades de tais pessoas. Enquanto era residente de enfermagem em terapia intensiva, tive a oportunidade de verificar que, geralmente, o número de pessoas idosas internadas superava as outras faixas etárias, além de demandarem maior tempo de hospitalização.

No Trabalho de Conclusão de Curso da Residência em Enfermagem Intensivista, concluiu-se, a partir de análise documental, que o cuidado de enfermagem às pessoas idosas na UTI ocorreu de forma fragmentada, sem a integração constante entre todas as fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem (PIMENTEL; SILVA, 2008).

Durante o mestrado, continuei estudando a temática do cuidado de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. Desenvolvi um projeto que teve como objeto de investigação o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada, cujos resultados levaram à conclusão de que os cuidados implementados estão em consonância com as necessidades identificadas pelas enfermeiras; havendo, entretanto, predominância de cuidados voltados para os aspectos fisiopatológicos e menos consideração aos aspectos subjetivos (SILVA, 2011).

Inserido no Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento (NEVE), da Escola de Enfermagem da UFBA, participo de atividades e discussões que conduzem à necessidade de aprofundar os estudos relativos aos cuidados de enfermagem às pessoas idosas no contexto hospitalar; ao fortalecimento de práticas de cuidados que respeitem a dignidade humana e que não adote a idade como um critério para a discriminação.

Acredita-se que ouvir as pessoas idosas – partes diretamente envolvidas e receptoras do cuidado – pode contribuir com reflexões que melhor direcionem as práticas da enfermagem no sentido de considerar a realidade dessa população presente nos serviços de saúde com suas características singulares provenientes do processo de envelhecimento, da condição aguda de doenças e do contexto social em que estão inseridas.

Diante disso, decidiu-se pela realização desta pesquisa partindo-se da seguinte questão: De que maneira as pessoas idosas rememoram a hospitalização em Unidade de

Terapia Intensiva? Nesse sentido, parte-se dos seguintes pressupostos: as pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI possuem memórias sobre suas experiências relativas à transferência, permanência, ao atendimento recebido e a alta; as memórias de pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI se diferenciam conforme o sexo e a faixa etária; as pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI podem relatar memórias que revelem violações assistenciais, referentes às políticas públicas e à Declaração dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa; as pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI podem relatar memórias que revelem o estresse pós-traumático.

Definiu-se como objeto da pesquisa as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva; como objetivo geral: compreender as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, e como objetivos específicos: identificar as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva em relação ao sexo e às faixas etárias; apreender as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva; e interpretar as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento

O crescimento do contingente populacional é um fenômeno que vem ocorrendo ao longo do tempo, acompanhando a história da humanidade. O aumento no número de pessoas, de todas as faixas etárias, de forma acentuada, porém, aconteceu mais recentemente quando foram implementadas melhorias nas condições sociais e econômicas. Pereira (2007) aponta que foi no século I d.C. que a população mundial alcançou 210 milhões de habitantes, passando a 500 milhões em 1650, 1 bilhão em 1800, 2 bilhões em 1930, 3 bilhões em 1960, 4 bilhões em 1975 e 5 bilhões em 1986. Esses dados revelam um crescimento de forma exponencial caracterizando uma verdadeira explosão demográfica.

Tal crescimento resulta de alterações nas taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade. Esses termos são indicadores epidemiológicos que se referem ao dinamismo de uma população, com relação aos eventos vitais. Mortalidade expressa o quociente entre as frequências absolutas de óbitos e o número de sujeitos expostos ao risco de morrer. Taxa de natalidade diz respeito à relação entre o número de nascidos vivos com a população total. Já fecundidade se refere ao número de nascidos vivos ocorridos em um dado período de tempo relacionado com o número de mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária de 15-49 anos (VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

Do dinamismo entre mortalidade, natalidade e fecundidade resultou o processo de transição demográfica. Nesse processo, o primeiro fenômeno a ocorrer é a queda da mortalidade que leva a um ganho no número de vidas, sem alterar necessariamente a estrutura etária da população. Já a queda na taxa de fecundidade leva a uma alteração nessa estrutura, pois reduz proporcionalmente os contingentes populacionais mais jovens e amplia a população em faixas etárias mais velhas (VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

Segundo Vermelho e Monteiro (2006), na transição demográfica identificam-se três diferentes estágios: fase de equilíbrio entre as taxas de mortalidade e natalidade, ambas elevadas, conhecida como pré-industrial ou primitiva; fase de divergência de coeficientes, quando ocorre decréscimo nas taxas de mortalidade, porém com natalidade elevada, levando ao crescimento populacional, conhecida como fase intermediária; fase na qual os coeficientes de mortalidade e natalidade se convergem, com a mortalidade diminuindo em ritmo acelerado, levando ao envelhecimento rápido da população. Ao final desse processo, a

população atinge equilíbrio – chamado de fase pós-moderna ou de pós-transição –, com aproximação dos coeficientes, porém em níveis mais baixos. Segundo os autores citados, nesse ponto da evolução demográfica, há estabilidade populacional com valores de fecundidade se aproximando dos valores de reposição. Observa-se, então, um ganho na esperança de vida, aumento na população de mulheres e envelhecimento populacional.

Entre 1950 e 1980, o percentual de idosos, com relação à população mundial, se manteve em torno de 8%, enquanto que, em 2000, elevou-se para 10%. Dados publicados pela ONU, no relatório "Perspectivas Demográficas Mundiais", apontam que o percentual de idosos na população mundial, em 2015, foi de 12,3%; em 2050 será de 21,5%; e em 2100, 28,3%, atingindo 3,2 bilhões de pessoas (ONU, 2015).

Somente após 2050, devido à redução do ritmo de crescimento demográfico, estima-se que a população mundial alcance seu tamanho máximo, como uma população prevista de 9 bilhões de habitantes, sendo cerca de dois bilhões de idosos. Isso equivale dizer que, em 2000, uma em cada dez pessoas no mundo era idosa, já na metade do século XXI essa proporção passará de uma para cinco. Dentre os idosos, o grupo que mais cresce são os mais velhos. Em 2000, para cada pessoa de 60 a 69 anos, havia uma com 70 anos ou mais. Já em 2050, essa razão será igual ou ligeiramente superior para as pessoas com idades mais avançadas (CONAPO, 2010). O grupo de idosos que mais cresce é o de mais de 80 anos. Em 2015, esse grupo, que correspondia a 1,7% da população, passará a 4,5% em 2050 e 8,4% em 2100 (ONU, 2015).

A taxa de crescimento anual da população idosa gira em torno de 2%, maior do que o conjunto da população. Essa tendência é esperada para os próximos 25 anos, devendo alcançar 2,8% entre 2025 e 2030 (CONAPO, 2010).

Os países europeus e o Japão são os que apresentam maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais. Nesses países, uma em cada cinco pessoas tem 60 anos ou mais. Já em 2050, é esperado que cerca de uma em cada três pessoas tenha essa idade. Nos países menos desenvolvidos, a proporção de idosos está em torno de um para quatro habitantes (CONAPO, 2010). Esses países em desenvolvimento concentram o maior número de idosos, com perspectivas de aumentar ainda mais nas próximas décadas e avançar no processo de envelhecimento populacional. Em 2050, estima-se que 80% dos idosos estejam vivendo em países que hoje têm menores índices de desenvolvimento, como os da América Latina, Ásia e África (ONU, 2015).



Nesse cenário destaca-se a China. As projeções para 2050 apontam que esse país terá mais de 400 milhões de idosos, podendo causar sério impacto na economia, como o encarecimento de mão de obra devido à queda brusca na proporção de trabalhadores que geram renda e dependentes. Dentro das próximas décadas, a China terá dois trabalhadores na ativa para cada aposentado. Atualmente, a proporção é de seis empregados para cada inativo, segundo dados do Comitê Nacional da China para o Envelhecimento (CNCE) (HARDMOB, 2010).

No Brasil, reconhece-se como idoso os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Já em países desenvolvidos, essa idade é igual a 65 anos. A estrutura etária brasileira experimentou rápida alteração a partir da quarta década do século XX. Ao longo das primeiras quatro décadas desse século, houve estabilidade na estrutura demográfica em função das elevadas taxas de natalidade e mortalidade (VERMELHO; MONTEIRO, 2006). Essa baixa oscilação contribuiu também para o baixo crescimento vegetativo; ou seja, a diferença entre natalidade e mortalidade, que girou em torno de 2%. Àquela época, o maior contingente populacional estava concentrado no grupo com menos de 15 anos, variando entre 42% a 46%, enquanto que os idosos representavam apenas 2,5% (CHAIMOWICZ, 1998).

A estrutura populacional referida anteriormente passou a ser alterada a partir da década de 1940, quando houve queda na taxa de mortalidade e incremento na esperança ou expectativa de vida. Houve crescimento vegetativo em decorrência da queda da mortalidade infantil e da elevação das taxas de fecundidade. O equilíbrio entre taxas de mortalidade e natalidade, ambas elevadas, perdurou até a década de 40 do século XX, porém sem alteração da estrutura etária da população (CHAIMOWICZ, 1998; VERMELHO; MONTEIRO, 2006). A taxa de crescimento passou de 2,4% na década de 1940 para 2,9% nos anos 60 (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Pereira (2007) observa que, ao longo do século XX, a esperança de vida ao nascer passou de 30 anos para mais de 60. Uma mulher nascida no início desse século, que esperaria viver 30 anos, passou a ter esperança de viver 65 anos em 1975.

O incremento do número de idosos na população brasileira acentuou-se a partir da década de 1960, inicialmente nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, estendendo-se às demais regiões nas décadas seguintes. Esse fenômeno se deu em decorrência da queda nas taxas de fecundidade, o que levou à redução na proporção de jovens associado ao aumento na esperança de vida (CHAIMOWICZ, 1998; VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

De acordo com Vermelho e Monteiro (2006), a queda na taxa de mortalidade no Brasil aconteceu a partir de 1940, com a redução nos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. Os mesmos autores afirmam que, de modo diferente de como ocorreu nos países desenvolvidos, nos quais a transição epidemiológica verificou-se devido a melhorias nos fatores ecobiológicos e socioeconômicos, no Brasil essa mudança foi influenciada pela introdução de tecnologias e assistência médica.

Segundo Pereira (2007), houve redução pronunciada no Brasil na mortalidade por doenças infecciosas e aumento nos percentuais das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas, como as violências e os acidentes.

A esperança média de vida dos brasileiros passou de 62,7 anos em 1980 para 70,4 anos em 2000, com um ganho médio de 7,7 anos em 20 anos. Esse ganho foi ainda maior para o sexo feminino, com 8,3 anos, ao passo que para o sexo masculino foi de 7,1 anos. Dados da ONU (ONU, 2015) indicam que a média de expectativa de vida no Brasil para o período de 2015 a 2020 será de 75,4 anos. De acordo com o IBGE (IBGE, 2015), a média é de 71,6 anos para os homens e 78,8 para as mulheres.

As projeções para o ano de 2050 apontam que a esperança de vida média dos brasileiros será de 80,69 anos, sendo 77,48 anos para os homens e 83,93 para as mulheres (IBGE, 2013a). No que se refere ao percentual de idosos na população brasileira, passará dos 12,1% em 2013 (IBGE, 2012) para 35,7% em 2050, e chegando a 53,4% em 2100 (ONU, 2013).

Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais de idade. Entre 2035 e 2040, já haverá mais população idosa numa proporção 18% superior à de crianças e, em 2050, a relação poderá ser de 100 para 172,7, demonstrando assim um elevado envelhecimento da população brasileira (IBGE, 2008).

A região Nordeste conta com aproximadamente um quarto desse total, com 5.441 milhões de pessoas acima de 60 anos, ficando atrás apenas da região Sudeste, que possui 9.922 milhões. A Bahia é o Estado que concentra o maior número de idosos na região – 1.497 milhões –, representando 10,7% do total da população, e, em Salvador e região metropolitana, encontram-se 303 mil pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (IBGE, 2013a).

Dados do censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, apontam crescimento no número de idosos centenários. O Brasil possui 23.760 pessoas a partir dessa idade e o estado da Bahia destaca-se com o maior número de idosos centenários – 3.525 –, seguida por São Paulo, com 3.146 e Minas Gerais com 2.597 (IBGE, 2010).

O incremento nesses números faz o Brasil configurar-se como um dos países mais envelhecidos do mundo. As projeções apontam que ocupará a sexta posição entre os países com maior número de idosos em 2020, cujo contingente será superior a 30 milhões de pessoas (ONU, 2015).

Quanto aos aspectos relacionados às condições de saúde, dados apontam elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre as pessoas idosas. As doenças crônicas são aquelas que acompanham a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter alternância entre as fases agudas com momentos de piora e melhora (IBGE, 2009).

O percentual de doenças crônicas na população brasileira gira em torno de 29,9%. Essas doenças aumentam de forma significativa no decorrer dos anos, passando de 9,3% na população de 0-14 anos para 75,5% entre os idosos. Nesse último grupo, há ainda uma distribuição desigual segundo o sexo: atinge 69,3% dos homens e 80,2% das mulheres brasileiras. Outro dado relevante é que 64,4% dos idosos possuem mais de uma patologia crônica (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, em Porto Alegre, 81% dos idosos consideraram-se saudáveis, 69,2% referiram ter algum problema de saúde e 76,6% relataram fazer uso regular de medicamentos (PASKULIN; VIANNA, 2007). Já em Minas Gerais, Pereira *et al.* (2010) encontraram em seu estudo a referência de 76,8% a alguma morbidade, sendo que, destes, 72,51% possuíam até quatro patologias concomitantes. A doença mais referida foi a hipertensão arterial, seguida pelo diabetes *mellitus* e pelas doenças cardiovasculares.

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas são as principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros. Juntos perfazem cerca de 53% do total de óbitos. Entre os óbitos por doenças do aparelho circulatório, a doença cerebrovascular, com 32%, e a doença isquêmica do coração, com 29%, foram as causas mais frequentes. Entre as neoplasias malignas, o câncer de pulmão foi o mais frequente entre idosos e a neoplasia maligna da mama ocorreu mais entre as idosas. O diabetes representou 80% da mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (BRASIL, 2011).

Dados do IBGE apontam que a causa mais frequente de internação hospitalar entre os idosos é a insuficiência cardíaca. Na sequência aparecem a pneumonia, a bronquite e o acidente vascular cerebral. Já o diabetes e a hipertensão aparecem entre as seis principais causas nas mulheres (IBGE, 2009).

A descrição desse cenário remete aos efeitos causados na sociedade. Com base nas projeções, pode-se deduzir que aumentará a demanda de idosos pela rede de amparo social, dentre ela os serviços de saúde. Quais as implicações, então, que esta demanda elevada acarretará? Pode-se pensar em uma população com prevalência elevada de doenças crônicas não transmissíveis sobrepostas, na elevação dos custos com hospitalizações, medicamentos e reabilitação. Outro aspecto decorrente é o prolongamento da hospitalização e a implicância em necessidades de cuidados de enfermagem e de outros profissionais que atendam as especificidades do processo de envelhecimento.

No que se refere à rede social, há implicância em maiores investimentos na infraestrutura de serviços e que estes sejam adequados às necessidades dos idosos; na capacitação de profissionais de diversas áreas para atendê-los nas suas especificidades; implementação de políticas públicas como a Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso, que, a despeito de já contarem com alguns anos de formuladas, ainda carecem de cumprimento. Faz-se necessário também o desenvolvimento da cultura de solidariedade referente às causas dos idosos, bem como a sensibilização para o respeito e a valorização do envelhecimento, seja na família, nos serviços ou na sociedade.

## **2.2 Perfil social e econômico dos idosos brasileiros**

De acordo com Mendes *et al.* (2005), uma questão preocupante e que está influenciando a vida dos idosos é o envelhecimento sem qualidade e a carência no aspecto político e social que deem suporte a uma vida saudável. Aproximadamente 75% dos idosos do Brasil vivem nas regiões Nordeste e Sudeste do país, havendo diferenças marcantes nos indicadores socioeconômicos e na situação de saúde nessas regiões. Os baixos indicadores no Nordeste acarretam enfraquecimento da rede familiar de suporte aos idosos de nível socioeconômico mais baixos (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Considerando o cenário nacional, 55,7% dos idosos brasileiros são do sexo feminino. Esse fenômeno, chamado de feminização da velhice, é atribuído à maior longevidade das mulheres, o que as predispõe a viverem mais sozinhas em consequência da viuvez, do baixo índice de recasamento e aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo (IBGE, 2012). Somam-se também o menor consumo de álcool e tabaco, fator de risco associado a doenças cardiovasculares e neoplasias; o uso mais constante pelas mulheres dos serviços de saúde,

levando a um diagnóstico precoce das doenças e ao melhor prognóstico; a menor exposição a fatores de risco para mortalidade por causas externas (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

De acordo com Pereira (2007), são concebidos mais homens do que mulheres; contudo, é maior a mortalidade masculina na vida extrauterina ao longo da vida. Em decorrência desse fenômeno, existem mais viúvas que moram sozinhas. As maiores taxas de acidentes, violências e doenças crônicas não transmissíveis são mais comuns entre os homens. Além disso, há maior prevalência de fatores de risco no sexo masculino e exercício de ocupações perigosas, o que favorece a existência de mais idosos do que idosos na população em geral.

Com relação à situação conjugal, há um percentual maior de mulheres viúvas, solteiras e separadas em relação aos homens. Esse fato é explicado não somente pela menor longevidade dos homens, mas também pelo maior índice de recasamento destes e com mulheres mais jovens. Um estudo realizado em cidade do interior de Minas Gerais, com uma amostra de 15% da população de idosos residentes no município, encontrou-se que 62% possuíam vínculo conjugal e 37,4% viviam sem companheiro, sendo solteiros, viúvos, separados ou divorciados (PEREIRA *et al.*, 2010). Paskulin e Vianna (2007), em estudo sobre o perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos em Porto Alegre - Rio Grande do Sul, constataram que 53,1% dos idosos entrevistados não tinham companheiro, havendo mais homens vivendo com companheiras do que mulheres com companheiros.

Outra característica marcante entre os idosos brasileiros é o baixo poder aquisitivo, sendo as aposentadorias e as pensões as principais fontes de renda. Dados sintetizados pelo IBGE revelam que 76,1% recebem algum benefício da previdência social (IBGE, 2015); 48,1% têm rendimento de todas as fontes igual ou superior a um salário mínimo, enquanto cerca de um a cada quatro idosos reside em domicílios com rendimento mensal *per capita* inferior a um salário mínimo (IBGE, 2012).

No tocante ao grau de instrução, as pessoas com mais de 60 anos têm em média 3,9 anos de estudo, sendo que 27,3% têm menos de um ano de estudo (IBGE, 2015). A situação das mulheres é pior do que a dos homens, o que reflete a menor chance de frequentar escolas há algumas décadas. As migrações, sobretudo dos jovens, desfavorecem a situação social dos idosos por afetar a configuração etária da população remanescente e também por enfraquecer o papel da família como provedora de suporte (CHAIMOVICZ, 1998; PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Esse dado é confirmado por Paskulin e Vianna (2007), em estudo realizado

em Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Já em estudo realizado por Pereira *et al.* (2010), no interior de Minas Gerais, 39,8% da amostra de idosos possuíam um ano ou menos de instrução.

Quanto ao local de moradia, foi constatado que houve decréscimo da população geral residente na área rural. Essa tendência também pode ser observada na população idosa. Os idosos que vivem na zona urbana somaram 77% em 1991, passando para 84,1% em 2010 (IBGE, 2012). Essa mudança no local de moradia não significa melhoria da qualidade de vida e sim mais competitividade e luta pela sobrevivência (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

Vem ocorrendo um incremento no índice de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Em 1991, eles eram responsáveis por 60,4% dos lares, passando para 63,7% em 2010 (IBGE, 2012). Com os níveis crescentes de desemprego, a aposentadoria dos idosos acaba por se constituir no único sustento familiar (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). A aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época (MENDES *et al.*, 2005). Quando se considera a renda total, constata-se que, no ano 2000, 44% dos idosos tinham renda de até um salário mínimo, proveniente da aposentadoria, o que não garante condições satisfatórias de vida (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Outro dado sociodemográfico marcante diz respeito à cor, com 53,4% das pessoas idosas referindo-se como brancas (IBGE, 2014).

Dados apresentados por Coelho Filho e Ramos (1999), em estudo sobre o perfil dos idosos em uma capital do Nordeste, apontam que 75,3% dos idosos moravam em lar multigeracional, sendo essa situação mais acentuada nas áreas periféricas. A existência de lares multigeracionais representa um novo arranjo nas sociedades. Geralmente há relação de dependência entre os membros da família, seja financeira, com relação aos proventos dos idosos ou à necessidade de um teto. Também pode haver dependência de cuidados por parte dos idosos no tocante aos membros da família, sobretudo no adoecimento.

### **2.3 Envelhecimento e noção de idade**

Lenoir (1998) discute a pobreza teórica expressa na classificação dos grupos sociais com base apenas no critério etário. Para esse autor, “a idade não é um dado imediato de consciência universal” (p.65), mas, antes disso, é “uma noção social, estabelecida por comparação com os diversos membros do grupo” (p.65).

Esse pensamento desponta como esclarecedor, sobretudo no que diz respeito à situação das pessoas idosas. Pode-se afirmar que o pensamento vigente nas sociedades, de maneira geral, reflete a forma como cada grupo vê e se relaciona com seus idosos. Disso, inclusive, resulta grande parte dos estereótipos, dos preconceitos e escassez de políticas públicas efetivas capazes de dar respostas às questões da velhice como um problema social.

Ariès (1978) afirma que a necessidade de identificação exata pertence às civilizações técnicas. A noção de idade cronológica como medida de classificação social surgiu no século XVI, nas camadas mais instruídas da sociedade europeia. Fortaleceu-se como uma prática administrativa quando já não era suficiente a identificação das pessoas apenas pelo nome e o lugar de moradia.

De certa forma, a classificação em grupos de idade está relacionada com o controle estatal. Lenoir (1998) relata que, no século XIV, na Europa, os recenseamentos dividiam os homens em grupos de idade superior e inferior a 14 anos. E aqueles que não pagavam impostos, como as crianças, os religiosos, os criados e as mulheres não eram considerados “bens a serem recenseados” (p.65). Outra classificação dividia as pessoas em úteis, ou seja, os homens entre 15 e 60 anos e inúteis, abarcando todas as demais.

A classificação das idades da vida na Idade Média era abundante. Uma das classificações citava sete idades em alusão aos sete planetas. A última idade correspondia à velhice e as pessoas assim classificadas eram vistas como aquelas que têm alteração nos sentidos. Caducas, estão “sempre tossindo, escarrando e sujando”(p.37).

Em outra classificação, expressa em um poema do século XIV com base nas cenas do calendário, a velhice é representada a partir do mês de setembro.

No mês que vem depois de setembro  
E que chamamos de outubro,  
A pessoa tem 60 anos e não mais.  
Então ela se torna velha e encarquilhada,  
E se lembra que o tempo a leva a morrer (ARIÈS, p.37).

Da mesma forma, as representações das idades em degraus mostram o adulto na parte mais alta de uma escada, em platô, e os velhos na parte inferior, à esquerda, em estado decadente e próximo à morte. Nota-se que, à medida que se avança na idade – representada em algumas ilustrações por degraus descendentes –, necessita-se cada vez mais do auxílio de outras pessoas e de acessórios para se manter de pé. Tem-se também a impressão que de essa é uma fase para repensar o que se fez na vida, pois, conforme representado, após a morte, o destino será o céu ou o inferno, denotando assim a forte presença da moral religiosa.

Para Ariès (1978), a partir da Idade Média, observou-se uma valorização crescente da infância e adolescência, ao passo que o processo inverso aconteceu com a velhice. Esse autor relata que a velhice é representada iconograficamente com traços de decrepitude, muitas vezes antes de chegar aos 60 anos, como pode ser exemplificado no excerto abaixo:

Não há na natureza quem não o considere  
 Pertencente ao século de Saturno ou ao século do dilúvio;  
 Dos três pés com que ele anda, dois sofrem de gota.  
 A cada passo cambaleiam de velhice,  
 E é preciso retê-los e erguê-los o tempo todo (ROTROU, La Souer In: ARIÈS,  
 p.47).

Na Idade Média, conforme relata Ariès (1978), as pessoas idosas eram tratadas de forma pouco respeitosa, associadas ao recolhimento e à caduquice. Infere-se, dessa forma, que parte dos problemas sociais enfrentados pela velhice, hoje, tem suas raízes em outros séculos. Presume-se ainda que as imagens estereotipadas vigentes na Idade Média tenham se originado em épocas anteriores.

O julgamento das pessoas, com base na classificação por idade ou fases da vida, denota uma preocupação extremamente utilitarista. É o caso de se considerar os velhos como inúteis pelo fato de não estarem, em alguns casos, inseridos formalmente no mercado de trabalho. Esse pensamento, vigente há séculos, assemelha-se ao observado no século XXI, quando as pessoas idosas sofrem várias formas de discriminação. São consideradas inúteis, inativas, improdutivas e como um peso para a sociedade.

Para Lenoir (1998), ao se considerar a idade é preciso ter em conta o contexto no qual ela toma sentido. Além disso, a fixação de idade revela uma luta entre gerações e a definição de poderes, associada aos diferentes momentos do curso de vida. Essas lutas simbólicas requerem uma análise sobre quem as travam, as estratégias utilizadas, as relações de forças entre as gerações e classes sociais e as

representações dominantes das práticas legítimas associadas a cada faixa etária. Dessa relação legitimada de poder entre as gerações é que se pensa no quando a pessoa é velha ou velha demais para exercer determinada atividade ou ter acesso de forma legítima a certas categorias de bens ou posições sociais (LENOIR, 1998, p. 68).

Os mais velhos são obrigados pelos mais jovens a se retirarem de suas posições para que estas sejam ocupadas por eles.

Assim, a velhice, antes de ser um dado natural e interpretado puramente pela demografia, é antes resultado da dinâmica demográfica e de uma relação de forças na qual os mais jovens precisam provar que estão aptos a ocuparem posições antes assumidas por pessoas de outras gerações. Caracteriza-se, então, substancialmente, para além da idade; ou



seja, engloba uma distribuição do poder e dos privilégios entre as classes e as gerações (LENOIR, 1998).

A idade e a velhice são, antes de tudo, resultado de uma construção social (DEBERT, 1998; LANGEVIN, 1998). Como tal, diversos fatores interferem nas representações que as mantêm ou as modificam. No caso do envelhecimento, passagens obrigatórias delimitam e orientam a dinâmica do processo e as bases que a sustenta não são isentas de intencionalidade. Em última instância, as idades da vida representam uma medida de valorização social de cada fase do viver.

Assim, faz-se a diferenciação entre os eventos naturais e universais que compreendem os ciclos de vida das espécies e os fatos sociais e históricos que compreendem as formas de conceber e viver o envelhecimento. Debert (1998) defende que as formas como a velhice é representada, “a posição social dos velhos e o tratamento que lhe é dado pelos mais jovens ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos” (DEBERT, 1998, p. 50).

Dessa forma, a velhice não é unilinear nem diferenciada unicamente pela contagem cronológica do tempo, com etapas definidas, de caráter universal. Sob uma perspectiva antropológica, os processos biológicos de vida são elaborados simbolicamente por meio de rituais que definem fronteiras entre as idades vividas por todos, mas variável entre as sociedades. Representa, antes de tudo, uma luta política que envolve a manutenção/redefinição de poderes dos grupos sociais em diferentes momentos do ciclo de vida. Além disso, a compreensão das categorias e grupos de idade leva a entender uma visão de mundo social e as posições de cada um nesse mundo (DEBERT, 1998).

O critério das divisões dos grupos com base na idade tem múltiplas implicações econômicas, sociais e psicológicas. Para Langevin (1998), os lugares onde se elabora a legitimidade das fronteiras de idade são múltiplos e procedem de lógicas diferentes.

O discurso científico classifica, a medicina prescreve, o mercado de trabalho delimita, o direito fixa limites... Desse modo, a despeito do senso comum, os ritmos do avanço da idade são instáveis, modificam-se, e fronteiras que pontuam o percurso deslocam-se imperceptivelmente (LANGEVIN, 1998, p. 130).

O rápido crescimento demográfico da população idosa – sobretudo em meados e final do século XX – provocou atitudes de medo, principalmente pelo desconhecimento de como lidar com a situação e pelo seu caráter inédito, até então. Embora as melhorias na expectativa de vida sejam um fenômeno social crescentemente presente, sobretudo nos países europeus, o

rápido crescimento conduziu a uma espécie de temor dos efeitos do envelhecimento para o equilíbrio populacional (LANGEVIN, 1998).

Há uma maior aproximação entre o relógio biológico e o tempo humano à medida que cada vez mais as pessoas alcançam idades mais avançadas. Para Langevin (1998), esse processo está bem sedimentado, mas as imagens culturais representativas da velhice associada à decrepitude também são prevalentes. De maneira geral, há uma espécie de dificuldade em se lidar com o envelhecimento coletivo.

Pelos motivos explicitados, o envelhecimento não pode ser tomado e explicado somente sob o ponto de vista demográfico. Os dados demográficos sozinhos sinalizam para uma série histórica de crescimento do número de velhos na população global, os diferenciam por sexo e os localizam nos diversos continentes e países. A metáfora emblemática dessa questão é a pirâmide etária. Nessa forma gráfica de representação, as variáveis consideradas são o sexo e a idade (LANGEVIN, 1998).

O discurso científico, por excelência, baseia-se nos dados demográficos para delimitar as idades e fazer seus julgamentos. Com o caso da esperança de vida, houve uma tomada de consciência do fenômeno do envelhecimento coletivo da população, diluiu-se enquanto medida com significação científica e passou a representar os anos posteriores à saída da condição de assalariado.

Langevin (1998) aponta e ao mesmo tempo critica a utilização dos dados demográficos pelas análises sociais e políticas cujas perspectivas são pessimistas e negativas.

O discurso dominante da demografia quanto aos malefícios da expansão numérica de uma geração de velhos reforça um dos arquétipos do pensamento social: o equilíbrio da composição por idade da população constitui um perigo aritmeticamente incontornável. O prolongamento da duração da vida destruiria a harmonia das relações econômicas entre o número de ativos, criadores de riquezas, e aqueles dos inativos, que saem do campo da produção atingidos pelo envelhecimento. O envelhecimento da população só poderia ter efeitos nefastos nas diversas áreas: frear a produção, sufocar a criatividade, favorecer o conservantismo, aumentar os encargos sociais, levar à falência os sistemas de aposentadoria... (LANGEVIN, 1998, p. 133-4).

Na sequência, a autora citada aponta o contrassenso entre o prolongamento e as transformações nos modos de vida propiciados pelas ciências médicas, sociais e econômicas e as representações negativas dos efeitos do envelhecimento. Conforme o pensamento de Langevin (1998), por um lado toda a evolução social contribuiu/contribui para o prolongamento da vida; as pessoas querem viver mais e melhor. Porém, paira no pensamento coletivo um desejo de distanciamento da velhice e de recusa da doença e da morte. Expõe-se

assim um comportamento contraditório. De maneira geral, pretende-se viver mais, porém não se pretende envelhecer. Nesse momento pesa a face negativa da velhice, não desejada para si.

Muitas das interpretações provenientes dos dados demográficos referem-se ao envelhecimento como problema social fundamentado no equilíbrio proporcional às idades. Isto tem uma razão política e econômica pelo aumento nas demandas previdenciárias. Não seria justo questionar o porquê de não estimular a natalidade e o aumento dos empregos formais como meios para reestabelecer o equilíbrio? Culpabilizar as pessoas idosas pelos desequilíbrios representa uma forma de julgamento com base na visão da velhice, na qual se é inútil e pesado socialmente.

Nesse sentido, o discurso apoiado na demografia traz ao campo uma luta de forças, do qual o confronto entre as faixas etárias parece ter mais peso que as lutas entre as classes sociais. Por outro lado, o discurso da saúde também se revela generalista. Para Langevin (1998), a saúde e a dinâmica entre saúde-doença no curso do envelhecimento ainda são mal avaliados pela gerontologia. Esta, como ciência recente – mas que se fortalece e amplia seu campo de atuação –, adota uma visão de que o envelhecimento assemelha-se a uma doença cuja progressão é regular e não pode ser evitada. Envelhecer sem doenças, segundo a visão citada, continua sendo mais uma exceção do que regra. Ao mesmo tempo, duvida-se de que alguém possa chegar a idades mais avançadas sem ser senil, isolado e dependente.

O que resiste na mentalidade é a ideia de que a degradação física acelerada e cumulativa, no final do percurso, adota um ritmo regular e válido para todos e em todos os lugares. Entretanto, há sinais persistentes de morbidade diferenciada e de desigualdades sociais em face da longevidade. As condições de vida, os postos de trabalho, o poder econômico, a formação, as aquisições culturais tem aí um papel maior e o envelhecimento fisiológico confunde-se estreitamente com o envelhecimento socioeconômico (LANGEVIN, 1998, p. 137).

Embora tenham diminuído as diferenças nas esperanças de vida entre os grupos sociais, ainda persistem diferenças conforme algumas variáveis. Como exemplo, podem-se citar as diferenças entre os sexos, entre as categorias sociais, e conforme o local de moradia se situe no meio urbano ou rural. No caso específico de Brasil, se pode citar as diferenças inter-regionais como a existente entre Sul/Sudeste e Norte/Nordeste. Entretanto, mesmo dentro de regiões específicas, há também fatores que contribuem para elevar ou diminuir a esperança de vida como os hábitos individuais e acesso a condições que favoreçam um viver com melhor qualidade. Logo, ao se olhar os dados demográficos, é preciso sair do lugar comum das generalizações e direcionar o olhar criticamente em busca das particularidades.

## 2.4 Em busca de uma visão positiva para a velhice

O filósofo romano Cícero, no ano de 44 a.C. escreveu um tratado sobre a velhice, cujas características o classificam como um apologista ao envelhecimento. Diante da baixa expectativa de vida à época e das “censuras que os antigos dirigem à velhice, e que lhe são dirigidas, sem dúvida, eternamente” (p.43), Cícero apresentou sua visão de forma diferenciada (CÍCERO, 1964). No entanto, ao tecer sua apologia à velhice, referia-se ao homem público, não incluindo todas as classes, condições e nem às mulheres.

Embora a configuração da velhice em sua época fosse totalmente diversa do século XXI, ele já sentia o peso de ser mais velho em uma sociedade que, com base no critério etário, restringia o acesso a determinados postos e, por outro lado, favorecia o acesso a posições de poder que demandava sapiência e experiência de vida. Para ele, a clareza da vida e o afastamento das paixões fúteis só são possíveis com o envelhecer (CÍCERO, 1964).

Para Cícero, suportar a velhice com sabedoria e moderação, assim como todas as fases da vida, é um trunfo para bem vivê-la. Continuando, explicita que todas as idades podem ser pesadas, desde que quem a vive não tenha motivos para vivê-la bem. Afirma que todos os negativismos associados à velhice estão nos costumes e não na idade propriamente. Reconhece, entretanto, que, para viver esse estado de boa aceitação da idade, uma condição social digna é importante. Assim, a velhice resultante de um curso de vida digno é também digna.

Nesse sentido, Goldenberg (2013, p.19-20) destaca a importância de se ter projetos de vida; assim, a “bela velhice” é o resultado de um “belo projeto de vida”. Esse modo de viver, entretanto, não é dado, mas construído. Para tanto, destaca-se que é importante: “encontrar um projeto de vida, buscar o significado da existência, conquistar a liberdade, almejar a felicidade, cultivar a amizade, viver intensamente o presente, aprender a dizer não, respeitar a própria vontade, vencer os medos e dar muitas risadas”.

As afirmações de Goldenberg (2013, p.38) instigam a pensar que cada pessoa idosa pode encontrar uma razão para viver, evitando uma “morte simbólica” ou “morte social”, criando novas e positivas representações sobre a velhice. Essas são as pessoas que querem continuar fazendo o que gostam e escolhem o que fazer na vida.

Goldenberg (2013) destaca ainda a importância de se viver bem a velhice. Para ela, encará-la de frente é uma forma de superar todas as visões negativas atribuídas ao envelhecimento. Nesse sentido, é fundamental a existência de projetos de vida.

Os belos velhos são aquelas pessoas que envelhecem em sintonia com a vida e o tempo presente. São pessoas chamadas de “ageless” ou “sem idade”; são conceitos em si mesmas e lembradas muito mais pelo que são e fazem do que pela idade que têm (GOLDENBERG, 2013). Cícero cita vários exemplos de pessoas que viveram em sintonia com o seu tempo e envelheceram produtivas. Platão, por exemplo, morreu escrevendo aos 81 anos, e outros homens morreram longevos e nunca ficaram inativos enquanto viveram (CÍCERO, 1964).

No cenário brasileiro, é possível citar exemplos de pessoas públicas que vivem ou viveram sintonizadas com o momento em que estão ou estavam inseridas. No campo artístico, pode-se lembrar de vários exemplos de “belos velhos”, como relata Goldenberg (2013): Caetano Veloso, Gilberto Gil, Ney Matogrosso, Chico Buarque, Marieta Severo, só para citar alguns.

O caso do cantor Ney Matogrosso, figura como singular. Aos 71 anos, disse em entrevista que “exige o direito ao seu envelhecimento” e que costuma pedir para não usarem *photoshop* em suas fotos, referindo-se ao programa de computador utilizado para tratar imagens. “Não se pode tirar as marcas do rosto de uma pessoa” (LIMA, 2012). A cantora Maria Bethânia, aos seus 67 anos, afirmou nunca ter pintado os cabelos e gostar da sua aparência condizente com a sua idade. “Nunca pinte o cabelo, adoro meus brancos, minhas rugas” (GRANATO, 2005).

Também na contramão da ditadura da beleza e da eterna juventude, a atriz Fernanda Montenegro afirmou em entrevista que, pelo fato de não realizar cirurgias plásticas, é olhada “como se não tomasse banho”. Para ela, modificar a aparência “É como se eu fosse pôr uma máscara em cima da minha realidade. Mas o que vai ficar de mim quando me cortarem? Em que espelho terei deixado a minha face?” (CÔRTEZ; MORAES, 1999).

O Brasil figura como um dos países que mais realiza cirurgias plásticas no mundo. Como afirmam Côrtes e Moraes (1999), o emprego de recursos menos invasivos, preços acessíveis e pagamento parcelado, favorecem a realização dos procedimentos estéticos. São realizadas no Brasil cerca de 300 mil cirurgias plásticas por ano. Todo esse mercado de consumo ditado pela busca desenfreada pela beleza e aparência jovem, transmite a sensação de que é pecado aparentar a idade que se tem.

Pode-se citar também o exemplo do arquiteto Oscar Niemeyer, ícone da arquitetura moderna e um dos brasileiros mais reconhecidos no mundo, que morreu aos 104 anos, lúcido, produtivo e envolvido com projetos futuros. “O trabalho me distrai. Na minha idade a gente

não pode ficar desocupado, que só pensa besteira” (PORTAL UOL, 2012). E ainda exemplo de Dona Canô, que morreu aos 105 anos. Reconhecida como um dos símbolos da Bahia, sempre firme, como elemento aglutinador da família, com a memória privilegiada e em paz com a sua idade e sua história de vida (BELÉM, 2013).

No meio jurídico, destaca-se o exemplo do ex-ministro do Supremo Tribunal Federal, Carlos Ayres Britto, que se encontrava em plena lucidez aos 70 anos quando foi obrigado a aposentar-se. Com 70 anos, se viu obrigado a deixar o serviço público em função da idade limite para a aposentadoria compulsória. Ayres Britto é reconhecido como um grande jurista e, quando de sua aposentadoria, estava envolvido em processo para julgamento da ação penal contra os 38 réus suspeitos de envolvimento no esquema de compra de votos parlamentares, conhecido como o processo do mensalão. Além disso, também foi o responsável por colocar em pauta processos polêmicos e importantes na atual conjuntura brasileira, como a autorização do aborto de fetos anencéfalos, a validade das cotas para negros em universidades e a união homoafetiva. Em seu discurso de despedida, afirmou: “[O tempo (...)] passou num estalar de dedos. O tempo só passa veloz, célere, para quem é feliz. Para quem não é feliz, o tempo é penoso, um fardo (...)” (PORTAL G1, 2012).

Paul McCartney, *ex-beatle*, com 71 anos, é considerado como um dos músicos mais influentes do século XX. Para Paul, aposentar-se não está em seus planos e pretende fazer o que gosta durante toda a sua vida. Está em plena forma musical, cantando, compondo e fazendo *shows* em volta do mundo. “Toda vez que saio em turnê, alguém me pergunta sobre parar”; “Eu digo que não pretendo me aposentar e que não sei se vou parar algum dia” (RESENDE, 2012).

Os belos velhos são aqueles que inventam seu lugar no mundo e estão em constante processo de reinvenção. Ou seja, são movidos por sonhos, projetos de vida, têm alegria e desejo de viver; não se aposentaram de si mesmos. De certa forma, quebram paradigmas ao mostrar para a sociedade que limites podem ser superados ao sobrepujar a pobreza do julgamento com base em rótulos e convenções sociais (GOLDENBERG, 2013).

Cícero afirmou que a capacidade de raciocínio e de estudos é preservada na velhice. O gozo de uma velhice tranquila é resultado de uma vida cujo curso esteve em sintonia com a idade e o tempo. “Há um curso certo da idade e um só caminho da natureza, e este é simples, e sua estação própria é dada a cada uma das partes da idade: assim é que a fraqueza dos meninos, a impetuosidade dos jovens, a gravidade da idade viril e a maturidade da velhice têm qualquer coisa de natural, que deve ser recolhida no seu tempo” (CÍCERO, 1964, p. 63).

A partir de pesquisas, Goldenberg (2013) relata exemplos de pessoas públicas que envelhecem bem e aquelas que envelhecem mal. Para a autora citada, o bom envelhecimento está relacionado com a aceitação e a exposição de uma imagem condizente com a idade que se tem. As pessoas lembradas como exemplos de mau envelhecimento são aquelas que negam a própria idade, exageram nas cirurgias plásticas e adotam comportamentos inadequados para a idade, de acordo com um padrão esperado socialmente.

Goldenberg (2013) relata que os velhos têm modificado a forma como se veem e como querem continuar vivendo. Para ela, é importante se manter ativo, estudando e exercendo alguma atividade que seja prazerosa; sendo produtivos e úteis. Essa visão ultrapassa a visão de viver a velhice ocupando, passando, preenchendo ou perdendo o tempo.

Dessa forma, superam os mitos e estereótipos acerca do envelhecimento. Como relata Cícero, “os velhos são inquietos e morosos e irascíveis e difíceis, se procuramos bem são mesmo avaros. Estes defeitos, contudo, são defeitos dos costumes, não da velhice”. (CÍCERO, p.80)

Uma forma de superação da visão negativa da velhice é por meio da autoaceitação. Para Beauvoir (1990), não se sente velho, mas vê-se velho por intermédio do outro. É como se não existisse uma consciência das transformações interiores e exteriores comuns à passagem do tempo. Então se abre espaço para discutir a máscara de velhice, conforme proposto por Featherstone (1994). Para esse autor, a máscara da velhice consiste em que a própria pessoa não se sente velha, mas vê-se velha pelos olhos do outro. Não se sente as mudanças no próprio corpo, conservam-se os mesmos pensamentos e a mesma personalidade de quando se era jovem. A máscara imposta oculta a capacidade de representar o eu verdadeiro. “A máscara do envelhecimento é associada ao que temos nos referido como as propriedades aversivas da velhice” (FEATHERSTONE, 1994, p. 67).

Para Goldenberg (2013), entretanto, só por meio da consciência plena de todas as fases da vida é que se derrubam os medos, os estereótipos e os preconceitos acerca da velhice. É, portanto, um movimento que parte de si mesmo para transformar o outro.

## **2.5 Políticas públicas para as pessoas idosas**

O cenário do envelhecimento traz à tona a necessidade de se trabalhar a questão da interface entre o envelhecimento e as políticas públicas voltadas às necessidades de cidadania específicas dessa faixa etária. Constitui-se um obstáculo inserir o idoso em um contexto social

que lhe garanta cidadania e qualidade de vida. Apesar de ser reconhecido como uma das principais conquistas do século XX, o envelhecimento traz consigo grandes desafios para as políticas públicas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

De acordo com Vasquez (2008), os estigmas e os maus tratos às pessoas idosas podem representar violações dos seus direitos humanos fundamentais, como o direito à vida, à integridade, à dignidade, à privacidade e ao gozo do grau elevado de saúde.

Em âmbito geral, existem alguns documentos que se prestam à proteção dos direitos de todos os seres humanos. Dentre eles destaca-se o mais conhecido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Aprovada em 1948, tal declaração estabelece, dentre seus princípios, que todas as pessoas são livres e iguais em direitos e dignidade. Nesse dispositivo está implícito que todas as pessoas idosas têm seus direitos garantidos, sem ser sujeitadas a discriminações que perpassem aspectos como raça, cor, religião, nacionalidade, ideologia política ou classe social (VASQUEZ, 2008).

Com o intuito de sedimentar a discussão sobre as garantias de permanência da condição de cidadãos às pessoas idosas, está sendo proposta a Declaração dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa por órgãos nas Nações Unidas. Tal declaração adota uma posição contrária à discriminação por idade em qualquer âmbito social; ou seja, recomenda-se que os Estados signatários adotem medidas de ações afirmativas que vá de encontro às diferenças de tratamento às pessoas idosas. Além disso, reafirma-se também o direito à vida, ao tratamento e à morte digna (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

A aplicação dos direitos humanos em relação à análise e interpretação dos assuntos da velhice significa mudança de paradigma com relação a essa fase da vida que, tradicionalmente, está associada a deficiências de todos os tipos. A Declaração dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas é um documento internacional produzido pelo CEPAL / CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía / Comisión Económica para América Latina), órgãos das Nações Unidas para a América Latina e Caribe a partir das legislações nacionais e internacionais existentes (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

Dentre os princípios propostos pelo documento da CEPAL/CELADE, destaca-se como fundamental o direito à igualdade e à não discriminação por motivo de idade, como reconhecem explicitamente as normas internacionais e os órgãos de direitos humanos. Pressupõe a adoção de “medidas de ações afirmativas” ou medidas especiais, que implicam a diferença do tratamento e ajustes razoáveis, incorporando as normas gerais do Estado às



necessidades particulares das pessoas idosas; o direito à vida e a uma morte digna, reiterando os direitos inerentes a todos os seres humanos, garantindo o gozo efetivo destes pelas pessoas idosas. E o direito à saúde física e psíquica, como expressão de reconhecimento do direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental, sem discriminação e com pleno respeito à dignidade e autonomia; o reconhecimento do direito de acesso aos cuidados de saúde preventiva e curativa (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

A agenda internacional de políticas públicas específicas para as pessoas idosas foi proposta na primeira assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, em 1982. Este é o primeiro instrumento internacional voltado para as pessoas idosas, devendo ser adotado pelos Estados Membros. Tem como meta a proteção dos direitos das pessoas idosas dentre as suas pautas. É composto por 62 recomendações que aconselham os países membros a responder às tendências demográficas dentro do contexto das tradições, estruturas e valores culturais específicos (VASQUEZ, 2008).

Os objetivos aprovados pelo Plano de Viena foram identificar oportunidades para a integração ao processo de desenvolvimento dos países e garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas. No que se refere à saúde, estão contempladas a recomendação da adoção de políticas públicas para a preservação da saúde e promover a reabilitação (VASQUEZ, 2008). A partir de então, alguns países da América Latina criaram leis que avançaram no sentido da proteção da população idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Vinte anos após a primeira, aconteceu a segunda assembleia da ONU sobre o envelhecimento, em Madri. Nesse intervalo, algumas mudanças importantes aconteceram, como a presença mais expressiva dos assuntos relacionados com o envelhecimento, na agenda dos países em desenvolvimento, e a aprovação de princípios em favor da população idosa, em 1991, por uma assembleia geral da ONU. Em 1992, foi aprovada a Proclamação sobre o Envelhecimento e o estabelecimento do ano de 1999 como o ano internacional dos idosos. Já em 2000, entrou em vigor a Declaração do Milênio, a qual convocou a humanidade para somar esforços visando reduzir a pobreza e fortalecer os direitos humanos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O plano de ação da Assembleia de Madri estabeleceu três princípios básicos: a participação ativa das pessoas idosas na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; a promoção do envelhecimento saudável; e a criação de um ambiente favorável ao envelhecimento. No que se refere à saúde, para seu alcance será necessário garantir o acesso

universal aos serviços, bem como capacitar os profissionais para o atendimento gerontogeriátrico (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Esse plano tem como finalidade garantir, promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas. Os direitos humanos foram reconhecidos como marco legal. Além disso, enfatiza a dignidade, o combate à discriminação por idade e reconhece a capacidade das pessoas idosas em contribuir com a sociedade. Para tanto, faz-se necessária uma mudança de atitude, nas políticas e nas práticas (VASQUEZ, 2008).

No Brasil, a aprovação da Constituição de 1988 garantiu a universalização da previdência social, introduzindo o conceito de seguridade social. No artigo 230 está estabelecido que o apoio aos idosos é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado. Juntos, são responsáveis pela participação na comunidade, defesa da dignidade, bem-estar e o direito à vida (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi aprovada em 1994 (Lei n.º 8.842). Estabelece um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos. Leva em consideração que o idoso é um ser de direitos, devendo ter suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas atendidas de maneira diferenciada. Foi criado também o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que foi implementado em 2002 (CAMARANO; PASINATO, 2004).

As principais diretrizes norteadoras da PNI são: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos visando a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 1994).

No âmbito da saúde, em 1999 foi lançada a Política Nacional de Saúde do Idoso, sendo reformulada em 2006. Tem como eixos norteadores as medidas preventivas, com destaque para a promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar específico (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso oferece subsídios ao setor saúde para que promova atenção integral à pessoa idosa e àquelas em processo de envelhecimento, em

consonância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90 e a Lei n.º 8842/94 – Política Nacional do Idoso).

A Política Nacional de Saúde do Idoso aborda que, no âmbito hospitalar, a assistência ao idoso deve considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características dos idosos hospitalizados, devendo-se utilizar a capacidade funcional como parâmetro para definição das necessidades de cuidados. Os idosos totalmente dependentes são mais susceptíveis a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico, tornando-se mais vulneráveis. Esse fato requer dos serviços de saúde uma assistência diferenciada. Entretanto, entende-se que, para a dispensação de cuidados diferenciados, é necessária a formação de recursos humanos na área da geriatria e gerontologia (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso foi aprovado pelo Congresso Nacional em 2003 (BRASIL, 2003) e representa um importante avanço na legislação brasileira, ao encontro das orientações do Plano de Ação para o Envelhecimento, de Madri, 2002. A aprovação do Estatuto do Idoso significa um avanço no âmbito das políticas sociais de proteção às pessoas idosas; no entanto, não há previsão orçamentária para a implementação das diretrizes aprovadas (CAMARANO, 2013).

De acordo com Camarano (2013), o Estatuto do Idoso assenta-se essencialmente na proteção integral das pessoas idosas. A esse segmento populacional são garantidos todos os direitos cabíveis à pessoa humana; cada um tem o direito pessoal de envelhecer, e ao Estado cabe a proteção social. No que se refere aos principais direitos garantidos no Estatuto do Idoso, estão o direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto (CAMARANO, 2013).

O documento reúne, em um único texto legal, muitas leis e políticas já aprovadas. Além disso, incorpora novos elementos e enfoques às medidas que visam proporcionar bem-estar. O referido estatuto proporciona uma dupla condição em termos de direitos sociais. Representa igualdade e diferenciação no intuito de promover a equidade substantiva vinculada à justiça social, ou seja, a equidade entre partes desiguais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Estatuto do Idoso traz, nas suas disposições preliminares, como um pré-requisito para a garantia da prioridade ao atendimento ao idoso, a capacitação de recursos humanos na área da geriatria e gerontologia. No capítulo referente ao direito à saúde, é abordado, como

dever das instituições de saúde, atender a critérios mínimos para acolher às necessidades dos idosos. Dentre esses critérios, é posta a capacitação dos profissionais nesta área.

No âmbito da América Latina e Caribe, uma conferência realizada em 2003 discutiu estratégias regionais para a implementação das ações propostas pelo Plano de Madri. No que se refere aos serviços de saúde, devem assegurar que o acesso, o tratamento e o cuidado às pessoas idosas devem ser pautados nas normas que protegem os direitos humanos. Um ponto importante a ser valorizado é a garantia de que os profissionais – dentre eles a equipe de enfermagem – estejam treinados e que compreendam os direitos das pessoas idosas. Para tanto, faz-se necessária, além da compreensão, a prática, e também assegurar-se de que tais direitos sejam respeitados e protegidos a cada contato com as pessoas idosas (VASQUEZ, 2008).

Outro pilar na defesa e sedimentação dos direitos humanos das pessoas idosas é a própria pessoa. Estas devem compreender seus direitos, suas liberdades fundamentais e os mecanismos disponíveis para a sua proteção. Na medida do possível, devem ser estimuladas a assumirem a posição de protagonistas das próprias causas e atuar na elaboração ou revisão de legislações, planos, políticas e serviços de saúde (VASQUEZ, 2008).

Mais recentemente, a Declaração de Brasília, documento produzido pela CEPAL (ONU, 2007) reafirmou o compromisso dos Estados em envidar esforços para proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas; com a orientação e diligenciamento de recursos humanos para o seguimento das ações postas em prática; a necessidade de incentivar o acesso equitativo aos serviços de saúde integrais, oportunos e de qualidade; e com as práticas da humanização para acolher e compreender as pessoas idosas de forma integral, com respeito aos seus direitos humanos e que a atenção seja prestada em contexto de solidariedade e significação.

A Assembleia Geral da ONU, no ano de 2010, para o seguimento das diretrizes da segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, reconheceu que em muitas partes do mundo o Plano de Madri é sequer conhecido. Isso tem limitado o alcance e a aplicação do Plano de Madri. Pensando nisso, foram formuladas estratégias de fomento à solidariedade intergeracional (ONU, 2010).

## 2.6 A discriminação por idade e o acesso aos serviços de saúde

Ainda persistem, na sociedade, mitos, estereótipos e preconceitos quanto ao envelhecimento, associando essa etapa da vida ao declínio e às perdas. Geralmente perduram ideias pejorativas associadas à feiura, senilidade, improdutividade, conservadorismo, infelicidade, ociosidade. Sabe-se, entretanto, que há uma variabilidade fisiológica no envelhecimento, sendo comum encontrar pessoas mais velhas com capacidades físicas e cognitivas preservadas. Seguindo essa linha de raciocínio, a velhice é uma etapa da vida com rosto, autonomia, capacidades e repleta de sentido, pois o envelhecimento não é uma doença (COUTO *et al.*, 2009; MENEZES, 2010). Assim, as ações das redes de atenção à saúde das pessoas idosas devem estar voltadas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das enfermidades.

Silva *et al.* (2012) discutem que os estereótipos e os preconceitos são formas de simplificação da visão de mundo, uma vez que realçam determinadas características em detrimento do todo da pessoa. A supervalorização dos estereótipos na velhice conduz a um olhar gerontofóbico e discriminatório com base na idade, pois, de acordo com as autoras citadas, nega o desenvolvimento dos idosos como pessoas e impedem o reconhecimento das suas potencialidades, a busca por solução para os seus problemas e a adoção de medidas adequadas.

No contexto de discriminação contra a velhice, foi cunhado o termo ageísmo, do inglês *ageism*, significando uma forma de intolerância relacionada com a idade. O ageísmo, também definido como sinônimo de idadismo ou etarismo, é um termo que significa preconceito social etário e discriminação de pessoas idosas. Foi cunhado por Roberto Butler em 1969, que o explicitou e descreveu sua natureza. O autor do termo explicita que o ageísmo não tem qualquer fundamento a não ser um olhar preconceituoso sobre o outro. O envelhecimento é uma condição humana que não leva a uma transformação de natureza e, assim, não se deixa de ser homem ou mulher, por exemplo (SOUSA *et al.*, 2014).

Nas publicações em língua inglesa, é comum encontrar o termo ageísmo para se referir ao preconceito e à discriminação contra pessoas idosas. Na língua portuguesa, também é comum encontrar a citação desse termo com o mesmo sentido e inclusive, o termo já se encontra cadastrado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde. No entanto, nesta tese considerou-se como mais adequado o emprego do termo idadismo, discutido por Sousa *et al.* (2014) por derivar de uma palavra da língua portuguesa.

O idadismo se manifesta em situações cotidianas por meio da fala, gestos e imagens, sobretudo dos mais jovens com relação aos mais velhos. Assim, caracteriza-se como uma prática de *bullying* ou violência nos serviços de saúde, na sociedade ou mesmo dentro das próprias famílias (SOUSA et al, 2014).

As formas de manifestação do idadismo são evidenciadas na vida diária mediante atitudes paternalistas e infantilizadas, como nos discursos simplificados, na fala vagarosa e de pouca qualidade para com a pessoa idosa; no sistema de saúde, por intermédio de uma gama de atitudes discriminatórias; e em situações de maus tratos físicos, psicológicos e financeiros. O idadismo faz parte do grupo dos três “ismos”, junto com o racismo e o sexismo (COUTO *et al.*, 2009; GOLDANI, 2010).

O idadismo se manifesta nos contextos em que as pessoas idosas circulam, como os meios sociais, os locais de trabalho e os sistemas de saúde (GOLDANI, 2010; CASADO, 2014). A sociedade brasileira é considerada como altamente estratificada por idade e isso, somado à pouca discussão social sobre o assunto, conduz à permanência e fortalecimento de estereótipos etários. No contexto social, Goldani (2010) apresenta resultado de uma pesquisa na qual 5% dos brasileiros afirmaram que não gostariam de ter uma pessoa idosa como vizinha.

O idadismo e as suas formas de expressão são descritos como um modo de agressão à dignidade da pessoa idosa, individual e coletivamente. De acordo com Casado (2014), essa realidade é, com frequência, desconsiderada pelos cidadãos e mesmo por gestores de serviços, sobretudo de saúde, e, nesse sentido, fere ao princípio bioético da equidade.

Nos serviços de saúde, o idadismo pode estar presente quando a idade é tomada como único critério para a disponibilização de vagas em UTI, para a não alocação de recursos tecnológicos para os idosos e por atitudes discriminatórias fundamentadas na idade. A alocação de recursos para idosos em UTI é tida como controversa; entretanto, não há base para a adoção do critério etário como fator isolado para a tomada de decisão sobre o internamento (SOUSA *et al.*, 2008; FURUYA *et al.*, 2011).

A discriminação permanente, baseada na crença de que não deve ser empregado esforço em prolongar a vida de um idoso – como na liberação de vagas em UTI, na realização de determinados exames diagnósticos, na prescrição de medicamentos de alto custo ou no transplante de órgãos –, não se fundamenta em razão médica, mas é sim, uma questão de ética e humanidade. Conforme relata Rovira (2004), quando se diagnostica uma doença em uma

pessoa idosa e se trata adequadamente, esta se recupera da mesma forma que uma pessoa de 20 ou 30 anos.

No campo da saúde, é forte a presença da atitude discriminatória, baseada em crenças sem sustentação científica, de que o tratamento empreendido a uma pessoa idosa tem menos valor do que se aplicado a uma pessoa jovem. No campo das organizações de saúde, há discriminação na medida em que não se adapta à realidade social do envelhecimento da população, que traz consigo necessidades próprias e demandas por cuidados específicos, e as pessoas idosas são excluídas de protocolos de tratamentos e de ensaios clínicos (ROVIRA, 2004).

Parte do comportamento gerontofóbico pode ser explicada pela crença de que a enfermidade é parte da velhice e de que as pessoas idosas já cumpriram suas missões de vida, devendo, portanto, abrir mão do direito de viver; que são pessoas improdutivas e que os investimentos em recursos da saúde não têm retorno; ou então de que os benefícios do investimento não superam os riscos. Tais crenças baseiam-se em atitudes idadistas e generalizadas, que não consideram as variações existentes entre os grupos sociais, assim como as individualidades. Trata-se, em verdade, de um problema ético mais do que econômico ou científico (ROVIRA, 2004).

Assim, sendo a velhice uma etapa da vida na qual as pessoas podem se manter ativas, produtivas e planejando ações para o futuro, as pessoas idosas podem se beneficiar dos cuidados intensivos e retomarem os cursos de suas vidas no mesmo patamar anterior à hospitalização.

## **2.7 A Unidade de Terapia Intensiva**

A UTI corresponde a um espaço físico diferenciado dentro dos serviços de saúde, destinada ao atendimento de pacientes em estado grave ou crítico e que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas. É considerada como um local que presta uma assistência qualificada e especializada, que dispõe de recursos tecnológicos avançados e com capacidade para tornar mais eficiente o cuidado com o paciente crítico (BRASIL, 2010; ROCHA *et al.*, 2007).

Essa unidade tem sua origem atribuída a Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna. Em meados do século XIX, durante a Guerra da Crimeia, Florence foi a responsável por organizar os hospitais de campanha para prestar assistência aos soldados

feridos. Assim, surgiu a ideia da classificação dos doentes de acordo com o grau de dependência, dispondo os mais graves próximo à área de trabalho das enfermeiras, visando maior vigilância e melhor atendimento (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

Essa ideia da maior vigilância e do maior cuidado aos doentes mais graves espalhou-se para diferentes países. Inicialmente, esteve atrelada aos avanços dos procedimentos cirúrgicos para prestar cuidados a pacientes em pós-operatório imediato. Em meados do século XX, os centros de terapia intensiva incorporaram novas tecnologias, passando assim a requerer da enfermagem cada vez mais habilidades para lidar com equipamentos de suporte à vida. No Brasil, as UTIs foram implantadas na década de 70 do século XX (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

A prática da terapia intensiva representa um avanço na assistência aos doentes graves. A disponibilidade de equipamentos sofisticados e pessoal com conhecimento e experiência possibilita o empreendimento de esforços para o cuidado aos doentes mais graves (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

No que se refere ao planejamento e organização, conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e odontólogos, com cooperação entre si. São necessários serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento – farmácia, laboratório, radiologia, – e de suporte – higienização, manutenção e engenharia clínica (BRASIL, 2010).

Preconiza-se que a UTI esteja localizada em área distinta dentro do hospital e que o acesso seja controlado. A disposição dos leitos pode ser em área comum, em quartos fechados ou mistos. Independente da forma de disposição dos leitos, é recomendado que a visualização dos pacientes, direta ou indireta, seja possível durante todo o tempo. Dessa forma, obtém-se a monitorização contínua rotineiramente e nas situações de emergência (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, (BRASIL, 2010), a organização física da UTI tem entre seus objetivos: oferecer condições de internar pacientes graves em ambientes individuais ou coletivos, de acordo com o grau de risco, faixa etária, patologia, privacidade e manter condições de monitoramento contínuo.



### 2.7.1 A hospitalização de pessoas idosas na Terapia Intensiva

De acordo com Waldow (2006), a hospitalização é um evento que causa temor em determinadas pessoas. Não obstante a ameaça da doença, o sentir-se doente promove uma separação na relação do sujeito com o mundo. Nesse sentido, no momento do cuidado tem-se uma pessoa que atravessa experiência de maior vulnerabilidade e que está com o acesso ao seu cotidiano obstruído.

Se a hospitalização por si só já representa um momento estressante para o idoso, quando ocorre na UTI esses efeitos são potencializados. A maior ênfase do cuidado na terapia intensiva é no conhecimento técnico-científico, procedimentos técnicos e para o atendimento biológico, no intuito de manter a vida, dada a situação de gravidade dos pacientes. Além disso, a possibilidade de morte é muito presente, as rotinas são pouco flexíveis; há muitos ruídos e a ocorrência de muitas situações emergenciais. Essas características fazem da UTI um ambiente altamente estranho e estressante para a pessoa idosa (MARTINS; NASCIMENTO, 2005; FURUYA *et al.*, 2011 ).

Diversos fatores contribuem para que o ambiente da UTI provoque repercussões sobre os pacientes. Os barulhos elevados provenientes dos alarmes dos equipamentos de monitorização, dos sistemas de chamadas, dos telefones, das conversas entre a equipe; a iluminação constante, em alguns casos sem diferenciação entre dia e noite; os odores; o vaivém de pessoas; o afastamento de familiares; a retirada de aparelhos que possibilitam um ajuste sensorial como órteses e próteses; a submissão a múltiplos procedimentos dolorosos e invasivos; o frio; o banho no leito; a eliminação intestinal e urinária em fralda ou em aparadeiras frias, em posição desconfortável ou por sonda; a utilização de linhas de monitorização e terapêutica; a contenção mecânica; a imobilidade no leito; as rotinas rígidas; a alimentação; os medos, dentre outros, tudo isso faz da UTI um ambiente hostil para os doentes hospitalizados, a despeito de todo o suporte à vida que tem para oferecer (GUTIÉRREZ *et al.*, 2008; GÓMEZ-CARRETERO; MONSALVE; SORIANO, 2007; MIRANDA, 2010; MENEZES, 2010; VESZL *et al.*, 2013).

O ambiente da terapia intensiva, apesar de dispor de equipe tecnicamente qualificada e recursos tecnológicos sofisticados, pode expor os pacientes a situações de riscos e danos. Dentre tais complicações podem-se citar o *delirium*, quedas, lesões por pressão, desidratação, incontínências, constipação, perda da capacidade funcional, infecções hospitalares e complicações iatrogênicas (ELIOPOULOS, 2011).

Pedreira, Brandão e Reis (2013), em revisão sistemática sobre a ocorrência de eventos adversos em UTI, relatam um percentual de ocorrência de eventos de cerca de 8%, sendo a maioria evitável. Segundo dados apresentados pelas autoras citadas, mais da metade dos eventos adversos ocorrem nas pessoas idosas, com elevação do risco associada ao aumento da idade.

Na realidade da América Latina, os dados sobre eventos adversos envolvendo pessoas idosas em UTI revelaram maior prevalência de eventos relacionados a medicamentos; perdas, lesões ou retiradas não programadas de sondas, cateteres, tubos e drenos; além das quedas (PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013).

A hospitalização, de maneira geral, pode ocasionar na pessoa idosa diminuição na capacidade funcional com repercussões às vezes irreversíveis na qualidade de vida. Esse fato está relacionado ao repouso prolongado no leito. Os maiores índices de comprometimento são verificados com o prolongamento da hospitalização e agravados quando o idoso já apresenta limitações funcionais no internamento (SIQUEIRA *et al.*, 2004).

No que diz respeito aos barulhos, podem ter como impacto uma perturbação no trabalho, prejuízo na comunicação, no descanso e no sono, além de provocar reações fisiológicas, psicológicas ou mesmo patológicas em pessoas mais susceptíveis, como os idosos. Em estudo realizado em uma UTI de um hospital de Recife-PE, encontrou-se uma média de ruídos acima dos níveis recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (SAMPAIO NETO *et al.*, 2010).

A insônia é reconhecida como um problema que atinge as pessoas hospitalizadas, sobretudo as idosas. Tem causa multifatorial e relaciona-se com as dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar, à ansiedade, à doença, ao desconforto, medos e à falta de informação (COSTA; GERMANO, 2004).

Os pacientes idosos relatam um sentimento de solidão, que é potencializado pela relação impessoal estabelecida com os profissionais, além de insatisfação e constrangimento com a cotidianidade hospitalar (PEDREIRA, 2000). Além disso, tem sido descrito que a experiência da hospitalização em UTI pode ocasionar reações emocionais estressantes e traumáticas pela vivência da ameaça de morte. Em alguns casos, os pacientes que estiveram hospitalizados em UTI chegam mesmo a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, caracterizado por sofrimento psicológico, manifestação de reações fisiológicas semelhantes às ocorridas durante o evento gerador do estresse, esquiva e excitabilidade. Nesses casos, a vivência da hospitalização é descrita como uma situação que foge ao controle, emergindo

sentimentos de impotência e medo do desconhecido. Dados de uma revisão sistemática sobre o transtorno de estresse pós-traumático em UTI revelam prevalência geral entre 17 e 30% (CAIUBY; ANDREOLI; ANDREOLI, 2010).

A despeito de toda possibilidade de a experiência com a hospitalização na UTI ser considerada pelas pessoas idosas como dura, traumática e difícil, essa ideia também precisa ser relativizada. Se as características da UTI, como a disponibilidade de tecnologia e pessoal treinado, por um lado expõe a pessoa idosa, a afasta do convívio familiar e do seu cotidiano, por outro, pode representar a única possibilidade de superar uma doença grave e de retomar a vida. É preciso compreender que as contingências que levam à dureza dos cuidados são as mesmas que salvam a vida. Para o idoso e sua família, esse percurso pode ser lembrado como necessário.

Sitta e Jacob Filho (2002, p. 740) assinalam que os principais motivos que levam ao internamento de idosos em UTI são: pós-operatórios, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, choque séptico, choque hipovolêmico, choque cardiogênico e trauma. Além disso, o percentual de comorbidades em pessoas idosas em UTI chega a 65% a partir dos 75 anos (SITTA; JACOB FILHO, 2002).

Com relação aos critérios tomados para a admissão do idoso na UTI, variam de acordo com os serviços, revelando-se, entretanto, polêmicos e não consensual. No que se referem aos aspectos clínicos, as seguintes situações justificam a admissão: instabilidade de órgão ou sistema que coloque o indivíduo em risco de morte ou de complicação imediata; pós-operatório de cirurgia de urgência ou eletiva de grande porte ou de risco de morte; necessidade de ventilação mecânica; necessidade de monitorização hemodinâmica e cardíaca; prognóstico; e comorbidades (SITTA; JACOB FILHO, 2002).

O objetivo da terapia intensiva para a pessoa idosa é a restauração da estabilidade clínica visando preservar a capacidade funcional e a qualidade de vida (SITTA; JACOB FILHO, 2002). Uma vez que a internação em UTI se faz necessária, devem ser utilizados os recursos disponíveis, visando o aumento das chances de alta e otimização da terapêutica.

A *Society of Critical Medicine*, organização norte-americana que agrega profissionais de diferentes áreas atuantes em terapia intensiva, desenvolveu critérios baseados em prioridades para a admissão na UTI. Esses critérios não se baseiam na idade, mas no quadro clínico e na possibilidade de benefícios com a terapia intensiva: no grau de prioridade 1 estão os pacientes que mais se beneficiarão da terapia intensiva, como os que estão em pós-operatório de cirurgia cardíaca; na prioridade 2 estão os que requerem tratamento intensivo,

podendo vir a necessitar de intervenção imediata, inclusive cirúrgica; na prioridade 3 estão os pacientes instáveis e graves, mas com pouca possibilidade de recuperação por causa de doença subjacente ou aguda; e na prioridade 4 estão os que não se beneficiam da UTI, como os que estão em morte cerebral e não são doadores de órgãos (AZOULAY *et al.*, 2001).

Está claro, então, que tomar a idade como único critério para a admissão na UTI é controverso e discriminatório. O pior prognóstico dos doentes internados em UTI não está relacionado com a idade, mas sim com a gravidade, presença de comorbidades e estado funcional prévio. Também deve ser levada em consideração a qualidade de vida prévia e posterior à hospitalização na UTI (SANTANA CABRERA *et al.*, 2008).

Estudos relatam que o dilema da admissão do idoso na UTI deve ser solucionado tomando-se por base a não transgressão dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (FREITAS; SCHARMM, 2009). Além disso, está descrito no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que o atendimento nos serviços de saúde deve ser igualitário e a idade não pode ser tomada como fator de exclusão.

No contexto do SUS, seguindo o princípio norteador da universalidade, o atendimento à saúde é considerado um direito de todos e dever do Estado. Somados a este estão a integralidade e a equidade. Segundo tais princípios, deve ser considerada a necessidade de saúde da pessoa e todos devem ter igualdade de oportunidade (FREITAS; SCHARMM, 2009). Diante da escassez de recursos para o atendimento a todos, devem ficar claros quais os critérios adotados, sendo estes, entretanto, embasados em razões objetivas e na vontade da pessoa idosa.

As estatísticas revelam que as pessoas idosas representam um percentual significativo dos pacientes internados em UTI. Estudo realizado na Espanha aponta que 22,5% dos pacientes internados em uma UTI tinham mais de 70 anos (SANTANA CABRERA *et al.*, 2008). Em estudos realizados em São Paulo em UTIs para adultos, a média de idade foi de 70 anos (CIAMPONE *et al.*, 2006); 75,8 anos (SOUSA *et al.*, 2008); e 70,4 anos (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007). Em Fortaleza, encontrou-se um percentual de idosos de 59,8% (ROCHA *et al.*, 2007).

Estudos realizados entre pacientes idosos hospitalizados em UTIs brasileiras revelam que a maioria pertence ao sexo masculino, com variação entre 50 e 53,3%. A média de permanência varia entre três e seis dias, sendo que de 26,8 a 35,9% dos idosos permanecem na UTI por mais de 10 dias. A taxa de mortalidade varia entre 28 a 45,1% (CONISHI;

GAIDZINSKI, 2007; SOUSA *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2009; CIAMPONE *et al.*, 2006; SCHEIN; CESAR, 2010; STEIN *et al.*, 2009).

### 2.7.2 Cuidado de enfermagem à pessoa idosa na UTI

O cuidado em UTI é prestado em ambiente conturbado, desconfortável, impessoal, sem privacidade, dependente da tecnologia dura e em situação de isolamento social. Em geral é prestado de forma mecânica, desprovido de atenção aos aspectos emocionais e subjetivos das pessoas idosas e familiares. Nesse sentido, a hospitalização de pessoas idosas em UTI pode favorecer a intensificação da fragilidade, do medo e da insegurança e, dessa forma, requer a atenção de profissionais comprometidos não somente com a objetividade momentânea, mas também com a subjetividade (MARTINS; NASCIMENTO, 2005).

A despeito de todo o arsenal tecnológico disponível nas UTIs, o que possibilita a monitorização ampla da situação clínica dos pacientes, Pedreira (2000) alerta para o risco que a enfermagem corre de se acomodar em prestar os cuidados apenas com base nos dados da monitorização e assim se distanciar dos doentes. Dessa forma, o cuidado seria centrado apenas nas doenças e não na singularidade de cada pessoa, como ser único e dotado de uma trajetória de vida também única.

Em estudo fenomenológico sobre as vivências de internação de idosos em UTI, Pedreira (2000) relata que, na maioria dos casos, os cuidados prestados aos idosos têm por base as normas e rotinas hospitalares que uniformizam as pessoas e os modos de agir dos profissionais.

As alterações orgânicas, psicológicas e sociais relacionadas ao envelhecimento fazem com que o cuidado à pessoa idosa em UTI seja peculiar. Toda história de vida da pessoa idosa, somada ao processo de envelhecimento, justifica um olhar diferenciado por parte da equipe de cuidados (MARTINS; NASCIMENTO, 2005).

Devido às características de gravidade dos pacientes, arsenal tecnológico disponível e habilidade técnico-científica dos profissionais, é comum a manutenção de uma relação fria, distante, verticalizada para com a pessoa idosa e a família. Diversos estudos sobre o cuidado de enfermagem em UTI chamam a atenção para a necessidade de se prestar um cuidado que transcenda as tecnologias duras e permita-se permear pelos aspectos humanísticos e relacionais (MARTINS; NASCIMENTO, 2005; FURUYA *et al.*, 2011).

A enfermagem é a maior provedora de cuidados na UTI, representando cerca de 50% de todos os profissionais que atuam no ambiente hospitalar (SOUSA *et al.*, 2008). Como tal, tem papel importante na prestação de cuidados com foco humanístico, relacional e que considere as alterações orgânicas relacionadas com o envelhecimento (RIBEIRO; SILVA; MIRANDA, 2005).

Santos *et al.* (2010) propuseram um protocolo para os cuidados de enfermagem a pessoas idosas em alta complexidade. O cuidado proposto está centrado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com foco na identificação das necessidades humanas básicas afetadas, no estabelecimento de metas para o cuidado e na avaliação contínua dos resultados.

De acordo com Martins e Nascimento (2005), o processo de cuidado das pessoas idosas é dinâmico e dependente de ações planejadas com base no conhecimento científico e no respeito à realidade vivida pelo idoso e a família. Assim, para as autoras citadas, o processo de cuidar em enfermagem a pessoas idosas em UTI deve levar em consideração, além dos aspectos biológicos, os psicológicos, sociais e espirituais em sua interface com os valores, as crenças e as experiências.

O significado do adoecimento na velhice precisa ser apreendido pelos profissionais. Devem-se ouvir as histórias de vida e aspectos da personalidade para que o cuidado prestado possa chegar o mais próximo do modo de ser e das singularidades do idoso. Outro fator a ser valorizado é a subjetividade de cada pessoa (MENEZES, 2010).

A equipe de saúde como um todo tem um papel importante, tanto na manutenção do equilíbrio das funções orgânicas e emocionais quanto no auxílio ao enfrentamento e aceitação da doença aguda e hospitalização. Para tanto, faz-se necessária uma relação empática, humanizada e comprometida com o cuidado. Dessa forma, pode superar a tendência à despersonalização, despojamento e distanciamento comuns nos ambientes de terapia intensiva (MARTINS; NASCIMENTO, 2005), já que o cuidado cultural deve ser congruente com os valores, as crenças e os modos de vida da pessoa cuidada (WELCH, 2004).

Além das alterações biológicas, a capacidade de adaptação a mudanças e a aceitação de um ambiente estranho como o de terapia intensiva é reduzida na pessoa idosa. Frequentemente ocorre declínio do estado emocional na idade avançada. Nas UTIs, quando hospitalizados, os idosos manifestam tristeza, apatia, adinamia e distúrbios do sono. Além disso, o isolamento social imposto pela rigidez das normas e rotinas causa insegurança e medo (MARTINS; NASCIMENTO, 2005). Conforme as mesmas autoras, as questões relativas à

interface entre o idoso e o ambiente da terapia intensiva devem ser melhor compreendidas, a fim de que possam ser propostas melhorias e desenvolvidas tecnologias de cuidado menos traumáticas, mais humanizada e com melhor qualidade.

Alguns estudos apontam que, na terapia intensiva, a carga de trabalho da enfermagem não está relacionada com a idade do paciente, mas principalmente com o perfil de gravidade (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; SOUSA et al, 2008; CIAMPONE *et al.*, 2006).

## **2.8 A memória e suas interfaces com o envelhecimento**

De acordo com Bobbio (1997, p. 30), “o mundo dos velhos, de todos os velhos, é, de modo mais ou menos intenso, o mundo da memória”. Conforme pensamentos do mesmo autor, cada pessoa é aquilo que pensa, ama, realiza e lembra. As lembranças são referenciadas como as riquezas conservadas ao longo da vida, que, ao serem rememoradas, promovem um reencontro com a identidade de cada um.

Bosi (2007, p. 60) destaca a importância das memórias para as pessoas idosas e do quanto tais memórias podem revelar suas histórias de vida, pois,

“elas já atravessaram um determinado tipo de sociedade, com características bem marcadas e conhecidas; elas já viveram quadros de referência familiar e cultural igualmente reconhecíveis: enfim, sua memória atual pode ser desenhada sobre um pano de fundo mais definido do que a memória de uma pessoa mais jovem ou adulta, que, de algum modo, ainda está absorvida nas lutas e contradições de um presente que a solicita muito mais intensamente do que a de uma pessoa de idade.”

Seria inerente ao idoso recorrer às suas memórias para lembrar-se do passado como uma necessidade para se manter vinculado à sua história de vida. No entanto, conforme Bosi (2007, p.66), “fica o que significa” e ainda, cada pessoa é capaz de interpretar a realidade que viveu e a seu modo, guardá-la em sua memória, como lhe for mais apropriado. Assim, “o passado é, portanto, trabalhado qualitativamente pelo sujeito” (BOSI, 2007, p. 68).

### **2.8.1 Definições de memória**

Na mitologia grega, a memória é representada por Mnemosine, a qual é a mãe das nove musas inspiradoras das letras, ciências e artes, frutos de sua relação com Zeus (MUÑHOZ, 2010; SIMEONI, 2016). Mnemosine exerce o trabalho complexo sobre a ação e o tempo, sendo esta a dimensão em que ela se manifesta. Cada vez que o limite racional entre a ação e o tempo é superado, uma nova memória se forma. Mnemosine é, então, a responsável

por recordar o passado, transpondo o mundo da memória, na qual a ação aconteceu, para o real, e imprimir um significado na atualidade. Dessa forma, torna viável o conhecimento das coisas passadas e permite às pessoas o exercício da vontade, com a tomada de decisões (SIMEONI, 2016). Acrescenta Muñhoz (2010) que tanto em termos míticos quanto práticos, a memória é compreendida como essencial para o desenvolvimento da vida.

Mnemosine permite o acesso à memória por meio da razão, quando uma pessoa recorda as lembranças armazenadas. No entanto, as emoções também são uma via de acesso às memórias. Os ligamentos emotivos que estão na base da criação das memórias são um meio para as rememorações, quando as mesmas emoções são sentidas (SIMEONI, 2016).

Nesse sentido, a memória é definida como uma complexa função mental que extrapola os limites da cognição e interage com funções cerebrais superiores, como os afetos, as emoções e a criatividade. O estado emocional tanto pode ajudar no resgate da memória quanto pode interferir negativamente, quando há necessidade de resgates das lembranças dos acontecimentos vividos (GUERREIRO; RODRIGUES; MARTINS, 1997).

Em seu sentido literal, a palavra memória significa a capacidade de reter ideias ou noções adquiridas, lembranças, reminiscências, presença do passado. É descrita como uma das mais importantes funções cognitivas humanas. Está relacionada com a capacidade de adquirir, formar, conservar e evocar informações, estando assim intimamente relacionada com a aprendizagem, pois o processo de armazenamento das lembranças pressupõe um aprendizado prévio (IZQUIERDO, 2011; YASSUDA, 2002). Reflete a capacidade de armazenar informações sobre si próprio e o mundo à volta. Constitui-se como base para o reconhecimento de pessoas, objetos, lugares e o desenvolvimento da linguagem (YASSUDA, 2002).

A memória é uma construção psíquica e intelectual que acarreta, de fato, uma representação seletiva do passado, que nunca é somente aquela do indivíduo, mas de um indivíduo inserido num contexto familiar, social e nacional (MOREIRA, 2009; LEAL, 2012).

A memória, em seu sentido amplo, engloba desde ruínas históricas, até o mecanismo de funcionamento do sistema imunológico. No plano individual, é o que confere a identidade humana, quando as pessoas se reconhecem pelas lembranças de quem são. O que há de comum entre as memórias são a conservação das experiências do passado, armazenadas no cérebro por meio de imagens ou representações passíveis de serem evocadas (IZQUIERDO, 1989). No plano coletivo, tem a função de garantir a continuidade do tempo e se constitui em um elemento essencial à identidade, à percepção de si mesmo e dos outros (ROUSSO, 1998).



As recordações de cada pessoa lhe fazem única e lhe confere uma identidade, forma de ser ou personalidade. Todos os atos dos indivíduos são guiados pelo conhecimento, pelo que sabe e pelas experiências individuais (IZQUIERDO, 2011).

Izquierdo (1989) afirma que, diante da efemeridade do tempo, o presente se constitui como a ligação entre o passado e o futuro. O passado não existe sem uma noção de memória; a noção de presente só existe atrelada ao tempo; e não existe realidade sem memória e sem as noções de presente, passado e futuro.

Faz parte da natureza humana a evocação, a recordação, as emoções, a aprendizagem e pensamentos que conduzem à memória. O ser humano, por meio das suas experiências, pode ser entendido a partir das suas memórias, das memórias das pessoas existentes em um determinado contexto e das pessoas que nos conhecem. Assim, as pessoas existem enquanto seres com sentido de vida graças às suas memórias (CUARTAS, 2010).

Embora os autores citados (CUARTAS, 2010; IZQUIERDO, 1989) relacionem a existência humana à presença da memória, reconhece-se que algumas relativizações precisam ser feitas. As definições apresentadas vão no sentido da evocação e explicitação da memória pelas pessoas e estão de acordo com a linha de raciocínio escolhida para o estudo do objeto desta tese. Entretanto, não se pretende negar a existência da vida daquelas pessoas em processos demenciais, como na Doença de Alzheimer. Essas continuam existindo como cidadãs, mesmo sem uma explicitação da memória. Nesse sentido, defende-se a existência para além das explicações sobre memória até então postas pela ciência.

### 2.8.2 Bases neurológicas da memória

Do ponto de vista da neurologia, a memória é constituída a partir de células nervosas, os neurônios, os quais são distribuídos por todo o organismo formando uma complexa rede de comunicação. Os neurônios estabelecem sinapses entre si, as quais resultam em armazenamento de informações que podem ser evocadas. Tal rede é modulada pelas emoções, nível de consciência e estado de ânimo. Assim, as pessoas são mais capazes de aprender ou evocar um conhecimento quando estão em bom estado de ânimo, alertas e tranquilas (IZQUIERDO, 2004; 2011; CUARTAS, 2010).

No cérebro humano há cerca de 80 bilhões de neurônios. Estes possuem prolongamentos por meio dos quais estabelecem comunicação entre si. São constituídos pelos axônios, corpo celular e dendritos. Izquierdo (2011, p.21) exemplifica o processo de formação

e evocação das memórias da seguinte forma: “uma experiência visual penetra pela retina, é transformada em sinais elétricos, chega por intermédio de várias conexões neuronais ao córtex occipital e lá causa uma série processos bioquímicos”, tradutores dos sinais elétricos. Ao se evocar as memórias, os neurônios reconvertem os sinais bioquímicos ou estruturais em elétricos e assim o sentido da consciência humana o interpreta como pertencente ao mundo real.

Os principais neurotransmissores envolvidos no processo de memória são o glutamato, o ácido gama-amino-butírico (GABA), a dopamina, a noradrenalina e a acetilcolina. No entanto, outras substâncias como a  $\beta$ -endorfina, hormônios produzidos pela glândula hipófise como a vasopressina e oxitocina, funcionam como neuromoduladores com função importante na memória (IZQUIERDO, 2011).

A atividade cerebral não é paralela à realidade, pois o cérebro processa a informação de maneira descontínua e na realidade o tempo é contínuo. O cérebro capta a realidade de maneira fragmentada por meio da atenção e seleciona o importante para nós e depois analisa se deve guardar como memória ou descartar (CUARTAS, 2010).

O hipocampo está relacionado com a capacidade de consolidar e armazenar a memória de longo prazo, porém cada processo de memória ocorre em bases anatômicas específicas, mas interconectadas, e que trabalham de maneira conjunta com outros sistemas neuronais para funcionar de maneira correta em nosso cérebro (CUARTAS, 2010).

As memórias são provenientes das experiências e existem tantas quantas experiências forem possíveis. Izquierdo (2011) recomenda que a palavra “Memória” seja empregada no sentido da designação geral do cérebro para adquirir, guardar e lembrar informações; já “memórias” para designar cada tipo delas. Existem memórias que podem ser adquiridas em curto espaço de tempo, como segundos, ou tempos mais longos, como semanas ou anos; algumas são visuais, outras olfativas e outras ainda motoras ou musculares. Determinadas memórias são prazerosas ao passo que outras causam sofrimento ao serem lembradas (IZQUIERDO, 2011).

### 2.8.3 Tipos e formas de memória

A memória de trabalho é um tipo de memória breve e fugaz servindo para nortear um gerenciamento da realidade. Determina o contexto em que os fatos ocorrem e julga se vale a pena ou não armazenar uma nova memória ou mesmo interpretar se a informação com a qual

se está em contato já consta dos arquivos mentais. Esse tipo de memória mantém durante alguns segundos ou poucos minutos a informação do momento, onde se está, o que se está fazendo, assim como no instante anterior. Não deixa traços e não produz arquivos (IZQUIERDO, 2011).

Com relação ao conteúdo da memória, a capacidade de declarar e relatar como se adquiriu chama-se memória declarativa. Registram fatos, eventos ou conhecimentos (IZQUIERDO, 2011). Segundo tal classificação, as memórias referentes a eventos dos quais se participou ou assistiu, chama-se episódica ou autobiográfica. As de conhecimentos gerais são chamadas de semânticas. Esses dois últimos tipos são chamados de memória explícita, pois são adquiridas com a plena intervenção da consciência. Já aquelas relacionadas com hábitos, capacidades ou habilidades motoras e sensoriais são chamadas de procedurais ou de procedimentos. São adquiridas de forma implícita sem a percepção clara de que as está adquirindo (IZQUIERDO, 2011).

Com relação ao tempo de duração, podem ser classificadas em memórias de curta duração, longa duração ou remotas. As memórias explícitas de longa duração levam tempo para serem consolidadas. São lábeis nas primeiras horas após a aquisição e podem sofrer a interferência de fatores como traumatismos cranianos, eletrochoque, drogas, ocorrência de outras memórias ou a exposição a um ambiente novo na primeira hora após a sua aquisição (IZQUIERDO, 2011).

As memórias que duram entre uma e seis horas são chamadas de memórias de curta duração. Envolve processos bioquímicos próprios e distintos da memória de longa duração. As memórias de longa duração, que duram meses a anos, são chamadas de memórias remotas (IZQUIERDO, 2011).

Afirma-se que é impossível lembrar todos os detalhes das interações sociais, bem como das impressões que se teve, pois grande parte das informações armazenadas é esquecida. Só uma fração de toda informação que passa pela memória de trabalho é conservada e uma fração menor ainda do que se conserva por um tempo nas memórias de curta e longa duração. Por outro lado, pelo mecanismo de repressão, algumas memórias são bloqueadas e tornam-se inacessíveis. São memórias relativas a acontecimentos humilhantes, desagradáveis ou inconvenientes. Não significa, entretanto extinção, pois podem retornar espontaneamente ou por meio das recordações de outras memórias (IZQUIERDO, 2011).

Para ser registrado, um estímulo deve ter um impacto sobre o sistema nervoso para que a representação do mesmo fique guardada. A codificação se forma como a informação

está representada em nosso sistema nervoso e tomam formas diferentes, que dependem das características do estímulo que serve como base (CUARTAS, 2010).

A forma final de armazenamento das memórias de longa duração leva um tempo de três a oito horas para ser alcançada, passando por várias fases. Sua formação envolve uma série de processos metabólicos no hipocampo e outras estruturas cerebrais dos quais participam neurotransmissores, eletrólitos, proteínas e receptores específicos. Tal processo envolve bilhões de sinapses ordenadas em passos sequenciados (IZQUIERDO, 2011).

A recuperação se dá quando se pode evocar por algum evento relacionado no momento de guardar a informação, ou evocar rapidamente ao ser algo muito importante emocionalmente para a pessoa (CUARTAS, 2010).

#### 2.8.4 Memória e envelhecimento

Autores descrevem que a partir dos 50 anos é comum ouvirem-se queixas sobre a dificuldade de memorização. A manutenção de uma boa memória está relacionada com o envelhecimento bem-sucedido (PINTO, 1999; YASSUDA, 2002). De acordo com Longoni (2003), predominam estereótipos sobre a relação entre o funcionamento da memória e o seu declínio com o avançar da idade. Essa crença parte tanto da autoavaliação da pessoa idosa quanto das pessoas de um modo geral. De acordo com a autora citada, as próprias pessoas idosas declaram com mais frequência terem problemas de memória.

De fato, encontra-se descrito na literatura que o envelhecimento conduz a um declínio na memória. Na ausência de patologias, tal declínio caracteriza-se como um comprometimento cognitivo leve. No entanto, o declínio não ocorre de forma uniforme e devastadora, visto que nem todos os aspectos mnemônicos são afetados e a grande maioria das pessoas idosas preserva as habilidades cognitivas que lhes permitem viver de forma independente até idades avançadas (YASSUDA, 2002).

Além disso, apesar de o envelhecimento ser contínuo e real, não é único. Assim, não é a idade o fator preponderante para conservar ou melhorar a performance em termos de funcionamento da memória. Fatores outros estão associados, como o estado de saúde, o ambiente, as atividades físicas e mentais, a composição genética, níveis educacional e socioeconômico, estilo de vida, acuidades visual e auditiva e relações sociais (YASSUDA, 2002; LONGONI, 2003).

Certos adultos mantêm intacta a capacidade de armazenar e evocar informações e novos aprendizados (PINTO, 1999). As maiores diferenças entre adultos jovens e mais velhos está na memória de curta duração. Já a memória de longa duração é menos afetada pelo envelhecimento, mantendo-se estável (YASSUDA, 2002).

Estudos relatam que, nas pessoas idosas, as lembranças mais vívidas são aquelas relativas a acontecimentos da adolescência. Essas reminiscências são mais ricas em imagens visuais e em detalhes por se referirem, geralmente, a fatos que aconteceram pela primeira vez. As outras experiências que se repetem durante a vida em período intermediário são menos vívidas pela repetição no cotidiano, perdendo assim o ineditismo (LONGONI, 2003).

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL (TDUCC)**

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) foi formulada pela enfermeira norte-americana Madeleine Leininger. A partir de suas experiências profissionais com crianças, na década de 1960, ela descobriu que os enfermeiros precisavam da compreensão de fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças. Leininger observou que as enfermeiras estavam mais envolvidas no atendimento das necessidades físicas e emocionais dos pacientes, sem prestar atenção aos aspectos culturais (LEININGER, 1985).

Para Leininger (1985), aplicações adequadas do cuidado cultural podem ser úteis para tornar os cuidados de enfermagem uma atividade terapêutica e, assim, atingir os pacientes mais difíceis. O cuidado humanizado ajuda no crescimento, conhecimento e no enfrentamento dos desafios no processo saúde-doença.

A TDUCC foi desenvolvida tendo como base a antropologia e a enfermagem. Da antropologia, adotou o conceito de cultura, e, da enfermagem, o conceito de cuidado. Para Leininger, a cultura corresponde aos modos de vida uniformizados e valorizados das pessoas que influenciam suas decisões e ações. Esses modos de vida pertencem aos grupos, são aprendidos e transmitidos, influenciam e orientam as práticas (WELCH, 2004, p. 568, 571). Nesse sentido, a teórica recomenda que a enfermagem descubra e documente o mundo da pessoa que está sendo cuidada e utilize os seus pontos de vista associados ao conhecimento profissional, para tomar decisões e adotar ações de cuidado congruente.

O cuidado, na perspectiva de Leininger, diz respeito “aos fenômenos abstratos e concretos relacionados com a assistência, o apoio ou o possibilitar de experiências ou de comportamentos no sentido de ou para os outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana” (WELCH, 2004; p. 571). Já o cuidado que seja culturalmente congruente é aquele que leva em consideração os aspectos culturais da pessoa cuidada, agregando mais valor à prática profissional.

O cuidado transcultural está em íntima relação com a integralidade do cuidado humano. Tal cuidado, em suas diversas formas de expressão e de manifestação, pode ser concretizado de formas distintas, equivalente à diversidade, ou similar, correspondendo à universalidade. Tais formas são comuns em diversas culturas. As formas distintas de cuidar, inerentes a cada cultura, com suas características próprias, são decorrentes da sua visão de

mundo, linguagem, religião, do contexto social, político, educacional, econômico, teológico, etno-histórico e ambiental, próprios de cada grupo (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

O cuidado é universal, porém as ações, os padrões, expressões, estilos de vida e significados podem ser diferentes. Para González (2006), o cuidado cultural se refere aos valores e crenças que ajudam, apoiam ou permitem a outras pessoas ou grupos a manter seu bem-estar, melhorar as condições pessoais ou enfrentar a morte ou incapacidade.

A TDUCC tem como objetivo prestar cuidados coerentes com o contexto cultural, buscando as formas comuns que são importantes para o cuidado em cada grupo e as características que são universais. Nesse sentido, conforme Leininger, os valores, as crenças e os modos de vida de cada pessoa ou grupo são tão importantes quanto o da pessoa que cuida (GONZÁLEZ, 2006).

Para Leininger, o cuidado tem formas próprias de expressão em cada grupo cultural e, ao mesmo tempo, possui características universais. Assim, para que o profissional alcance esse nível de compreensão para planejar o cuidado, é preciso entender a visão e a perspectiva da outra pessoa, *émic*, ou a visão interior, seus conhecimentos e suas práticas em consonância com o conhecimento profissional, *étic*, ou a visão exterior. Em última instância, visa a adoção de decisões profissionais que sejam coerentes com os modos culturais, sendo encorajada a adoção da visão *émic*. Uma forma *émic* de coleta de dados conduz a uma visão de mundo própria de cada cultura (WELCH, 2004; GONZÁLEZ, 2006).

A tese central da TDUCC é a de que “se o significado do cuidar cultural conseguir ser totalmente alcançado, o bem-estar ou os cuidados de saúde aos indivíduos, famílias e grupos podem prever-se e pode prestar-se um cuidado culturalmente congruente” (WELCH, 2004, p.570).

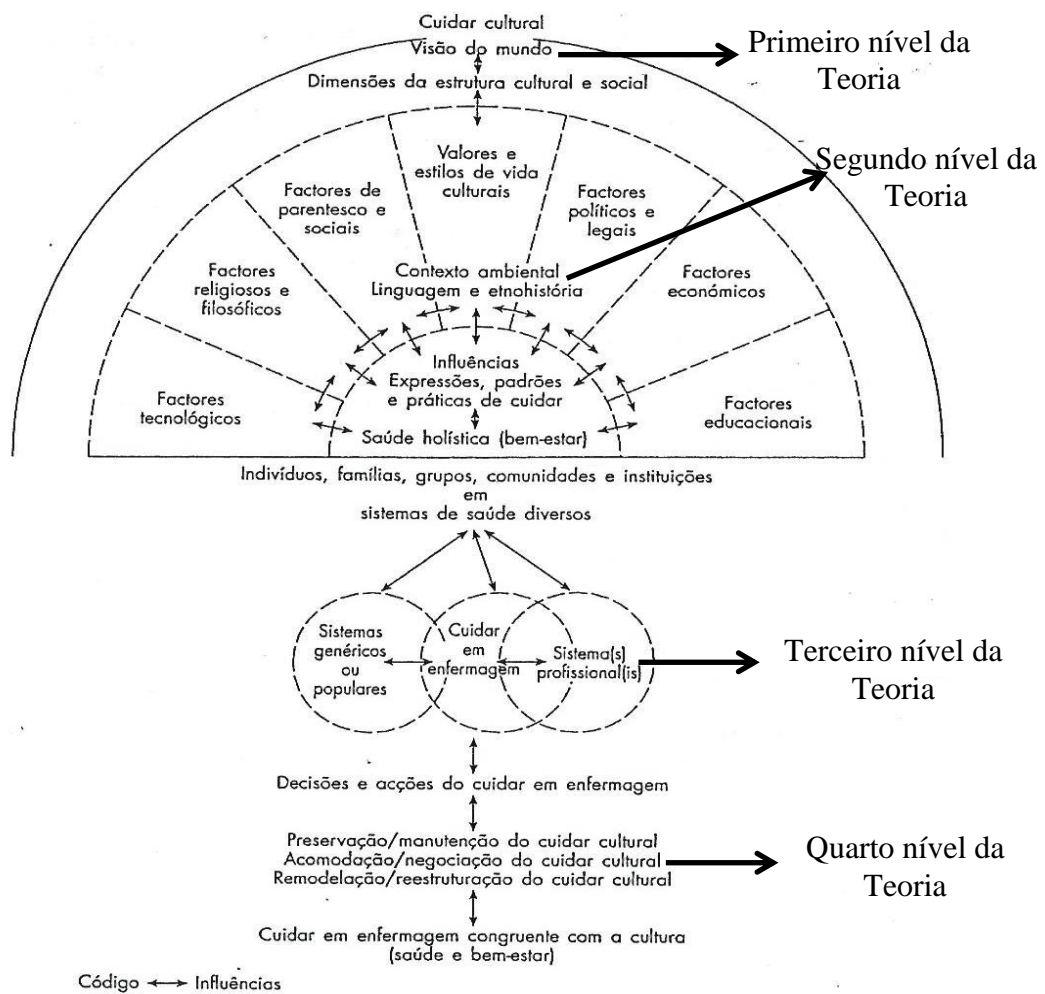
Leal e Ballén (2014) ponderam que o cuidado culturalmente congruente considera que a cultura é um determinante social no processo saúde-doença. Nesse sentido, deve ser valorizado e implementado como forma de superação do modelo biomédico de atenção à saúde. Segundo esse modelo, a cultura é tida como um apêndice, que pode ser desprezível para o adoecimento, a formulação de diagnósticos e a implementação de cuidados. Portanto, é uma visão simplificada e fragmentada dos contextos nos quais vivem as pessoas idosas e todas as outras.

Um cuidado culturalmente congruente está fundamentado na perspectiva antropológica do cuidado, a qual permite a compreensão da diversidade de construções na contextualização e dimensionamento do cuidado à saúde, intrinsecamente ligado ao cuidado

cultural. O cuidado cultural ajuda a compreender o processo saúde-doença-atenção e a visão que a pessoa idosa faz do cuidado e, assim, se aproxima de um modelo holístico (LEAL; BALLÉN, 2014).

A forma lógica *Sunrise* ou Sol Nascente foi criada por Leininger para expressar e descrever os componentes essenciais da sua teoria. Tem como simbologia o nascer do sol em analogia ao cuidar, ou seja, o novo que surge quando o cuidado é culturalmente congruente (Figura 01).

**Figura 01** – Forma lógica do Sol Nascente, ou *Sunrise*, de Leininger para ilustrar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural



**Fonte:** WELCH, A.Z. Madeleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. Cap. 28. In.: TOMEY, A.M.; ALIGOOD, M.R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. Modelos e teorias de enfermagem. Loures (Portugal): Lusociência, 2004. p. 577.

A metade superior do círculo ilustra componentes da estrutura social e fatores da visão de mundo, primeiro nível da teoria, que influenciam o cuidar e a saúde por meio da linguagem, da etno-história e do contexto ambiental, segundo nível da teoria. Esses fatores



também influenciam os sistemas popular, profissional e de enfermagem que se encontram na parte média do modelo e representam o terceiro nível da teoria. As duas metades em conjunto formam um sol, que representa o universo que os enfermeiros têm que considerar para apreciar a saúde e o cuidar humano. São previstos três tipos de cuidar em enfermagem, passando pela decisão e ação: preservação e manutenção do cuidar cultural; acomodação e/ou negociação do cuidar cultural; remodelação e/ou reestruturação do cuidar cultural, os quais representam o quarto nível da teoria (WELCH, 2004, p.576).

Segundo a forma lógica *Sunrise*, os seres humanos são inseparáveis dos seus antecedentes culturais e da estrutura social, da visão de mundo, da história e do contexto ambiental. Ilustra simbolicamente o nascimento de uma teoria com seus elementos estruturais. Os pontos tracejados significam a possibilidade de interação e dos diferentes elementos em uma realidade (ERDTMANN; ERDMANN, 2003).

Chama a atenção também para as influências que os cuidados sofrem, além de descrever como os componentes da teoria interferem na saúde e nos cuidados às pessoas em suas diferentes culturas (GONZÁLEZ, 2006).

A forma lógica *Sunrise* (Figura 01) consta de quatro níveis, indo do mais abstrato, o primeiro, ao mais concreto, o quarto. O nível I é o mais abstrato e o nível IV, o mais concreto.

Primeiro nível: Representa os componentes interdependentes da percepção de mundo e dos sistemas sociais. Permite o estudo da natureza, o significado e os atributos dos cuidados segundo a perspectiva das pessoas, a microperspectiva; fatores mais complexos, a perspectiva média; e os fenômenos transversais em diversas culturas, a macroperspectiva. Influenciam o sistema de saúde. É o maior nível de abstração da teoria.

O segundo nível refere-se aos cuidados e à saúde e engloba as pessoas, as famílias, grupos e instituições em diferentes sistemas de saúde em busca de significados e suas expressões. Proporciona informações sobre o significado e expressões específicas relacionadas com os cuidados em saúde.

O terceiro nível refere-se aos sistemas tradicionais e profissionais, incluindo o profissional enfermeiro que atua dentro de uma determinada cultura e permite identificar a diversidade e a universalidade do cuidado cultural por meio de características e aspectos específicos de cada sistema.

O quarto nível relaciona-se com o nível das ações e decisões dos cuidados de enfermagem. O cuidado é composto pela preservação, acomodação e remodelação dos cuidados culturais, e é neste nível que são desenvolvidos os cuidados congruentes

culturalmente (BRAGA, 1997; ERDTMANN; ERDMANN, 2003; GONZÁLEZ, 2006; BETIOLLI *et al.*, 2013). O conceito de saúde está em destaque na figura, em um núcleo central. Para a teórica, a saúde deve ser entendida de forma ampla de modo que possa promover bem-estar (ORÍÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

A preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/reestruturção, uma vez que parta do conhecimento das crenças e valores relacionados às práticas de saúde, conduzem ao cuidado harmônico com a cultura do paciente, além de nortear decisões, ações e a avaliação do cuidado de enfermagem. Neste estudo, voltado para as pessoas idosas, considera-se que pode conduzir à redução de conflitos culturais e desentendimentos entre idosos e profissionais (SEIMA *et al.*, 2011; BETIOLLI *et al.*, 2013).

Para Welch (2004), a TDUCC é uma teoria com orientação qualitativa, podendo ser aplicada em âmbito mundial, devido à sua polivalência. O cuidado de enfermagem é abordado sob uma visão multicultural e global. Dessa forma, pode ser aplicada tanto a grupos como a pessoas, tendo por fim a prestação de cuidados congruentes com a cultura.

É amplo o campo das possibilidades de aplicação da TDUCC, pois também são amplos os contextos culturais e as semelhanças e diferenças entre as pessoas. Assim, abre um leque que permite entender a universalidade/diversidade cultural e, conseqüentemente, a natureza humana (SEIMA *et al.*, 2011).

A relevância da aplicação da TDUCC está embasada na diversidade cultural existente no Brasil quando se considera as diversas regiões geográficas, climas e etnias presentes. Entretanto, dentro de uma mesma região podem existir diferenças culturais entre capital e interior; zona urbana e rural; centros e periferias; e entre as faixas etárias. Assim, surgem diferentes concepções e expectativas de cuidado, pois a cultural comporta em si grupos que mantêm determinados comportamentos afirmativos de um pertencimento social revelado coletivamente em contextos específicos, que não são individuais, conforme destacam Seima *et al.* (2011).

No que se refere à sua aplicação aos cuidados à pessoa idosa, Souza, Zagonel e Maftum (2007) destacam a necessidade dos enfermeiros conhecerem os valores e crenças desse público. Para tanto, envolve os passos descritos no quarto nível da TDUCC, a preservação/manutenção do cuidado com ações cuidativas centradas na pessoa idosa, no apoio, na ajuda e na instrumentalização da pessoa para o cuidado de si e a preservação da saúde. Envolve também a acomodação/negociação cultural do cuidado, com vistas a ajustar os cuidados necessários à manutenção ou reestabelecimento da saúde. E a

repadronização/reestruturação do cuidado, que pressupõe ações de ajuda à pessoa idosa no processo de modificação de padrões de vida, em busca de padrões de saúde que sejam mais saudáveis.

Ramos e Menezes (2012), em estudo sobre o cuidado a pessoas idosas com demência de Alzheimer, com base nos conceitos principais da TDUCC, concluíram que a Teoria ajudou na percepção dos cuidados prestados como um constructo baseado em diferentes culturas. Para os autores citados, os cuidados são produtos culturais e entender a cultura é um ponto importante para que a enfermagem possa atuar junto às pessoas idosas, cuidando de maneira mais resolutiva.

Diante dos pressupostos, objetivos, conceitos e possibilidades de aplicação da Teoria do Cuidado Cultural, vislumbra-se a sua atualidade junto à compreensão da cultura das pessoas idosas, mas também frente ao fenômeno das migrações. A ONU, em relatório sobre perspectivas populacionais publicado em 2015, trouxe à tona a importância dos movimentos migratórios na época atual. Entre os anos de 2000 e 2015, os países desenvolvidos receberam 2,8 milhões de pessoas por ano, e esse movimento tende a se manter nas próximas décadas (ONU, 2015).

O início do século XXI, no Brasil, foi marcado por um intenso movimento imigratório. O Censo Demográfico de 2010 revelou um crescimento de 86,7% de estrangeiros no Brasil, com relação ao Censo do ano 2000 (IBGE, 2013b). Dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelam que, entre os anos de 1998 e 2013, foram deferidos 2.389 pedidos de refúgio no Brasil.

Os imigrantes são provenientes de países como a Colômbia, Angola e Congo (IPEA, 2013). Entretanto, também se contabiliza as pessoas provenientes de países desenvolvidos, que imigram com o objetivo de trabalhar em empresas de alta tecnologia instaladas no país; os haitianos, que tem aumentado consideravelmente (BILENKY; SANTOS; RIBEIRO, 2015); e as pessoas provenientes de países em guerra civil no Oriente Médio (FREITAS, 2016).

Assim, além das diferenças culturais regionais existentes no Brasil; das diferenças dentro das próprias regiões; e das particularidades das pessoas idosas, vislumbra-se um cenário multicultural que tende a se repetir nos serviços de saúde. Nesse sentido, coaduna-se com os pressupostos da Teoria do Cuidado Cultural, uma vez que a diversidade e a universalidade precisam ser apreendidas para a prestação de um cuidado culturalmente congruente (LEININGER, 2008).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A Teoria do Cuidado Cultural comporta estudos qualitativos que visem a identificação, documentação, predição e explicação de forma sistemática de crenças, valores e práticas de cuidados de pessoas ou grupos, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por determinada cultura, por meio da sua experiência direta e dos seus sistemas de valores (LEININGER, 2005; GONZÁLEZ, 2006; SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007). Utilizaram-se os quatro níveis da forma lógica do *Sunrise* (Figura 01).

Para Spector (2000) e González (2006), a ótica do cuidado cultural possibilita a compreensão das necessidades de saúde de uma determinada pessoa, grupo ou família a partir de um ponto de vista qualitativo. Assim, podem-se planejar cuidados que considerem as diferenças de contexto à qual a pessoa cuidada pertence e à sua situação de chegada ao serviço de saúde. González (2006) defende que a prestação de cuidados culturalmente congruentes pode ser melhorada a partir de conhecimentos que possibilitem a identificação dos modos de viver das diferentes culturas.

O estudo de natureza qualitativa, de acordo com Minayo (2004), busca compreender e apreender a realidade a partir de um universo de trabalho constituído por significados, valores, vivências e intenções, que não podem ser captados por variáveis matemáticas e operações estatísticas. Para Minayo (2008), o método qualitativo é adequado ao estudo de aspectos históricos, relacionais, das representações, das crenças, percepções e opiniões. Esses fatores resultam, segundo a autora, das interpretações que os sujeitos fazem da forma como vivem, sentem e pensam.

Nessa mesma direção, o estudo também está fundamentado em histórias de vida de pessoas idosas, com um recorte temporal para o período da hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. É possível, em história de vida, direcionar a coleta de informações para os pontos de maior interesse, de acordo com os objetivos do projeto (MIRAMÓN, 2012).

A história de vida é empregada para dar voz àquelas pessoas que têm uma representação dentro dos grupos sociais. Desde seus primórdios, sua preocupação fundamental era garantir a permanência da tradição oral por aqueles que, em virtude de larga

experiência de vida, podiam transmitir ensinamentos para gerações futuras. No plano da aplicação da história de vida como método de pesquisa, fundamenta-se na intenção marcante de se aproximar do real concreto e da vida vivida pelas pessoas (POIRIER; CLAPIER-VALLADON; RAYBAUT, 1999).

Uma das finalidades da história de vida é servir como base para a orientação dos cuidados gerontológicos, de forma coerente com as características individuais (AGUILÓ, 2001). A escuta de como as pessoas idosas atribuem sentido à própria vida e elaboram histórias coerentes possibilita estudos sobre a trajetória pessoal do envelhecimento. Possibilita também a valorização do ponto de vista individual, com ênfase na experiência de vida, na identidade como fonte para o próprio desenvolvimento e como legado para gerações futuras (VILLAR, 2006). Assim, é imprescindível para o oferecimento de cuidados individualizados, centrados na pessoa e que valorizem sua trajetória, uma vez que permite a identificação de gostos, costumes e hábitos pessoais (MIRAMÓN, 2012).

Conforme Villar (2006), o ponto mais importante dentro da história de vida é compreender a pessoa a partir de sua perspectiva, considerando-se as razões e justificativas para seu comportamento. Nesse âmbito, é possível coletar as experiências que se consideram significativas na trajetória de vida por lhes ter sido atribuído unidade, propósito e sentido. A história de vida é única na trajetória evolutiva de cada pessoa, porém ela pode expressar um desenvolvimento comum a outros, em algum momento, do curso vital. Dessa forma, complementa Villar (2006), a história de vida é uma construção pessoal e ao mesmo tempo, um produto coerente com a cultura.

O estudo dos relatos sobre a história de vida constitui-se como uma forma privilegiada de estudo sobre o envelhecimento a partir da perspectiva da pessoa que envelhece. Desse modo, permite uma aproximação da pessoa idosa e entender sua lógica que se revela um importante legado a partir da experiência (VILLAR, 2006). “A narração da própria vida é o testemunho mais eloquente dos modos que a pessoa tem de lembrar. É a sua memória” (BOSI, 2007, p. 68).

Villar (2006) destaca que é necessário entender a forma como as pessoas elaboram suas histórias de vida em diversas circunstâncias. Esses conhecimentos podem auxiliar na compreensão da dinâmica dos significados pessoais, das necessidades de adaptações em diferentes situações e dos mecanismos pelos quais as pessoas atribuem sentido à própria vida. O fato de se recordar pode permitir à pessoa sentir-se bem ao compartilhar suas vivências e

emoções, dando valor à experiência passada e fixar as referências pessoais no presente e em perspectivas futuras (MIRAMÓN, 2012).

## 4.2 Campo da pesquisa

Foi escolhido como campo para a pesquisa as três UTIs para adulto de um hospital público, de ensino, de grande porte, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade do Salvador – Bahia.

Trata-se de um hospital geral, de alta complexidade, terciário e de caráter assistencial. É referência nos serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, e outras especialidades médicas. Tem 546 leitos, e atende, diariamente, 850 pacientes no ambulatório de múltiplas especialidades. A unidade de emergência atende pediatria, obstetrícia e adultos, dentre eles os idosos. A emergência funciona como porta aberta; ou seja, atende à demanda espontânea e recebe pacientes provenientes da capital e do interior do estado da Bahia. Realiza, mensalmente, cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos, e 3.500 partos anualmente. A média de atendimentos nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto é de 560 pacientes por dia. Possui o maior complexo de UTI da Bahia, com 109 leitos, sendo 56 de UTI adulto. O fluxo de atendimento é por demanda espontânea e regulação. É certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como um hospital de ensino<sup>1</sup>.

Uma UTI destinada a pacientes adultos é a unidade que conta com equipe básica composta por: médico responsável técnico, médico diarista, médico plantonista e médico cirurgião; enfermeiro coordenador; enfermeiro assistencial; auxiliar ou técnico em enfermagem; fisioterapeuta. Também na UTI existem serviço de higienização; serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; materiais e equipamentos necessários à monitorização e à terapêutica (BRASIL, 2010).

A escolha pelo campo foi baseada no perfil da clientela atendida, que engloba a população idosa, seu caráter público pertencente ao SUS, o fato de ser credenciado como hospital de ensino e por possuir o maior complexo de UTI do estado da Bahia. Assim, espera-se que os resultados possam se reverter, futuramente, em possibilidades de aprimoramento

---

<sup>1</sup> **Fonte:** [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=2927400003859](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2927400003859), <http://maecanguruhgrs.wordpress.com/a-nossa-historia/>

dos serviços prestados, sobretudo no que se refere às pessoas idosas. Almeja-se que os cuidados para com essa população sejam respeitosos, que os valorize, não os discrimine por motivo de idade e tenham como norte a dignidade humana.

O hospital escolhido possui três Unidades de Terapia Intensiva para adultos. A primeira UTI para adultos, aqui denominada de UTI 01, está localizada no andar térreo, contígua à unidade de emergência. Possui quinze leitos, sendo um deles destinado a pacientes que necessitam de algum tipo de precaução – seja respiratória, por contato ou gotículas –, devido à presença de um quadro infeccioso.

O espaço físico dessa UTI é formado por um grande salão retangular, com porta de entrada no lado mais estreito do retângulo, separado do corredor da unidade de emergência por uma porta. Nessa UTI, os quinze leitos são organizados em duas fileiras, lado a lado, sendo uma na lateral direita e outra na lateral esquerda, com cabeceiras encostadas na parede e os pés voltados para o centro. O espaço entre os pés dos leitos forma um corredor que serve para a circulação dos profissionais, familiares, pacientes e deslocamento de macas e leitos. Além da circulação, o corredor serve também como espaço de apoio para a equipe, visto que existem mesas que são utilizadas para a realização de registros e como suporte para os prontuários.

Existem divisórias fixas entre as unidades dos pacientes<sup>2</sup>, porém a separação foi feita com material do tipo compensado e a uma altura que permite a um adulto em pé visualizar todo o setor. Os espaços aos pés dos leitos são abertos, sem cortinas ou portas, permitindo a visualização de pacientes que estejam localizados no lado oposto. Quando é necessário privacidade para a realização de procedimentos que exijam a exposição corporal dos pacientes, usam-se biombos, e, na indisponibilidade, improvisa-se com o recurso esteja disponível, como lençóis.

O posto de enfermagem fica localizado ao fundo, no lado oposto à porta de entrada. A iluminação é artificial, por meio de lâmpadas centrais, que iluminam todos os leitos igualmente. Não existem janelas e isto impossibilita a visão externa pela equipe e pelos pacientes; dificulta a distinção entre os períodos do dia; e impede a iluminação natural. Destaca-se, entretanto, que existem grandes fotografias de paisagens coladas nas paredes laterais, acima das cabeceiras dos leitos. Não foram identificados relógios nas paredes em posições que fossem visíveis pelos pacientes.

---

<sup>2</sup> Denomina-se unidade do paciente o espaço físico que contém um leito, dispositivos de monitorização e terapêutica, tomadas, interruptores, fluxômetros para gases medicinais, mesa de cabeceira, escada, poltrona, utensílios, medicamentos e pertences pessoais de cada paciente.

Assim como a iluminação é igual para todos os leitos, não permitindo fazer uma individualização quando há menos necessidade de luz nas unidades dos pacientes, o ar condicionado é central, sem controle da temperatura no setor. Desse modo, não é possível ajustar a temperatura em um nível confortável para os pacientes e profissionais.

Os pacientes admitidos nessa UTI têm perfil clínico geral, são provenientes, prioritariamente, da unidade de emergência e são atendidos pela equipe multiprofissional. A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira coordenadora, 21 enfermeiros assistenciais e 42 técnicos em enfermagem. Cada enfermeiro fica responsável, em cada plantão, pelo cuidado de quatro pacientes e cada técnico em enfermagem, por três, em média.

A segunda UTI é a maior entre todas as outras do hospital, com 22 leitos. Também está localizada no andar térreo, porém em lado oposto à UTI 01. Seu espaço físico tem formato de “L”, o que permite sua subdivisão em duas alas, com comunicação entre si, porém com acessos distintos.

Observou-se que, na UTI 02, há uma melhor estrutura física em relação à UTI 01, visto que seu espaço físico foi planejado para funcionar como UTI. As unidades do paciente estão organizadas nas laterais, lado a lado, com cabeceiras dos leitos voltadas para a parede e os pés voltados para um corredor central. São divididas entre si por cortinas móveis, presas no teto, e que se deslocam em um trilho, o que permite o fechamento total e a manutenção privacidade durante a realização de procedimentos.

Do mesmo modo que na UTI 01, a iluminação é geral, sem individualização nos leitos e não há luz natural ou vista para o exterior da unidade. A temperatura do ar condicionado é controlada em um nível central, fora do setor, impossibilitando o ajuste da temperatura em um nível confortável aos pacientes e à equipe. Os postos de enfermagem estão localizados nos lados extremos das duas alas, onde também ficam as mesas e balcões para uso dos profissionais.

É uma unidade com perfil de atendimento geral para adultos, com demandas clínicas e cirúrgicas. Atende às demandas de admissão de pacientes provenientes da emergência, do centro cirúrgico e das enfermarias. Também conta com uma equipe multiprofissional. A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira coordenadora, 25 enfermeiros assistenciais e 51 técnicos em enfermagem. Assim como na UTI 01, cada enfermeiro também fica responsável, em cada plantão, pelo cuidado de quatro pacientes, e cada técnico em enfermagem, por três, em média.



Chama a atenção a existência de um altar na área de acesso a essa unidade. Nesse altar estão dispostas diversas imagens de santos, fitas do Senhor do Bonfim, terços, folhetos com mensagens religiosas, exemplares da Bíblia e cartas escritas por pacientes e familiares em agradecimento à equipe multiprofissional. Nesta pesquisa, denomina-se essa unidade por UTI 02.

A terceira UTI para adultos do hospital, identificada como UTI 03, está localizada no primeiro andar, próxima a um setor de internamento. É separada das enfermarias por uma porta e tem acesso controlado, assim como nas unidades 01 e 02. Essa UTI possui oito leitos, os quais são organizados em duas alas. Em cada ala ficam quatro leitos.

As unidades dos pacientes são separadas entre si por divisórias fixas feitas com material do tipo compensado, a uma altura que permite a um adulto, de pé, visualizar todo o setor. Não existem cortinas fixas. Quando há necessidade de privacidade dos pacientes, utilizam-se biombos móveis; porém, quando estes não estão disponíveis, improvisa-se com lençóis.

Em toda ala há iluminação geral, sem possibilidade de individualização para cada paciente. O controle do ar condicionado também é feito em nível central. Na UTI 03 existem janelas que permitem a entrada de luz externa e a possibilidade de orientação quanto ao período do dia.

Atende a pacientes com perfil cirúrgico, admitidos principalmente em pós-operatório imediato<sup>3</sup>. Também conta com atendimento de uma equipe multiprofissional, e a equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira coordenadora, 11 enfermeiros assistenciais e 20 técnicos em enfermagem. A distribuição de profissionais de enfermagem por pacientes segue o mesmo padrão das UTIs 01 e 02, onde cada enfermeiro fica responsável pelo cuidado de quatro pacientes e cada técnico em enfermagem, por três, por plantão.

Destaca-se que, de acordo com as normas institucionais, que não há permissão para o acompanhamento pelos familiares de pacientes internados nas UTIs. O acompanhamento só é permitido quando uma pessoa menor de idade é internada em alguma dessas unidades. Existem dois horários de visita por dia, um pela manhã e outro à tarde, sendo o boletim médico informado no final da visita vespertina. Em cada horário, é permitido o acesso de até três pessoas para visitar as pessoas hospitalizadas.

---

<sup>3</sup> Denomina-se de pós-operatório imediato o período compreendido entre o término de uma cirurgia e as primeiras 24 horas seguintes.

### 4.3 Participantes do estudo

A pesquisa teve como participantes quatorze pessoas idosas que foram hospitalizadas nas três UTIs do lócus do estudo, no período de janeiro de 2013 a maio de 2015. A quantidade de participantes foi delimitada partindo-se do princípio de que a representatividade do *corpus* é mais relevante do que o seu tamanho, segundo Bauer e Aarts (2015).

Observou-se a recomendação proposta por Bauer e Aarts (2015) no que diz respeito aos passos para a composição do *corpus* da pesquisa, tais como: seleção preliminar por meio da definição de critério para a inclusão e exclusão; conhecimento da variedade dos temas emergentes; e, por fim, a ampliação do *corpus* até o alcance de respostas em tal profundidade e variedade que permitam uma generalização, caracterizando assim um processo cíclico.

Os autores citados (BAUER; AARTS, 2015) assumem como critério para a finalização das entrevistas a saturação das respostas, ou seja, o limite a partir do qual não surgem mais temas novos. No entanto, optou-se pela finalização das entrevistas a partir do ponto em que já seria possível uma generalização das respostas. Entende-se que, dada a singularidade e individualidade das experiências vividas pelas pessoas idosas, há sempre a possibilidade do surgimento de novos temas, sem haver uma saturação.

Foram adotados como critérios de inclusão: ter idade a partir de sessenta anos; ter sido hospitalizado em uma das três UTIs por um período mínimo de 72 horas, entre janeiro de 2013 e maio de 2015; e ter condições cognitivas de participar do estudo verificado por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). Foram excluídos do estudo os idosos que moravam fora de Salvador – BA, cujo internamento aconteceu entre janeiro de 2013 e outubro de 2014, devido à impossibilidade de deslocamento para realização das entrevistas em outras localidades.

Escolheu-se o tempo mínimo de permanência na UTI de 72 horas com base nos resultados da pesquisa de Veszli *et al.* (2013), os quais relatam que pessoas que permanecem internados em UTI por mais de três dias são mais acometidas por piora na capacidade funcional, aumento da dependência de outras pessoas na primeira semana após a alta, ocorrência de transtorno de humor e sonolência durante o dia.

O MEEM é um teste de avaliação da capacidade cognitiva que foi desenvolvido por Folstein em 1975. Por meio do MEEM, avalia-se a atenção, orientação, memória, linguagem, habilidades construtivas, cálculo, raciocínio e capacidade de abstração. Uma das vantagens de sua utilização é a facilidade e rapidez na aplicação; no entanto, ao aplicá-lo, precisa-se levar

em consideração a escolaridade dos pacientes, utilizando-se o fator de correção, caso seja necessário. Considerou-se 18 como ponto de corte para pessoas analfabetas e 26 para pessoas com escolaridade superior a oito anos, conforme Andrés; Correa (2006) e Brasil, (2006).

Acredita-se que dar voz à pessoa idosa para que narre suas memórias enquanto pacientes em processo de adoecimento e que necessitou de hospitalização em UTI pode trazer relatos ricos em conteúdo e significados. Significa ouvir sobre a hospitalização e o cuidado a partir daqueles que foram os receptores diretos das ações dos profissionais da saúde. Em suas memórias, podem relatar o que lembram sobre o adoecimento, a espera por uma vaga de UTI, a entrada, a permanência, a expectativa de melhora e a alta.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2014 e maio de 2015. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada fundamentada na técnica da história de vida. As entrevistas foram gravadas em aparelho gravador de áudio digital, após a autorização dos participantes.

Os acontecimentos de maior impacto são mais marcantes nas histórias de vida das pessoas, como a experiência do sofrimento e da morte (MIRAMÓN, 2012). As entrevistas sem uma estrutura fechada permitem revisar, contrastar, complementar e adicionar informações à medida que se vai estabelecendo contato com a pessoa entrevistada (AGUILÓ, 2001). A rememoração de uma história de vida não acontece de forma objetiva, mas conforme é sentida e interiorizada. Assim, auxilia na compreensão da pessoa de maneira global, conhecendo-se suas razões e justificativas para seu comportamento (VILLAR, 2006).

O instrumento de coleta de dados foi composto por três partes (APÊNDICE A). A primeira parte foi destinada à coleta de informações sobre a caracterização sociodemográfica das pessoas idosas; a segunda parte foi destinada à coleta de dados sobre a história clínica, como o diagnóstico médico da admissão, a presença de doenças crônicas não transmissíveis e o tempo de permanência na UTI; e a terceira parte continha as questões organizadas em eixos condutores para a coleta das histórias de vida, relacionadas com a hospitalização na UTI.

A entrevista, em história de vida, tem por fim coletar o saber do qual os participantes são detentores. Pede-se aos participantes que contem suas histórias pessoais, que são reveladoras de um vivido social, ou seja, um testemunho individual, considerando-o como amostra do grupo (POIRIER; CLAPIER-VALLADON; RAYBAUT, 1999).

Adotaram-se dois procedimentos diferentes para a seleção dos participantes e realização das entrevistas, de acordo com a data do internamento: de novembro de 2014 a maio de 2015, após a alta da UTI; e entre janeiro de 2013 e outubro de 2014, após a alta hospitalar.

Para os internamentos ocorridos entre janeiro de 2013 e outubro de 2014, optou-se por incluir apenas a UTI 02. Justifica-se a escolha por esta unidade visto que possuía a maior quantidade de leitos – 22 no total – e, por consequência, realizava a maior quantidade de hospitalizações, resultando em um grande volume de internamentos de idosos, possíveis de ser localizados dentro do tempo determinado para a permanência no campo da pesquisa.

Para a coleta de dados com as pessoas idosas ainda hospitalizadas, no período de novembro de 2014 a maio de 2015, foi adotado o procedimento descrito a seguir. 1) Identificação, nas UTIs, da pessoa idosa que tenha permanecido hospitalizada pelo período mínimo de 72 horas e que tenha recebido alta para uma enfermaria no hospital. 2) Aproximação com a pessoa idosa, na enfermaria; esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa; as justificativas; os objetivos; os procedimentos para a coleta, análise e utilização dos dados; os possíveis riscos, desconfortos e qual conduta seria adotada na vigência destes; os possíveis benefícios da pesquisa; a autonomia para participar do estudo, deixando claro que teriam liberdade para decidir, sem nenhum tipo de pressão ou coação, podendo dela sair a qualquer momento sem prejuízo algum para a continuidade do tratamento no hospital. 3) Convite à participação no estudo e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra, com o pesquisador. 4) Aplicação do MEEM. 5) Realização da entrevista.

Para os internamentos ocorridos entre novembro de 2014 e maio de 2015, as entrevistas foram realizadas no próprio hospital ou em local escolhido pelos participantes, após a alta da UTI. Dentro desse período, conseguiu-se realizar nove entrevistas. Destas, apenas uma participante optou por conceder a entrevista no domicílio, pois já se encontrava de alta hospitalar no momento da abordagem e do convite à participação na pesquisa.

Para a coleta de dados com as pessoas idosas após a alta hospitalar, com vigência da hospitalização compreendendo o período entre janeiro de 2013 e outubro de 2014, foi adotado o procedimento descrito a seguir: 1) Identificação dos nomes das pessoas idosas no livro de registro dos internamentos na UTI 02, com internamento entre janeiro de 2013 e outubro de 2014, que receberam alta (APÊNDICE C). 2) Solicitação ao Serviço de Arquivo Médico e

Estatística (SAME) do acesso aos prontuários dos pacientes idosos listados como possíveis participantes da pesquisa, com a finalidade de localizar o endereço e o número de telefone para contato (APÊNDICE D). 3) Identificação nos prontuários disponibilizados pelo SAME, dos números de telefone para contato e endereço dos possíveis participantes, residentes no município de Salvador – Bahia (APÊNDICE E). 4) Realização de contatos telefônicos, fornecimento de explicações sobre a pesquisa e solicitação de permissão para ir ao domicílio dos participantes, uma vez que atendessem aos critérios de inclusão. 5) Quando aconteceu o contato presencial, foram fornecidas explicações detalhadas sobre a pesquisa, conforme descrito anteriormente, feito o convite à participação no estudo e solicitada a assinatura do TCLE, em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra, com o pesquisador. 5) Aplicação do MEEM. 6) Realização das entrevistas, em local escolhido pelos participantes.

O início da coleta de dados aconteceu no mês de novembro de 2014, com o levantamento das informações sobre os idosos que foram hospitalizados no período de janeiro de 2013 a outubro de 2014 e, portanto, já haviam recebido alta. No período de 2013 a 2014 ocorreram 1.392 hospitalizações na UTI 02, sendo 648 (46,5%) de pessoas idosas (Quadro 01).

**Quadro 01 - Quantidade de pessoas idosas internadas em UTI de um hospital público de ensino de Salvador - BA, entre 2013 e 2014. Salvador, Bahia, Brasil, 2016**

	<b>Total</b>	<b>%</b>
Admissões de pessoas idosas <sup>4</sup>	648	100
Óbito	257	39,7
Permanência inferior a 72 horas, excluídos da pesquisa	103	15,9
Sem informação sobre o tempo de permanência	50	7,7
Elegíveis para entrevista (até outubro de 2014) <sup>5</sup>	207	31,9
Hospitalizações entre novembro e dezembro de 2014, não incluídos no levantamento para entrevista no domicílio	31	4,8

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

<sup>4</sup> Referente às admissões na UTI 02, entre 2013 e 2014.

<sup>5</sup> Delimitou-se o levantamento para a possibilidade da realização de entrevista no domicílio até o mês de outubro de 2014 porque a coleta de dados teve início em novembro do mesmo ano. Os pacientes elegíveis, de acordo com os critérios de inclusão, que receberam alta de uma das UTIs a partir desse mês, foram entrevistados ainda no hospital ou em local escolhido por eles.

A partir do levantamento inicial no livro de registro da UTI 02 e em planilha do Excel fornecida pelo hospital, excluíram-se os idosos que foram a óbito, os que tiveram tempo de internamento inferior a 72 horas e aqueles sem preenchimento de informação sobre o tempo de permanência. Assim, para o período de janeiro de 2013 a outubro de 2014, conseguiu-se listar 207 idosos elegíveis para serem incluídos na pesquisa, como pode ser verificado no Quadro 01.

De posse de tal lista, solicitou-se ao SAME a disponibilização dos prontuários para coleta de informações sobre o endereço de residência e o número do telefone para contato das pessoas idosas. Dos 207 prontuários solicitados, o SAME disponibilizou o acesso a 117 (56,5%). Desse total, foram excluídos 63 (53,85%) por óbito fora da UTI; 30 (25,6%) devido à pessoa idosa morar no interior do estado da Bahia; e 02 (1,75%) por divergência da informação da idade, pois tinham menos de 60 anos, como pode ser verificado no Quadro 02.

**Quadro 02** - Quantidade de pessoas idosas que receberam alta da UTI de um hospital público de ensino de Salvador – BA, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2014, elegíveis para a entrevista. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

	<b>Total</b>	<b>%</b>
Prontuários solicitados ao SAME <sup>6</sup>	207	100
Prontuários não fornecidos pelo SAME	90	43,5
Prontuários fornecidos pelo SAME	117	56,5
<b>Excluídos</b>	<b>63</b>	<b>53,8</b>
– Óbito no hospital, fora da UTI	31	26,5
– Mora no interior da Bahia	30	25,6
– Divergência de idade (menos do que 60 anos)	02	1,7
<b>Incluídos para tentativas de localização e de realização das entrevistas</b>	<b>54</b>	<b>46,2</b>
<b>Informações obtidas após o contato telefônico</b>		
– Óbito em outros hospitais	14	11,9
– Mora no interior da Bahia (divergência de endereço no prontuário)	07	6,0
– Sequela neurológica informada por familiares (défice motor, na fala ou na cognição)	05	4,3
– Mudou-se para outro estado	02	1,7
– Insucesso às tentativas de localização por meio dos números de telefone informados no prontuário	15	12,8
– Localizados, mas não entrevistados por impossibilidade de agendamento das entrevistas	06	5,1
– Idosos entrevistados	05	4,3

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

<sup>6</sup> Referentes aos idosos que receberam alta da UTI 02 entre janeiro de 2013 e outubro de 2014.

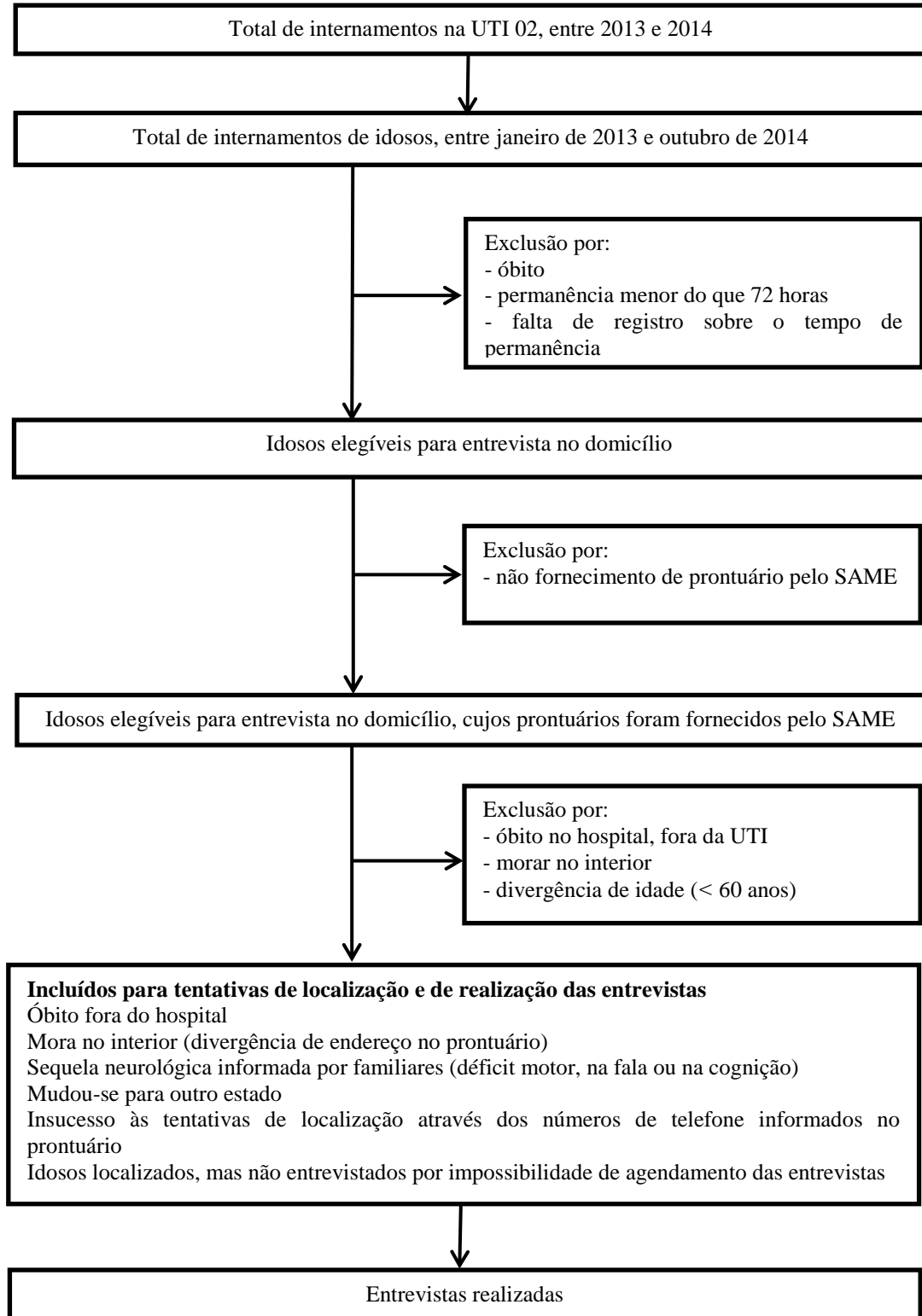
Após o levantamento nos prontuários, incluiu-se 54 idosos (46,2%) cujos endereços eram de Salvador - BA, para uma primeira tentativa de contato e realização das entrevistas. Durante os contatos telefônicos, foram excluídos aqueles cujos familiares informaram a ocorrência do óbito em outros hospitais; os que haviam se mudado para o interior do estado da Bahia ou outros estados; aqueles cujos familiares informaram a presença de sequela neurológica; aqueles com os quais não se obteve sucesso às tentativas de contato telefônico; e os que não foi possível agendar entrevistas por indisponibilidade de horário pelos participantes. Ao final, do total de 117 prontuários disponibilizados pelo SAME, conseguiu-se realizar apenas cinco entrevistas (4,3%), como pode ser verificado no Quadro 02. Para a constituição do *corpus* da pesquisa e o processamento dos dados, utilizaram-se todas as entrevistas realizadas, referentes às hospitalizações ocorridas nos anos de 2013, 2014 e 2015.

A Figura 02 ilustra os passos seguidos para a entrevista das pessoas idosas cujos internamentos ocorreram entre janeiro de 2013 e outubro de 2014.

De acordo com a técnica da história de vida, algumas entrevistas não se esgotaram no primeiro encontro, sendo necessário agendamento de uma nova data para a exploração suficiente dos temas. Um dos aspectos importantes em história de vida é que o entrevistado fale em seu próprio ritmo, cabendo ao entrevistador buscar os temas ainda não explorados. Após o término, as entrevistas foram transcritas pelo pesquisador e preparadas para o processo de análise.

Como explicitado acima, foi utilizado como critério temporal para a inclusão no estudo o tempo mínimo de 72 horas de hospitalização na UTI. Não foi definido tempo máximo de hospitalização para a coleta de dados, visto que, conforme relatam Cuartas (2010) e Izquierdo (2011), a forma final da memória de longa duração leva em torno de três a oito horas para ser alcançada. A recuperação da memória de longa duração pode acontecer quando há lembrança de algum evento relacionado no momento de guardar a informação ou quando há relação com algo muito importante emocionalmente para a pessoa.

**Figura 02** - Estratégia de localização das pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino de Salvador – BA, entre janeiro de 2013 e outubro de 2014. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.



#### 4.5 Técnica de análise

Os dados foram analisados por meio do *software* estatístico ALCESTE (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos do Texto). O ALCESTE é um *software* que analisa dados textuais por meio da identificação da organização tópica de discursos. Foi criado na França na década de 70 do século XX, por Max Reinert. O criador do programa sentia a necessidade de, frente às problemáticas sociais presentes no cotidiano de pesquisadores, desenvolver uma técnica que fosse capaz de analisar materiais linguísticos, como os resultados provenientes de perguntas abertas (ALBA, 2004; SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

Diversos estudos têm destacado a importância desse *software* para a análise textual estatística em pesquisas qualitativas. Para Saraiva, Coutinho e Miranda (2011), o ALCESTE contribui para explicar fenômenos complexos. Azevedo e Miranda (2012) e Azevedo, Costa e Miranda (2013) destacam que a análise estatística de dados textuais considera o fenômeno qualitativo estudado na medida em que fornece critérios resultantes do *corpus* para a interpretação, e assim o qualifica como um indicador de um fenômeno científico. Já Alba (2004) destaca a sua utilidade como ferramenta para análise de material discursivo por meio da localização do mundo lexical pela associação de palavras que coocorrem nas frases. Por meio desse procedimento, conforme a autora citada, é possível descobrir as associações entre os temas menos acessíveis à análise categorial tradicional.

A utilização do *software* ALCESTE possui como vantagem, com relação a outras técnicas de análise, a apresentação de resultados que fornecem uma visão geral de um *corpus* volumoso dentro de um espaço curto de tempo (KRONBERGER; WAGNER, 2015). Dessa forma, possibilita o emprego de mais tempo à análise e interpretação dos resultados (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Para Alba (2004), a originalidade do *software* ALCESTE reside na ideia da localização dos mundos lexicais que compõem os discursos, por meio da análise da associação das palavras principais que aparecem juntas nas frases. Assim sendo, segundo Nascimento e Menandro (2006), mediante uma análise objetiva, contribui para a redução de resultados que confirmem as suposições prévias do pesquisador sobre o *corpus*. Além disso, são incorporados gráficos e figuras que facilitam a visualização e interpretação dos resultados, possibilitando a escolha dos mais adequados aos objetivos do estudo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Os procedimentos estatísticos empregados pelo *software* aplicam-se aos dados provenientes de entrevistas, obras literárias, artigos, jornais, revistas ou de outras fontes textuais. Tem como base de funcionamento a ideia de que há relação entre o contexto linguístico e a representação coletiva, ou ainda entre a unidade de contexto e o contexto típico. Entende-se como unidade de contexto o enunciado mínimo de um discurso com sentido, pertencente a um sujeito e referente a um objeto e ao mesmo tempo, à própria pessoa que fala. A repetição de um contexto típico representa as ideias comuns entre o grupo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O objetivo da análise com o *software* ALCESTE é fazer uma classificação estatística a partir dos textos em estudo, tomando por base a distribuição das palavras em cada enunciado e, assim, apreender aquelas que são mais características (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011). Kronberger e Wagner (2015) acrescentam ainda a possibilidade de distinção de classes de palavras representativas de várias formas de discurso, relacionadas com o tema de interesse. Conforme Saraiva, Coutinho e Miranda (2011, p. 68), o pressuposto subjacente à análise com o programa ALCESTE é que “a verbalização de ideias e pensamentos implicam o suporte de uma língua, a enunciação de ideias e crenças, onde se expressam pontos de vista.” Visa distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito do objeto de estudo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006) e, assim, descobrir as informações essenciais contidas no *corpus* da pesquisa (IMAGE, 2012) e pô-las em evidência (ALBA, 2004).

O *software* ALCESTE quantifica o texto visando extrair as suas estruturas mais significativas, as quais estão relacionadas à distribuição das palavras, visto que essa distribuição não é aleatória (IMAGE, 2012). Por meio da análise da distribuição do vocabulário no texto, identificam-se os traços característicos da dinâmica do emprego da linguagem. Como resultado, obtém-se uma figuração representativa do objeto do estudo, a qual norteará a compreensão e a construção do sentido por meio do processo interpretativo (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

A apreensão da noção do mundo lexical é um processo importante nesse tipo de análise. É por meio das palavras empregadas para comunicar ideias e opiniões que o mundo lexical se revela e, a partir delas, identifica-se o sentido do pensamento (SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011). Da mesma forma, o sentido de uma sentença pode ser identificado à medida que determinadas palavras ocorram juntas nas frases e que são repetidas pelo maior número de participantes. Para as autoras citadas, isso é possível porque as

diferentes opiniões de um determinado grupo social, sobre um objeto, resultam em diferentes maneiras de falar sobre ele, e por meio do vocabulário detectam-se os diferentes modos de pensar sobre o objeto.

O mundo lexical pode ser estudado por meio da análise da organização e da distribuição das palavras principais em coocorrência nos enunciados do texto. Então, toma como foco a distribuição estatística de sucessões de palavras que compõem os enunciados do texto, sem considerar a sintaxe, mas a presença simultânea de diversas palavras funcionais ou com conteúdo, como substantivos, adjetivos e verbos, no mesmo enunciado. As palavras relacionais, como conjunções, preposições e artigos, não são consideradas na análise. A função das palavras principais é indicar o conteúdo do enunciado; já as palavras relacionais indicam o tipo de relação entre as palavras principais. Essa ideia baseia-se no fato de que as palavras principais expressam as ideias de mundo e as relacionais possuem um papel secundário (ALBA, 2004; KRONBERGER; WAGNER, 2015).

A técnica de análise pela ferramenta ALCESTE parte do pressuposto de que a análise das sucessões de palavras principais ou plenas em um *corpus* permite distinguir os mundos lexicais ou os lugares de enunciação mais significativos. Como alguns mundos lexicais são mais repetidos do que outros, a análise da frequência de aparição permite estabelecer as diferenças que compõem o texto. O lugar da enunciação evocado pela pessoa que fala se define em oposição a outros lugares e, assim, o mundo lexical não se define por si, mas em relação aos outros. Essa oposição é captada pela discriminação estatística do vocabulário (ALBA, 2004).

Os mundos lexicais são conjuntos de palavras principais repetidas no texto e que se referem à mesma ideia. Entretanto, não se trata da simples comparação da distribuição estatística das palavras no *corpus*, mas de evidenciar as estruturas formais da coocorrência nos enunciados. Para a identificação das estruturas das repetições do vocabulário, considera-se que o *corpus* é formado por um conjunto de enunciados simples ou elementares. A fim de obter o tratamento estatístico, o texto é organizado em uma tabela binária que cruza em linha os enunciados simples que o conforma e em coluna o vocabulário utilizado, ou seja, o conjunto de palavras principais que compõem os enunciados. Assim, a análise acontece em dois níveis, sendo o primeiro formado pelo conjunto de enunciados e o segundo, pelos enunciados como conjunto de vocábulos (ALBA, 2004; KRONBERGER; WAGNER, 2015).

Camargo (2005) destaca pontos fortes para a escolha do *software* ALCESTE como técnica para a análise de dados. Segundo o autor citado, esse *software* emprega uma análise de

classificação hierárquica descendente; permite uma análise lexicográfica do texto, por meio da contagem da frequência de palavras; e oferece contextos caracterizados pelo vocabulário e pelos segmentos de texto no qual o vocabulário está inserido.

O uso da ferramenta ALCESTE auxilia na análise de textos densos e com sentidos diversos. O tratamento estatístico de *corpus* volumoso apresenta ainda como vantagem a economia de tempo com o tratamento analítico dos dados obtidos (AZEVEDO; MIRANDA, 2012; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

De acordo com Nascimento e Menandro (2006), o programa ALCESTE não efetua cálculo de sentido do texto, mas organiza um discurso em tópicos, deixando em evidência os mundos lexicais. O vocabulário corresponde a um traço, uma referência ou intenção do sujeito-enunciador. Traz como pressuposto a ideia de que as diferenças pessoais produzem distintas maneiras de falar. Assim, por meio do vocabulário é possível detectar as formas de pensar sobre um determinado objeto.

O material proveniente da gravação das 14 entrevistas foi transcrito e conferido, passando a constituir as Unidades de Contexto Iniciais (UCI) da pesquisa. Cada entrevista é reconhecida pelo *software* ALCESTE como uma UCI, e o conjunto delas constitui o *corpus* de análise. Esse *corpus* foi organizado em um banco de dados conforme as regras recomendadas para a preparação e processamento adequado do material coletado (ALBA, 2004; CAMARGO, 2005; MARQUES, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; MAGNABOSCO-MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009; SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011; AZEVEDO; MIRANDA, 2012; GUTZ; CAMARGO, 2013; IMAGE, 2012; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013; KRONBERGER; WAGNER, 2015).

O material proveniente das entrevistas foi organizado em arquivo único do Word; foram retiradas as perguntas e as falas do pesquisador durante as entrevistas; foi feita a correção dos erros gramaticais, de digitação e de pontuação; supressão de espaços extras entre palavras ou após vírgulas e pontos; retirada de sinais que não são reconhecidos pelo *software*, como hífen, aspas, cifrão, porcentagem e asterisco; o asterisco foi utilizado somente nas linhas de comando, ou seja, na linha de identificação de cada UCI, a qual contém os caracteres que identificam cada entrevista e a separa das demais; os hifens foram substituídos por um traço subscrito ( \_ ); foi feita substituição das letras maiúsculas por minúsculas, inclusive nas siglas; os termos compostos que necessitavam de análise como único sentido foram ligados por traços subscritos, como, por exemplo, segunda\_feira; e foram suprimidos os parágrafos, ficando assim um texto contínuo.

Cada entrevista foi separada por linhas com asteriscos, e os caracteres escolhidos para a sua identificação (Quadro 03). Conforme a regra para a preparação do *corpus*, começou-se com quatro asteriscos e, em seguida, após um espaço simples, escreveram-se os caracteres referentes a cada entrevista, idade, sexo, local de realização da entrevista e ano do internamento da pessoa idosa entrevistada.

A escolha desses indicadores pode ser justificada pela possibilidade de se encontrar diferenças entre o grupo pesquisado. No Brasil, considera-se como idosa aquela pessoa com idade a partir de 60 anos. No entanto, há uma grande variabilidade entre um grupo de 60 a mais de 100 anos, de modo que as características da velhice podem se diferenciar conforme a faixa etária.

No que diz respeito ao sexo, estudos comprovaram que há diferença entre a forma como homens e mulheres pensam e, conseqüentemente, rememoram. As mulheres possuem mais memórias e habilidades sociais, enquanto os homens possuem mais habilidades motoras e melhor senso de orientação. Essas diferenças se devem às localizações das conexões entre os neurônios, em regiões específicas do cérebro. Os homens possuem mais conexões nas regiões frontal e occipital do cérebro, ao passo que as mulheres possuem mais conexões cruzadas entre os hemisférios. Tais diferenças explicam as características distintivas na forma de pensar entre homens e mulheres (INGALHALIKAR *et al.*, 2014).

Já o local de realização da entrevista, domicílio ou hospital, poderia sugerir alguma diferença com relação ao conteúdo rememorado. Partiu-se do pressuposto de que em suas casas, as pessoas idosas poderiam se sentir mais livres para falar sobre suas experiências, sem interferência direta do ambiente hospitalar. Já a escolha período do internamento foi escolhida as memórias de anos anteriores, 2013 e 2014, estão relacionadas com as memórias mais e próximas ao conceito de memória de longa duração. Dessa forma, também poderiam sugerir diferenças com relação às memórias relativas às hospitalizações ocorridas no ano de 2015, paralela ao período de coleta de dados.

**Quadro 03** - Características das linhas de comando para identificação das Unidades de Contexto Iniciais do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Entrevista	Idade (anos)	Sexo	Local da entrevista	Ano do internamento
*e_01	*id_1: 60 a 69 *id_2: 70 a 79 *id_3: 80 a mais	*s_1: Feminino *s_2: Masculino	*lc_1: Domicílio *lc_2: Hospital	*int_1: 2013 e 2014 *int_2: 2015

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Com relação à entrevista, foi identificada por um asterisco seguido pela letra “e” minúscula seguida por um traço subscrito e o respectivo número de ordem da realização. A idade dos participantes foi identificada pelo asterisco seguido do caractere “id” em minúsculo; logo após, o traço subscrito e a faixa etária na qual se encontrava cada participante. De acordo com a distribuição etária dos idosos, criaram-se três classes: \*id\_1, para os idosos entre 60 e 69 anos; \*id\_2, para os que tinham entre 70 e 79 anos; e \*id\_3, para os que tinham 80 anos ou mais.

O sexo dos participantes foi identificado por um asterisco seguido pela letra “s” minúscula, traço subscrito e o número 1, para o sexo feminino ou 2, para o sexo masculino. O local de realização da entrevista foi identificado pelo asterisco e, em seguida, as letras “lc” minúsculas, com traço subscrito e os número 1, para as entrevistas realizadas no domicílio da pessoa idosa, ou 2, para as entrevistas realizadas no hospital. O ano de internamento foi identificado pelo asterisco, seguido pela abreviatura “int” escrita em letra minúscula, por um traço subscrito e os números 1, para os internamentos relativos aos anos de 2013 e 2014, ou 2, para os internamentos ocorridos em 2015. O Quadro 04, a seguir, exemplifica as linhas de comando para participante.

**Quadro 04** - Linhas de comando para identificação das Unidades de Contexto Iniciais do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Entrevista	Idade	Sexo	Local da entrevista	Ano do internamento
01: **** *e_01	82: *id_3	F: *s_1	Domicílio: *lc_1	2013: *int_1
02: **** *e_02	66: *id_1	F: *s_1	Domicílio: *lc_1	2014: *int_1
03: **** *e_03	71: *id_2	M: *s_2	Domicílio: *s_2	2014: *int_1
04: **** *e_04	78: *id_2	M: *s_2	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
05: **** *e_05	72: *id_2	M: *s_2	Hospital: *lc_2	2013: *int_1
06: **** *e_06	78: *id_2	F: *s_1	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
07: **** *e_07	76: *id_2	F: *s_1	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
08: **** *e_08	64: *id_1	M: *s_2	Domicílio: *lc_1	2013: *int_1
09: **** *e_09	65: *id_1	F: *s_1	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
11: **** *e_11	72: *id_2	M: *s_2	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
12: **** *e_12	67: *id_1	F: *s_1	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
13: **** *e_13	64: *id_1	M: *s_2	Hospital: *lc_2	2015: *int_2
14: **** *e_14	65: *id_1	F: *s_1	Domicílio: *lc_1	2015: *int_2
15: **** *e_15	73: *id_2	M: *s_2	Hospital: *lc_2	2015: *int_2

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Após a preparação do banco de dados, obteve-se um arquivo com 2.854 linhas, o qual foi salvo em arquivo Word, no formato texto sem formatação, com fonte courier, tamanho 10, com espaçamento simples, sem parágrafo e exportado para o *software* ALCESTE versão 2012 para processamento da análise.

Depois da realização do primeiro teste, partiu-se para a leitura e interpretação do relatório detalhado e observou-se que algumas palavras diferentes, mas que tinham radicais semelhantes, foram contadas juntas. Isto se constitui como um confundimento na formação das classes lexicais, uma vez que são palavras diferentes e têm significados diferentes. Nesse sentido, olhando-se o banco de dados e os relatórios gerados a partir dos testes, adotaram-se estratégias de melhoramento do *corpus*, para se obter um resultado mais fidedigno e com o mínimo de confundimento.

A partir dos resultados obtidos com os primeiros testes, utilizou-se a letra “v” em minúsculo seguida por um traço subscrito antes da palavra “dou”, forma conjugada do verbo dar (v\_dou), para diferenciá-la da palavra “doutor”; a letra “v” em minúsculo seguida por um traço subscrito antes da palavra “deu”, também forma conjugada do verbo dar (v\_deu), para a diferenciar da palavra Deus. E assim se procedeu, visando diferenciar ao máximo as palavras que pudessem ser lidas pelo *software* como tendo o mesmo radical. Empregou-se v\_vir, para diferenciar o verbo vir do verbo virar; a\_comida, para diferenciar o substantivo comida do verbo comer; a\_boca, substantivo e parte do corpo, para diferenciar da palavra bocado, com o significado de muito; a\_veia, componente do sistema vascular, para diferenciar de aveia, alimento; a\_carreira, com o significado de fila, para diferenciar de carreira, forma rápida de andar; a\_salada, alimento, para diferenciar de sala; a\_cozinha, parte da casa, para diferenciar do verbo cozinhar; r\_medic (medicação, medicamento, medicada, medicado) para separar de medicina, profissão; e o\_fogo, substantivo, para diferenciar da palavra foge, forma conjugada do verbo fugir.

Além disso, os pronomes pessoais ele, ela, eles, elas foram substituídos pelos sujeitos a quem se referiam, identificados no contexto das entrevistas. Assim, por exemplo, ele/eles aparece no texto se referindo aos filhos, médicos, enfermeiros, maqueiro; ela/elas, se referindo às filhas, médicas, enfermeiras, vizinhas. E desta forma, procedeu-se a substituição dessas palavras.

Chama-se a atenção para a ausência da entrevista número 10, no Quadro 04. Essa entrevista foi excluída do *corpus*, uma vez que a participante, mesmo tendo obtido pontuação suficiente no MEEM, não foi capaz de manter a atenção durante a entrevista e nem de manter

um discurso coerente com o objeto da pesquisa. Assim, a entrevista foi interrompida e excluída. No entanto, manteve-se a numeração progressiva devido à codificação prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do áudio proveniente da gravação da entrevista e dos instrumentos de coleta de dados.

No sétimo teste do banco de dados, obteve-se um resultado considerado como satisfatório, com percentual de riqueza do vocabulário de 98,47% e índice de pertinência igual a 79%. O índice de pertinência corresponde ao percentual de aproveitamento das Unidades de Contexto Elementares (UCE), formadas no processamento da análise do *corpus*. Isso significa que apenas 21% das UCE formadas não foram agrupadas em classes porque não possuíam afinidade com as formas agrupadas em cada classe e não eram homogêneas o suficiente para formar uma nova classe.

De acordo com Camargo (2005), o índice de pertinência, usado para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), é um critério para se saber se a classificação das UCE feita pela análise é capaz de resumir o *corpus*. De acordo com o autor citado, uma boa classificação deve estar acima de 75% e um percentual mais baixo indica a necessidade de revisão do dicionário de redução das formas, ou seja, dos radicais analisados. Entretanto, outros autores trabalharam com um percentual de aproveitamento mais baixo, sem o comprometimento da análise, como Gutz e Camargo (2013), que trabalharam com 71,96% do total de UCE; Azevedo e Miranda (2012), que obtiveram 68,93%; e Magnabosco-Martins, Camargo e Biasus (2009), que alcançaram 77,75%.

A análise de dados com o programa ALCESTE se processou em quatro etapas distintas, denominadas pelas letras do alfabeto A, B, C e D, de acordo com o padrão do *software*, descrito em manuais próprios e em literatura correlata (ALBA, 2004; CAMARGO, 2005; MARQUES, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; MAGNABOSCO-MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009; SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011; AZEVEDO; MIRANDA, 2012; IMAGE, 2012; GUTZ; CAMARGO, 2013; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Em cada etapa são realizadas algumas operações distintas e identificados elementos do texto, conforme denominações a seguir:

- Unidade de Contexto Inicial (UCI): é a unidade a partir da qual o programa realiza a fragmentação inicial. No caso de dados provenientes de entrevistas, as UCIs são compostas pelas respostas dos participantes e identificadas pelas linhas de comando, iniciadas com



quatro asteriscos, seguidas por características dos participantes. Assim, por exemplo, para a entrevista número 01, a UCI 01 foi identificada com a seguinte linha de comando:

```
**** *e_01 *id_3 *s_1 *lc_1 *int_1
```

- *Corpus*: é o conjunto de UCI. Deve constituir-se em um conjunto textual centrado em um tema. Nesta pesquisa, o *corpus* foi constituído pelas quatorze UCI resultantes das entrevistas realizadas.

- Unidade de Contexto Elementar (UCE): é definida segundo critérios de tamanhos de texto (número de palavras analisadas) e pontuação. Com base no pertencimento de uma palavra a uma UCE, o *software* estabelece matrizes para o trabalho de classificação.

- Unidade de Contexto (UC): é o agrupamento de UCEs sucessivas dentro de uma mesma UCI. As UCs devem ter uma homogeneidade semântica e tamanho comparável.

- Classe: é o agrupamento constituído de várias UCEs de vocabulário homogêneo.

- Lematização: é a operação de substituição de determinadas palavras por uma forma reduzida, que permite ao programa considerar como equivalentes palavras com radical comum e significado semelhante, mas com diferença quanto ao gênero, número ou ao fato de serem substantivos, adjetivos ou advérbios. Por exemplo: a expressão AMOR+ pode corresponder a AMOR, AMORES, AMOROSOS.

- Análise Fatorial de Correspondência (AFC): é o cruzamento entre o vocabulário ou a contagem da incidência de palavras e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual podem ser vistas oposição entre classes ou formas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

- Dendograma: tipo de diagrama que organiza determinados fatores e variáveis, em forma de árvore (dendro = árvore). Indica o número de classes, sua estrutura e a forma de relação entre elas, além da relação entre as formas de uma mesma classe.

- Classificação Hierárquica Descendente (CHD): tipo de dendograma que expressa o grau de similitude/proximidade entre as classes, variando de 0 a 1. Assim, quanto mais próximo de 0, mais diferentes são os conteúdos e se referem a temas diferentes.

- Classificação Hierárquica Ascendente (CHA): dendograma que destaca palavras ou formas dentro de uma mesma classe e representa sua relação com outras palavras ou formas dentro da mesma classe.

Após a preparação do *corpus*, conforme as regras citadas, aplicou-se a análise padrão do programa ALCESTE 2012. O banco de dados foi processado automaticamente conforme as quatro etapas descritas a seguir (ALBA, 2004; CAMARGO, 2005; MARQUES, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; MAGNABOSCO-MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009; SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011; AZEVEDO; MIRANDA, 2012; IMAGE, 2012; GUTZ; CAMARGO, 2013; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013):

- Etapa A: leitura do texto e cálculo dos dicionários. Nesta etapa o programa realizou a leitura do *corpus* e o cálculo dos dicionários; preparou o *corpus*, reconheceu as quatorze UCIs, fez uma primeira segmentação do texto, agrupou as ocorrências das palavras em função de suas raízes ou radicais, procedeu ao cálculo da frequência dessas formas reduzidas, gerando uma lista em ordem alfabética de todo o vocabulário do *corpus*. Também nesta etapa, o ALCESTE fragmentou o *corpus* em segmentos de tamanho semelhante, denominada de as UCE.

- Etapa B: cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE. Nesta etapa o programa selecionou as formas reduzidas com frequência maior ou igual a 04; realizou o cálculo das matrizes de dados e a classificação das UCE. As UCE foram classificadas em função dos seus respectivos vocabulários e agrupadas em função da frequência das formas reduzidas. A partir destas, aplicou-se o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), obtendo-se uma classificação definitiva.

- Etapa C: corresponde à etapa de descrição das classes de UCE, na qual o programa apresentou o dendograma da CHD, ilustrativo das relações entre as classes. As classes são formadas com base no vocabulário característico e pelas variáveis destacadas com asteriscos nas linhas de comando. Os valores obtidos na CHD foram comparados, e foi considerada somente a parte estável dos resultados para a determinação do perfil das classes. Esses valores são expressados pelo valor do qui-quadrado ( $X^2$ ,  $Q^2$  ou Phi), que corresponde ao valor de associação entre as formas reduzidas e as respectivas classes. Também é alcançada a AFC, representativa da relação entre as classes em um plano fatorial com dois eixos. A AFC não será considerada nesta pesquisa, pois requer o suporte teórico da Teoria das Representações Sociais a qual não foi adotada como base para esta tese.

- Etapa D: cálculos complementares. É um prolongamento da etapa C. Nesta fase, tomando por base as classes de UCE escolhidas, o programa calculou e forneceu as UCE mais características de cada classe. Dessa forma, contextualizou o vocabulário típico de cada classe obtido na etapa C. A partir da etapa D, obtiveram-se os segmentos repetidos nas UCE e

possibilidade de exportação destas para outros programas computacionais (ALBA, 2004; CAMARGO, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; AZEVEDO; MIRANDA, 2012).

As classes obtidas a partir da análise corresponderam a várias UCEs em função de uma classificação segundo a distribuição dos vocabulários. Traduzem, como significado para a interpretação a noção de mundo, enquanto um quadro perceptivo-cognitivo com certa estabilidade temporal, associado a um ambiente complexo, conforme descrição de Camargo (2005).

Os resultados provenientes da análise pelo ALCESTE são apresentados no formato de figuras, quadro e fragmentos das entrevistas denominados de UCEs. As figuras ilustram a Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* da pesquisa e a Classificação Hierárquica Ascendente, para cada uma das cinco classes obtidas. Ilustram também a primeira e a segunda classificação descendente do *corpus*; o percentual de distribuição das UCEs; e a distribuição percentual do número de palavras analisadas. Os quadros representam a distribuição das formas reduzidas associadas a cada classe, com o valor do Phi, a frequência e o percentual da forma na classe, além do contexto semântico; e as variáveis associadas a cada classe, como o número da entrevista, o sexo, o local de realização da entrevista e o período do internamento.

As UCEs são apresentadas por meio de fragmentos do *corpus* gerados pela análise, representativos de cada classe, precedida pela sua identificação, da seguinte forma, como no exemplo a seguir:

UCE n°. 859, Phi = 0,08 (UCI n°. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

em que o número (n.º) equivale à ordem da UCE na fragmentação do *corpus*; Phi, corresponde à força de associação entre cada forma e a respectiva classe; o número da UCI equivale ao número da entrevista. Na exemplificação, a identificação da UCE corresponde à entrevista número 09. Na sequência, tem-se a identificação das características dos participantes, como número da entrevista, idade, sexo, local de realização da entrevista e período do internamento, conforme explicitação nos Quadros 03 e 04.

#### 4.6 Aspectos éticos

Menezes (1999) chama a atenção para a necessidade de se pensar sobre os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com pessoas idosas. As pessoas idosas se encontram, geralmente, em uma situação de fragilidade, e o pesquisador precisa respeitar tal condição.

Uma das preocupações fundamentais é não causar qualquer tipo de dano, preservando assim a integridade dos participantes.

O estabelecimento de uma relação autêntica, na qual as posições sejam claras e as expectativas sejam entendidas, é recomendada em uma pesquisa envolvendo pessoas idosas. Por vezes, no desenvolvimento desta pesquisa, senti que alguns participantes tiveram receio em conceder as entrevistas. Essa posição pode ter advindo de uma relação assimétrica, em que o idoso se sente na posição de dependência e sem consciência dos seus direitos à saúde, pois tinha medo de ter a continuidade da assistência prejudicada. Assim, a resistência inicial expõe uma situação de vulnerabilidade que precisa ser entendida e respeitada. Por outro lado, no contexto desta pesquisa, não compete ao pesquisador a afirmação de que todos os problemas relacionados com a hospitalização serão resolvidos. Acredita-se que esse lugar de respeito à autonomia e de compreensão dos aspectos éticos relacionados à pesquisa com pessoas idosas seja alcançado com uma relação horizontal e com um olhar humanístico sobre a cultura das pessoas idosas.

Em consonância com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitada liberação do campo para a realização do estudo. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, mediante folha de rosto número 37638114.2.0000.5531, obtendo parecer favorável em 04/11/2014, com número 841.527/2014 (ANEXO B) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 37638114.2.0000.5531.

Aos participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), após explicitação da natureza do estudo, procedimentos para coleta e análise dos dados, seus riscos e benefícios, sendo garantido o respeito à sua dignidade, à autonomia, a privacidade, o anonimato e o sigilo das informações. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra, com o participante.

Foi garantida aos participantes a realização das entrevistas em local reservado, podendo ser no próprio hospital ou no domicílio, evitando-se, contudo, a presença de outras pessoas no recinto. O anonimato foi garantido mediante a não divulgação de nomes ou dados que pudessem identificar os participantes. Para a identificação das entrevistas, foram utilizados números arábicos, conforme a ordem da realização. Além disso, foi garantido aos participantes o sigilo das informações, e que os dados coletados só seriam utilizados para

elaboração da tese e de artigos para divulgação científica, entretanto, sem expô-los de modo a afetar sua imagem.

Foi também garantido o direito de recusar ou suspender a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para si. O áudio e todo o material proveniente da coleta de dados serão guardados no Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento (NEVE) da Escola de Enfermagem da UFBA, passando a constituir seus arquivos, e não serão destruídos.

A pesquisa teve como possibilidade de riscos a geração de desconfortos para os participantes ao rememorem as experiências vivenciadas com o adoecimento e a hospitalização em UTI, bem como o possível constrangimento em responder algumas perguntas.

Vislumbra-se, como possibilidade de benefícios, a contribuição com conhecimentos que possam gerar reflexões para melhor direcionamento das práticas da enfermagem, no sentido de considerar a realidade dessa população presente nos serviços de saúde, com suas características singulares provenientes do processo de envelhecimento, da condição aguda de doenças e do contexto social onde estão inseridas.

Após o término da pesquisa e defesa da tese, os resultados serão devolvidos ao campo do estudo, podendo ser propostas ações que possam contribuir para o alcance dos possíveis benefícios da pesquisa.

A este projeto foram vinculados quatro Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)<sup>7</sup>, dois já concluídos<sup>8</sup> e apresentados e dois em andamento<sup>9</sup>, de alunas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que obedeceram aos mesmos princípios éticos descritos nesta metodologia.

---

<sup>7</sup> Os TCCs foram / são orientados pela professora doutora Juliana Bezerra do Amaral e coorientados pelo doutorando autor desta tese.

<sup>8</sup> CARVALHO, C.S. **Relatos de familiares sobre a hospitalização de pessoas idosas em Unidade de Terapia Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SACRAMENTO, L.F. **Caracterização da mortalidade de pessoas idosas em Unidade de Terapia Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

<sup>9</sup>Análise das causas de internamento de idosos em UTI, da aluna Isabela de Jesus Gonçalves; e Análise comparativa do tempo de internamento e das características sociodemográficas de idosos em UTI, da aluna Nilcea de Jesus.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir das entrevistas com as pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI, e a análise desenvolvida por meio do *software* ALCESTE. Para tanto, inicia-se com uma apresentação e descrição sobre os participantes, passando-se em seguida para as características sociodemográficas. Na sequência, analisam-se as classes lexicais originadas a partir do *corpus* da pesquisa.

### 5.1 Descrição dos participantes

No item “descrição dos participantes” , apresentam-se os quatorze idosos que foram entrevistados. As informações descritas foram subsidiadas pelas observações que permearam o ambiente da realização das entrevistas, por algumas características pessoais dos idosos – como idade, sexo, motivo da admissão e tempo de permanência na UTI –, e aspectos relacionados ao local de realização da entrevistas.

A partir da descrição, realizou-se uma associação com a Teoria do Cuidado Cultural, de Leininger. Utilizou-se como referência a forma lógica do Sol Nascente, a qual ilustra os quatro níveis da teoria. Neste item, destaca-se a possibilidade de relação do primeiro nível do Sol Nascente, a visão de mundo das pessoas idosas; e o segundo nível, o contexto ambiental.

De acordo com a Teoria do Cuidado Cultural, a visão de mundo “refere-se à forma como as pessoas tendem a ver o mundo ou o seu universo para formar uma imagem ou uma posição valorativa sobre a sua vida ou sobre o mundo em seu redor” (WELCH, 2004, p. 571). Já o contexto ambiental comporta aspectos físicos, ecológicos, sociais, políticos e culturais. Este facilita a interpretação e interação social pela conferência de significados às expressões humanas (WELCH, 2004).

#### **PARTICIPANTE 01**

A primeira entrevista foi realizada com uma senhora de 82 anos, em seu domicílio, após contatos telefônicos e agendamento da visita. O diagnóstico médico que levou à admissão no hospital foi um episódio de síncope, porém teve como doença de base o diabetes. Esta doença levou à angiopatia diabética e, como consequência, à diminuição da acuidade visual e à necessidade de amputação nos membros superior e inferior esquerdos. Permaneceu na UTI por vinte dias, no ano de 2013.

A idosa entrevistada afirmou ser da cor parda, ter exercido a profissão de costureira e no momento era aposentada, recebendo mensalmente um salário mínimo. Possuía apenas o ensino fundamental e pertencia à religião católica. Como descrição do contexto ambiental, segundo nível da forma lógica do Sol Nascente da Teoria do Cuidado Cultural, identificou-se que ela morava em um bairro residencial, localizado próximo à região central de Salvador - BA. O acesso ao bairro era por uma rua transversal à rua principal, a partir da qual existiam diversas ramificações, formando pequenas vielas, com irregularidade na pavimentação, com escadas e sem calçadas.

O acesso à casa só era possível por escadas, pois está situada em uma viela, transversal à uma via principal da localidade, que não permitem o acesso de carro. Ao chegar no domicílio, me identifiquei e fui bem recebido por uma filha da idosa, um neto e uma cuidadora. A casa era pequena, com pouca iluminação e ventilação natural. A idosa estava em seu quarto, contíguo à cozinha, deitada em sua cama, com o uso de um ventilador.

Ao ser anunciado, foi notória a reação de desespero da idosa, pois pude ouvir já da antessala, gritos e choro altos, ao tempo em que afirmava que eu seria um médico e iria levá-la para o hospital, onde lhe amputaria uma perna e o outro braço. Naquele momento, pareceu ter vindo à sua memória a história traumática do seu internamento, associada ao fato de possuir dois membros amputados, o superior e o inferior, ambos do lado esquerdo. Pode ter lembrado também da dependência experimentada diariamente com a amputação e associado a minha visita à desconfiança sentida perante os profissionais da saúde, sobretudo os médicos. Dessa forma, a experiência prévia influenciou a visão de mundo da idosa, localizada no primeiro nível da forma lógica do Sol Nascente.

Após ser acomodado, me apresentei e expliquei que não era médico e que não iria levá-la ao hospital. Ainda assim, ela só aceitou conversar comigo na presença de sua filha e da cuidadora, após o consentimento e apoio destas. Daí então pude explicar sobre a pesquisa e convidei-a a participar; apliquei o Mini Exame do Estado mental (MEEM) e expliquei sobre o TCLE. A idosa se recusou a assinar naquele momento, sem a presença do filho. Então, foram entregues as duas cópias para a leitura e agendei o retorno para a possível realização da entrevista.

Ao retornar ao domicílio na data agendada, a idosa não manifestou mais a reação de medo, como no primeiro dia. A entrevista foi realizada na presença da cuidadora, pois senti que esta era uma pessoa importante para ela e ao lado de quem se sentia segura. O medo de que eu a levasse para o hospital para “cortar o braço, a mão e a outra perna” não foram mais

manifestados com relação a mim, mas, em suas memórias, essa preocupação era recorrente. Apresentou um discurso confuso, às vezes sem nexos, mas permeado pelo trauma deixado pela hospitalização na UTI, medo dos médicos e o trauma das amputações sofridas. A entrevista foi concluída no terceiro encontro devido à abordagem suficiente dos temas previstos no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

## **PARTICIPANTE 02**

A entrevista número dois foi realizada com uma idosa de 66 anos, em seu domicílio, após o contato telefônico e o agendamento da visita. Foi admitida no hospital com diagnóstico médico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e permaneceu na UTI por dez dias, no ano de 2014. Tinha como doenças associadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Sobre os aspectos físicos, a participante apresentava edema nos quatro segmentos e déficit motor no membro superior direito, o que a impedia de realizar tarefas que dependiam de prensão pelos dedos. Existiam também algumas cicatrizes nos punhos, deixadas pela realização de procedimentos invasivos durante a hospitalização, e membros inferiores, possivelmente devido à flictenas e lesões por pressão.

Essa idosa morava em um bairro periférico de Salvador - Bahia, afastado do centro da cidade, com predomínio da precariedade na urbanização e pela violência. A sua casa estava situada em uma ladeira do bairro, em uma travessa distante da rua principal, cujo acesso só era possível por escadas. Da sua casa era possível avistar grande parte do bairro, formado por casas fincadas nas encostas, em sua maioria inacabadas, sem reboco, e pintura, com lajes. Era possível identificar na paisagem um emaranhado de fios da rede de eletricidade, antenas de televisão e caixas de água, caracterizando-se assim o contexto ambiental onde morava a participante.

Após localizar o domicílio com a ajuda dos moradores da vizinhança, fui bem recebido pela participante e por sua família. Então entrei, fui acomodado em uma cadeira posta no *hall* de entrada, expliquei sobre a pesquisa e o que pretendia com a visita. Naquele momento, a idosa passou a narrar de forma espontânea alguns acontecimentos relativos ao adoecimento e ao internamento. De suas memórias, emergiram traços reveladores de traumas deixados pela doença e hospitalização, permeados por sofrimento e medo. Ela temia voltar ao hospital e, por isso, afirmou que estava cuidando da própria saúde com muita dedicação.

Afirmou ser da cor parda, ter trabalhado como doméstica e sobreviver com o auxílio doença que recebia mensalmente, no valor de um salário mínimo. Informou também ter sido



alfabetizada pelo Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), equivalente ao ensino fundamental incompleto, e pertencer à religião Testemunhas de Jeová.

Durante a entrevista, frisou que não se lembrava de tudo o que aconteceu, mas houve muitos momentos de silêncio, de pausas e de choro, revelando assim a dureza da experiência vivenciada. A primeira parte da entrevista foi interrompida devido à percepção da falta de condições psicológicas da participante, manifestada por muito choro. Assim, me mantive ao seu lado até que ela apresentasse melhores condições emocionais de calma e tranquilidade.

Retornei ao domicílio após uma semana, conforme agendamento prévio, e por acreditar na estabilidade emocional da participante. O ambiente se mostrou mais descontraído e a continuidade da entrevista transcorreu com mais espontaneidade. As suas memórias eram carregadas de emoções e pela forma como via e interpretava o mundo à sua volta e, de certa forma, pode-se afirmar que as suas lembranças sobre a hospitalização interferiram em sua visão de mundo, conforme a Teoria de Leininger. Chamou a atenção a movimentação frequente das mãos e o cruzamento dos braços, podendo ser interpretados como indicativos de ansiedade, sofrimento ao rememorar a experiência vivida, medo e proteção.

### **PARTICIPANTE 03**

A entrevista número três foi realizada com um senhor de 71 anos, em seu domicílio, localizado em um bairro da região do subúrbio de Salvador - BA. Ele foi admitido no hospital com quadro de dor abdominal, sendo necessário submeter-se a uma cirurgia de colectomia. Negou a existência de comorbidades e permaneceu na UTI por seis dias, no ano de 2014. O participante era muito ativo, falava bastante e tinha a cognição preservada. O idoso afirmou ser da cor morena, ter exercido a profissão de frentista, ter apenas o ensino fundamental incompleto e ser evangélico. No momento era aposentado e recebia um salário mínimo.

A casa do idoso estava situada em um local de difícil acesso, custoso de ser localizado e também marcado pelo medo e a violência. Em minhas tentativas de encontrar o domicílio, fui advertido por moradores sobre a necessidade de cuidados frente ao risco de assalto, caracterizando assim o contexto ambiental, segundo nível da Teoria do Cuidado Cultural, onde vive o idoso.

A casa estava localizada em uma região alta e tinha como horizonte a Baía de Todos os Santos, com toda a beleza que lhe é peculiar. A cor azul do mar, em contraste com o sol forte das dez horas da manhã, opunha-se à dureza da realidade enfrentada por aqueles que

habitavam em seu entorno. Após andar em círculo pelas ruas do bairro, subir e descer escadas e ladeiras, cheguei à casa.

Fui recebido pelo idoso, que estava acompanhado por uma neta e sendo observado por sua esposa, que se encontrava na cozinha. Fui acomodado em um sofá e o idoso sentou-se à minha frente, porém um pouco distante. Havia uma televisão ligada e o volume foi diminuído. Em conversa anterior ao início da gravação, quando expliquei sobre o objetivo da visita, sobre a pesquisa e o TCLE, manifestou muita emoção, com choros, ao rememorar a sua estadia no hospital. Dessa forma, deixou transparecer a dureza da experiência com a hospitalização e a doença, que ameaçou sua vida. De algum modo, seu discurso revelou que ter sobrevivido à doença e à hospitalização era-lhe motivo de alívio e agradecimento.

Ao ligar o gravador, o participante mostrou-se menos prolixo e com pouca fluidez na fala. Percebi um comportamento receoso ao falar sobre o hospital, visto que seu internamento foi intermediado por um profissional da área da saúde, amigo da família. Também senti resistência por parte do idoso em rememorar as experiências difíceis pelas quais passou durante sua permanência na UTI.

A entrevista foi realizada na presença da sua esposa e de uma neta, sendo interrompida por falta de fluidez nas ideias, por parte do idoso. Questionei ao participante se ele gostaria de interromper a entrevista e se aceitaria continuar em outra data. Assim, foi agendada uma nova data para a continuidade. Retornei ao domicílio na data e horário marcados, porém não encontrei o idoso. Os familiares informaram que ele havia esquecido da entrevista e que não retornaria logo. Diante disso, coube a mim retornar sob sol forte, andando pelas ladeiras do bairro e demorando cerca de uma hora no transporte coletivo, sem fazer a segunda parte da entrevista.

Após a data da primeira visita, foram realizadas tentativas de contato telefônico para confirmar o agendamento, porém houve muita dificuldade para conseguir falar ou marcar um novo horário, por esquivas da família percebidas pela constante justificativa de que o idoso não estava e não estaria em casa nas datas solicitadas.

No intuito de amenizar o desapontamento pela não realização da segunda parte da entrevista, busquei entender o que estava por trás do possível comportamento de fuga apresentado, ou seja, interpretar o não dito. Assim, pude compreender que possivelmente o idoso guardava em sua memória traumas sobre sua hospitalização na UTI, sobre a doença e o risco de morte. Talvez, para ele, conceder a entrevista fosse rememorar momentos difíceis e a fuga pode ter sido uma forma de evitar tais pensamentos. No primeiro contato presencial,

mostrou-se bastante inquieto, evitando contato direto com o olhar e, ao falar sobre a hospitalização, mostrou-se bastante emocionado. No entanto, ao iniciar a gravação, mostrou-se mais introspectivo.

#### **PARTICIPANTE 04**

A quarta entrevista foi realizada com um idoso ainda hospitalizado, no contexto ambiental hospitalar, mas após a alta da UTI. A causa da sua hospitalização foi uma cardiomiopatia dilatada descompensada, porém afirmou ter como comorbidades a hipertensão arterial sistêmica e a hiperplasia prostática. Permaneceu na UTI por quatro dias, no mês de janeiro de 2015. Trata-se de um idoso de 78 anos, que afirmou ser da raça negra. Informou ter como formação apenas o ensino fundamental incompleto, ter exercido a profissão de gari e ser de religião evangélica. No momento era aposentado e recebia um salário mínimo mensalmente.

A entrevista foi realizada após o segundo contato, visto que no primeiro, o idoso estava sonolento por não ter dormido na noite anterior. O participante foi receptivo ao ser convidado a fazer parte da pesquisa. A princípio demonstrou comportamento de desconfiança, o que foi amenizado com mais esclarecimentos sobre o protocolo da pesquisa e a minha devida identificação com o crachá.

A entrevista foi realizada na enfermaria e acompanhada à distância pela filha. Em alguns momentos, houve barulho produzido pelo paciente ao lado e pela entrada de outras pessoas no quarto. O entrevistado relatou sua trajetória na UTI com um enfoque positivo. O fato de ter saído de alta foi motivo para comemoração, pois, segundo ele, esteve muito próximo à morte. O enfoque negativo foi atribuído apenas à sua passagem pela unidade de emergência, local para onde não desejava nunca mais retornar.

De maneira geral, o fato de ter passado por uma realidade tão dura na unidade de emergência, tornou as suas memórias sobre os demais setores por onde passou mais suaves e positivas. Ou seja, a experiência traumática amenizou as experiências posteriores, ainda que estas não tenham sido tão positivas. Com relação às perspectivas para o futuro, narrou o que gostava de fazer – cozinhar e comer. Em sua fala, fez contrapontos com a restrição dietética para a manutenção da saúde. Assim, deixou transparecer, por intermédio das memórias, a sua visão de mundo, segundo nível da Teoria de Leininger.

**PARTICIPANTE 05**

A entrevista número cinco foi realizada com um idoso de 72 anos, no hospital, porém após a alta hospitalar. O seu internamento aconteceu no ano de 2013, tendo passado pela UTI por duas vezes em menos de um mês. Na primeira vez, permaneceu por quatorze dias e, na segunda, por três dias. A sua hospitalização foi motivada pela necessidade da realização de uma hernioplastia inguinal, que evoluiu com complicações respiratórias e a necessidade da hospitalização na UTI.

Afirmou que foi acometido por perda progressiva da força nos membros inferiores; ser da cor parda, ter o ensino médio completo e ser católico. Quando trabalhava, exerceu a profissão de relojoeiro, porém tinha também formação técnica em contabilidade. Afirmou que estava impedido de exercer sua profissão por baixa acuidade visual provocada por cataratas. Segundo ele, no momento era aposentado, recebendo mensalmente a quantia de um salário mínimo.

O participante foi localizado, porém não aceitou que a entrevista fosse realizada em seu domicílio. Dessa forma, nos encontramos no hospital, fora do seu contexto ambiental natural, na data que lhe foi conveniente, pois tinha um atendimento médico agendado para o mesmo dia. Tratava-se de um idoso que tinha dificuldade de locomoção, sendo dependente de cadeira de rodas.

A entrevista foi realizada no espaço destinado ao estar de visitantes, cedido pela coordenação de uma das UTIs, na presença do seu filho e sem interferências externas. O idoso iniciou a entrevista afirmando não ter nenhuma queixa do hospital e que se sentiu bem cuidado. Mostrou-se inquieto, pouco comunicativo e foi breve nas respostas. Não demonstrou sofrimento perante a lembrança, porém expressou vontade de não mais voltar ao hospital.

**PARTICIPANTE 06**

A sexta entrevista foi realizada com uma idosa de 78 anos, no contexto ambiental hospitalar, após a alta da UTI. Esta idosa permaneceu na UTI por seis dias, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015. Foi admitida no hospital por trombose venosa profunda e declarou ter como comorbidade a hipertensão arterial sistêmica. A entrevistada afirmou ser da cor preta, ter trabalhado como lavradora, ser analfabeta e católica. No momento era aposentada e recebia mensalmente um salário mínimo.

A idosa e sua acompanhante foram receptivas à abordagem e à solicitação para participar da pesquisa. A entrevista foi realizada na presença da filha, a qual ajudou a idosa em alguns momentos a se lembrar de fatos ocorridos.

Aparentou ser uma pessoa bastante simples com cultura típica do seu local de origem, o interior do estado da Bahia, onde vivia, e isto, de certo modo, determinava a sua visão de mundo, primeiro nível da Teoria do Cuidado Cultural. Quando solicitada para falar das experiências na UTI, afirmou que não sabia o que era “experiência”, sendo necessária a reformulação da pergunta e da forma de falar para se chegar a um entendimento. Era lavradora, vivia perto de sua família, gostava de cultivar na roça, porém se sentia limitada pela doença de Chagas. No dia da entrevista, estava aguardando regulação para outro hospital, onde receberia um implante de marca-passo.

A entrevista foi realizada em dois dias. Ao final da primeira parte, a idosa solicitou que eu voltasse novamente, pois contar suas histórias e conversar a distraía. A segunda parte da entrevista foi mais difícil de ser conduzida devido ao movimento de profissionais no quarto e à frequente dispersão e fuga do tema, pela idosa. No entanto, continuou apresentado os traços marcantes de sua cultura, quanto à origem, forma de pensar e de se alimentar. Ao final da entrevista, ofereceu, como é típico entre as pessoas humildes provenientes do interior, os produtos que a família produzia, como aves, ovos e frutas.

Quanto aos aspectos físicos, apresentava hematoma no membro superior esquerdo e punho esquerdos, devido a procedimentos realizados para punções de acessos venoso e arterial. Afirmou que sentiu muita dor, no entanto, frisou que se sentiu bem cuidada. Seu tempo de espera na unidade de emergência para a realização de procedimento cirúrgico foi de apenas vinte e quatro horas, e isto talvez tenha provocado um impacto positivo na avaliação, visto que outros participantes fizeram uma crítica mais acirrada à espera nesse setor.

#### **PARTICIPANTE 07**

A entrevista número sete foi realizada com uma idosa 76 anos, no contexto ambiental hospitalar, após a alta da UTI. Sua admissão no hospital foi agendada, para a realização do procedimento cirúrgico, ressecção de um tumor cerebral, não passando assim pela unidade de emergência. No entanto, afirma que esperou oito dias até a realização da cirurgia devido à falta ou à perda da vaga na UTI para pessoas em condições mais graves, o que era necessário para o período pós-operatório. Permaneceu na UTI por oito dias, no mês de fevereiro de 2015.

Encontrava-se lúcida, porém com uma pequena desorientação quanto ao tempo, atribuída, por ela, ao confinamento. Apresentava tremores nos membros superiores, o que prejudicava a coordenação motora. Também apresentava baixa acuidade visual, assinando o TCLE com dificuldade. Estava com alguns pontos de sutura no local de inserção de cateter venoso central, em região infraclavicular e de cateter arterial, no punho.

Durante a entrevista, fez alusão a todos os dispositivos que utilizou e à posição a que foi submetida no leito da UTI, que, segundo ela, prejudicava a sua mobilização. Foi receptiva à solicitação para participar da pesquisa narrando suas memórias com metáforas ricas em significados, associando a experiência à proximidade da morte. Destaca-se a forma saudosa e carinhosa a que se referia ao esposo, um idoso de 96 anos, com quem era casada havia 62 anos, e que ficara sozinho em casa, com a ocorrência da hospitalização.

A entrevista foi realizada em um quarto, na presença da nora, e existiam outros pacientes e acompanhantes no local, porém a uma distância que não permitia a escuta da conversa. A primeira parte da entrevista foi interrompida devido ao cansaço percebido na idosa e também porque um maqueiro a aguardava para conduzi-la ao setor de bioimagem para a realização de uma tomografia de crânio.

A segunda parte da entrevista aconteceu no dia seguinte e, da mesma forma que no dia anterior, foi muito receptiva. Seu discurso era carregado por uma conotação religiosa. Encontrava em sua religiosidade forças para o enfrentamento da doença e da hospitalização. A religiosidade era o aspecto mais marcante de sua visão de mundo, situada no primeiro nível da Teoria de Leininger.

A idosa afirmou ter como comorbidades o diabetes e hipertensão arterial. Afirmou também ter exercido a ocupação de doméstica; no momento era aposentada e recebia um salário mínimo mensalmente. Autorreferiu-se como de cor parda; cursou apenas o ensino fundamental incompleto e era evangélica.

Destacou-se a referência a vínculos familiares fortes, a saudade do esposo e dos filhos, a sua cultura baseada na transmissão de conhecimentos entre as gerações e a forma de educar os descendentes. No momento vivia em Salvador - Bahia, no entanto nasceu no interior do estado da Bahia, onde viveu com o esposo e trabalhou no cultivo de mandioca, na fabricação de farinha e na criação de gado, antes de se mudarem para a capital.

**PARTICIPANTE 08**

A oitava entrevista foi realizada com um idoso de 64 anos, em seu domicílio, localizado em um bairro periférico de Salvador – Bahia. Foi admitido no hospital via unidade de emergência, com diagnóstico médico de isquemia em membros inferiores e doença arterial obstrutiva periférica. Permaneceu na UTI por cinco dias, no ano de 2013. Afirmou ter como comorbidades o diabetes, hipercolesterolemia, doença vascular e cardiopatia.

O seu contexto ambiental de vida, situado no primeiro nível do Teoria do Cuidado Cultural, era constituído por uma casa localizada em uma rua íngreme, pavimentada, porém o seu acesso por escada. Tratava-se de uma residência ampla, onde vivia com sua esposa, que lhe auxiliava para não esquecer de tomar seus medicamentos.

Tratava-se de um idoso acolhedor e receptivo, que não hesitou em conceder a entrevista ao ser feito o contato telefônico. A entrevista foi realizada após a segunda ida ao domicílio. Na primeira visita, não consegui realizar a entrevista porque o idoso havia saído devido a compromissos pessoais, apesar do agendamento. Naquela oportunidade, conversei com a esposa, pessoa igualmente solícita e acolhedora. Era evangélica e ancorava-se em sua fé para enfrentar a doença e o cuidado do esposo. Ela afirmou que o idoso esteve hospitalizado na UTI por duas vezes. Na primeira, ocorreu uma complicação cirúrgica por sangramento abdominal, sendo necessária uma reabordagem de emergência. Na segunda vez, houve piora do quadro clínico, com evolução da necrose no membro inferior esquerdo, atribuída ao consumo de carne de pato, que, segundo ela, é reimosa.

O idoso foi solícito ao ser abordado, porém só conseguiu falar por 18 minutos, sendo necessário fazer perguntas adicionais para estimular a conversação. Apresentou lapsos de memória, não sendo capaz de reconstruir a história tal como aconteceu. Seu depoimento foi permeado por uma visão positiva, aspecto marcante em sua visão de mundo, em parte por ter conseguido acesso ao hospital, ter sobrevivido e não ter sido necessário amputar a perna.

O idoso autorreferiu-se como da cor mulata; ter exercido a profissão de pedreiro, sendo aposentado e recebendo um salário mínimo mensalmente. Era católico e analfabeto. No momento mantinha a sua autonomia, deambulando com o auxílio de muletas. No entanto, não podia fazer grandes esforços devido à cardiopatia. Esta doença determinou a sua aposentadoria da profissão de pedreiro há três anos.

**PARTICIPANTE 09**

A nona entrevista foi realizada com uma idosa de 65 anos, ainda no contexto ambiental hospitalar, após a sua alta da UTI. Foi admitida com diagnóstico médico de aneurisma cerebral, para a realização de clipagem do aneurisma. Esteve na UTI por cinco dias, no mês de fevereiro de 2015.

Durante a abordagem, a idosa mostrou-se ativa, independente, consciente de si e foi receptiva ao convite para participar da pesquisa. Estava acompanhada pelo esposo e foi entrevistada na enfermaria, em alguns momentos, com a presença de outros profissionais. Sobre a sua história de saúde, afirmou que sentiu uma cefaleia súbita, sendo levada ao hospital da sua cidade, no interior do estado da Bahia. Após esse evento, foi transferida para o hospital em Salvador, onde estava hospitalizada há dois meses.

No transcorrer da entrevista, falou sobre si e o cotidiano no interior da Bahia, das atividades que gostava de realizar e do que apreciava comer, revelando assim sua visão de mundo e o seu contexto ambiental de origem, identificados nos primeiro e segundo nível da Teoria de Leininger. Sobre o hospital, a memória sobre a unidade de emergência era chocante, segundo ela, devido às péssimas condições do ambiente e à qualidade do atendimento recebido. Falava com muita vivacidade do mau odor sentido e das feridas necrosadas que viu em outras pessoas.

Sobre a sua permanência na UTI e no hospital, tinha alguns momentos de memórias vagas e sem muita riqueza de detalhes. Segundo afirmou, o hospital e a assistência estavam sendo bons; ela era “quem estava ruim”. Apresentou dificuldade para abstrair o pensamento, sendo necessário adequar a linguagem para se alcançar o entendimento.

Apresentava cicatriz cirúrgica em região frontal, com presença de pontos de sutura; amaurose<sup>10</sup> em olho direito; e pontos de sutura em região infraclavicular direita e abdome. Durante a entrevista, apontava os locais citados como fontes de dores, sendo necessário o uso de analgésicos.

Afirmou ter como comorbidades doenças ósteo articulares, como artrose e osteoporose. Autoafirmou-se como tendo cor morena. Disse ter exercido a ocupação de doméstica e lavradora; no momento era aposentada e recebia mensalmente um salário mínimo. Era analfabeta e professava a religião católica.

---

<sup>10</sup> Perda completa da visão.



## **PARTICIPANTE 11**

A entrevista número onze foi realizada com um idoso de 72 anos, ainda no hospital, após sua alta da UTI. O entrevistado foi admitido na unidade de emergência, de onde foi encaminhado para o centro cirúrgico, sendo submetido à cirurgia de laparotomia exploradora com colectomia. Porém, no pós-operatório evoluiu com complicações e foi necessária uma reabordagem cirúrgica devido à deiscência<sup>11</sup>, além de ter sofrido uma septicemia. Permaneceu na UTI por treze dias, entre os meses de fevereiro e março de 2015.

Foi solícito ao ser convidado a participar da pesquisa. Encontrava-se lúcido, comunicativo e com a memória preservada. A entrevista foi realizada em uma enfermaria, onde estava com sua filha. Havia também outra pessoa hospitalizada e profissionais do serviço, em alguns momentos. Porém falou sem evidência de constrangimentos. Para ele, o fato de ter sido atendido superava qualquer aspecto negativo.

Mostrou-se como uma pessoa simples, verdadeira e que transmitia sinceridade e pureza em sua fala; morava em um município distante, na região da Chapada Diamantina, no interior do estado da Bahia, de onde nunca saiu, segundo ele. Era trabalhador rural, carpinteiro, cultivava produtos da terra, além de fabricar e tocar instrumentos musicais. Gostava de caçar animais silvestres, contar histórias e compor o Terno de Reis, manifestação cultural típica em sua região. Seu discurso foi ancorado na fé em Deus como recurso para enfrentar as dificuldades da doença e continuar a viver. Percebeu-se que sua visão de mundo era influenciada pelo contexto ambiental, tal como descrito nos primeiro e segundo níveis da Teoria do Cuidado Cultural.

Quanto aos aspectos físicos, apresentava-se emagrecido, com presença de uma ferida operatória abdominal, com pontos de sutura e estava usando uma bolsa em colostomia. Apresentava pontos de sutura em região infraclavicular direita e flebite no membro superior direito.

O participante negou a existência de comorbidades, afirmando apenas o tabagismo como hábito de vida. O idoso autorreferiu-se como da cor morena. Exerceu a profissão de lavrador e no momento era aposentado como trabalhador rural, recebendo um salário mínimo mensalmente. Afirmou ser analfabeto e pertencer à religião católica.

---

<sup>11</sup> Rompimento dos pontos de sutura que mantêm as bordas de uma ferida operatória unidas.

**PARTICIPANTE 12**

A décima segunda entrevista foi realizada com uma idosa de 67 anos, no hospital, após a alta da UTI. Esta participante foi admitida no hospital com diagnóstico médico de insuficiência renal crônica e afirmou ter, como comorbidades, a hipertensão arterial e diabetes. Esteve internada na UTI por duas vezes entre os meses de fevereiro e março de 2015, totalizando trinta e seis dias de hospitalização.

Estava lúcida, comunicativa, e hospitalizada havia três meses, sendo acompanhada pelos filhos. A entrevista foi realizada sem a presença de outras pessoas e falou sobre sua experiência na UTI, porém sem muita riqueza de detalhes. Narrou sobre os barulhos, a privação do sono, a alimentação, o banho e as visitas. Afirmou ter sido bem tratada, porém esperava nunca mais precisar voltar para lá. Para tanto, pretendia cuidar-se e manter a saúde. Acreditava-se que a experiência da hospitalização no contexto ambiental da UTI tenha influenciado sua visão de mundo a respeito do adoecimento e do hospital. Apresentou momentos de dispersão durante a entrevista, devido à sonolência. Pelo fato de estar deitada no leito, pouco gesticulou e evitou contato com o olhar, possivelmente por não desejar a rememoração de muitos detalhes sobre sua estadia na UTI.

Quanto aos aspectos físicos, apresentava-se descorada e com edema palpebral; com incisão cirúrgica em tórax à esquerda, para onde apontava frequentemente, sinalizando a origem de dores. Afirmou ser da cor morena; ter exercido a profissão de ascensorista e no momento ser aposentada, recebendo um salário mínimo por mês. Tinha apenas o ensino fundamental e pertencia à religião católica.

**PARTICIPANTE 13**

A entrevista número treze foi realizada com um idoso de 64 anos, no hospital, após sua alta da UTI. Conforme relatou, foi hospitalizado com diagnóstico médico de tumor de intestino, sendo submetido a uma cirurgia chamada laparotomia exploradora para ressecar a tumorção. Ficou internado na UTI por quatro dias, no mês de abril de 2015.

Estava com a cognição preservada, obtendo bom desempenho no MEEM. Foi receptivo à abordagem, aceitando participar da pesquisa. Durante a entrevista, falou sobre o adoecimento e a vinda para o hospital, com a ajuda de familiares que eram médicos. Apresentou um discurso positivo sobre a doença, o tratamento e o internamento. Interrompeu a fala em dois momentos por choro, ao se lembrar da doença, da decisão que teve de tomar ao assinar o termo de consentimento autorizando a cirurgia, e talvez ao lembrar da fragilidade da

vida diante dos acontecimentos imprevistos. Em seu discurso, deixou transparecer a força de vontade em superar a doença, sendo este um aspecto marcante em sua visão de mundo, conforme o segundo nível da forma lógica da Teoria do Cuidado Cultural. Elogiou o tratamento recebido no hospital, porém esperava não mais voltar.

No que diz respeito aos aspectos físicos, apresentava uma ferida operatória abdominal, com dois drenos bilaterais e uso de dieta por sonda nasoesférica. O idoso negou a existência de comorbidades; afirmou ser da cor branca e trabalhar no momento como comerciante, com renda mensal média de três salários mínimos; pretendia continuar suas atividades após a alta, em sua cidade de origem no sul do estado da Bahia. Tinha o ensino fundamental completo e afirmou ser da religião católica.

#### **PARTICIPANTE 14**

A entrevista número quatorze foi realizada com uma idosa de 65 anos, em seu domicílio, em um bairro periférico de Salvador – BA, após contato telefônico e consentimento pela participante e suas filhas para a realização da entrevista. A participante permaneceu na UTI por vinte dias, no mês de janeiro de 2015. Foi admitida no hospital com diagnóstico médico de doença arterial obstrutiva periférica e edema agudo de pulmão; afirmou ter como comorbidades a hipertensão arterial, diabetes e o tabagismo, como hábito de vida.

Foi enfática ao afirmar que recebeu um tratamento digno no hospital, não tendo do que se queixar. Para ela, o fato de ter sido atendida e sobrevivido à doença superou qualquer eventualidade negativa. A entrevista foi realizada após três meses da alta hospitalar. A idosa autoafirmou-se como pertencente à cor negra; ter exercido a profissão de serviços gerais e de costureira. No momento era aposentada, recebendo mensalmente um salário mínimo. Estudou apenas até o ensino fundamental incompleto e pertencia à religião católica.

A localização do endereço foi muito difícil; para tanto, andei por cerca de uma hora pelas ruas do bairro, pedindo informação a diversas pessoas, que não sabiam informar corretamente. Por fim, pedi ajuda a um mototaxista, que me levou ao local. Este, porém, advertiu-me de que se tratava de uma “bocada”, ou seja, um local perigoso. Por fim, localizei a travessa, que era estreita, entre elevados de casas nas laterais, não permitindo a entrada de veículos. A casa era inacabada, com acesso por escadas, tinha condições de higiene precária, com pouca ventilação, presença de muitos animais domésticos e um amontoado de metais para reciclagem, compondo assim o contexto ambiental onde vivia a idosa, de acordo com o segundo nível da Teoria de Leininger.

Encontrei a idosa em uma cama, na sala, em frente à televisão, tomando o café da manhã. A sala onde ela estava pareceu-me o único cômodo da casa com iluminação natural. Esta foi muito receptiva e ofereceu-me um pufe junto à sua cama para sentar.

A sua cognição estava preservada, falando com fluência sobre as questões solicitadas, com momentos de pausa e reflexão para rememorar a doença e o sofrimento. Seu maior desejo era conseguir uma cadeira de rodas e, quem sabe, uma prótese, pois desejava se sentir livre e útil. No momento da entrevista, estava restrita a uma cama, com estado de higiene precário, dependente das filhas para os cuidados básicos, demonstrando impaciência com a situação.

Quanto ao estado físico, apresentava redução da acuidade visual no olho esquerdo e amaurose no olho direito; algumas cicatrizes deixadas por acessos vasculares na região cervical; cicatrizes cirúrgicas no abdome; amputação no membro inferior direito e cicatrizes disseminadas deixadas por escabiose. Afirmou que sentia paresia no membro superior direito com dificuldade para se alimentar e escrever; e manifestava preocupação com o estado da perna esquerda, pois, segundo ela, havia recorrência de câimbra, podendo ser um indício da mesma doença que levou à amputação da perna direita.

#### **PARTICIPANTE 15**

A décima quinta entrevista foi realizada com um idoso de 73 anos, ainda durante o seu internamento no hospital, após a alta da UTI. O idoso estava em uma enfermaria, com outras pessoas hospitalizadas e, em alguns momentos, com profissionais e estudantes. Foi admitido com diagnóstico médico de aneurisma da artéria poplítea, tendo sido submetido à correção do aneurisma e amputação no membro inferior esquerdo. Permaneceu na UTI por quatro dias, no mês de maio de 2015.

Percebeu-se que a sua cognição estava preservada e lembrava-se das situações pelas quais passou no hospital. Falou com muita vivacidade da unidade de emergência, setor pelo qual tinha um sentimento negativo devido à demora no atendimento e à superlotação, passando assim a compor parte de sua visão de mundo sobre o adoecimento e a hospitalização. Sobre a UTI, tinha um discurso positivo e afirmou que recebeu um bom atendimento.

Autoafirmou-se como da cor branca; trabalhou como lavrador e comerciante. No momento era aposentado e recebia um salário mínimo por mês. Quanto à sua educação formal, tinha apenas o ensino fundamental incompleto e professava a religião católica.

## 5.2 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A caracterização sociodemográfica dos participantes trouxe à tona informações relevantes para a interpretação dos resultados. Em alguns itens, como será descrito a seguir, os idosos se assemelham, já em outros, se distanciam.

Houve predominância de idosos que vivem na zona urbana (doze) e apenas dois vivem na zona rural. Com relação à origem, destaca-se que seis vieram do interior da Bahia, de regiões diversas como o Sul e Chapada Diamantina, em busca de tratamento hospitalar. Os outros oito participantes moravam na capital da Bahia, Salvador. Todos eles viviam com as suas famílias, geralmente em lares multigeracionais; eram casados, viúvos ou separados.

O conhecimento proveniente dessas características pode subsidiar a interpretação dos resultados. O meio onde vive uma pessoa idosa pode influenciar a sua visão de mundo, de acordo com o primeiro nível da forma lógica do Sol Nascente, e as suas expectativas com relação ao cuidado na hospitalização. Acredita-se que hajam diferenças culturais entre os idosos, tomando-se como referencial o local de moradia. Assim, as pessoas que são provenientes do interior, e da zona rural, poderão ter mais dificuldade de adaptação ao ambiente hospitalar, agir com mais estranheza e requerer da enfermagem sensibilidade, tendo em vista o estabelecimento da comunicação efetiva e do cuidado culturalmente congruente.

O envelhecimento populacional é responsável por alterações significativas nas estruturas sociais e na necessidade de serviços para atender às pessoas idosas. Junto com o envelhecimento da população, eleva-se também a prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (IBGE, 2009), o que poderá causar elevação dos custos hospitalares e da reabilitação, além do prolongamento da hospitalização.

Esse cenário traz como implicações para a enfermagem a necessidade de cuidados que considerem as especificidades do processo de envelhecimento, sobretudo no que se refere ao atendimento em Unidades de Terapia Intensiva. O Quadro 05 apresenta resultados da pesquisa no que diz respeito às variáveis sociodemográficas dos participantes.

**Quadro 05** - Caracterização dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva quanto às variáveis sociodemográficas. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Entrevista	Data	Local	Duração	Idade	Sexo	Cor referida	Profissão	Ocupação	Renda mensal	Escolaridade	Religião	Estado civil	Com quem mora
01	12/01/15 14/01/15	Domicílio	58'	82 a	F	Parda	Costureira	Aposentada	1 SM	Fundamental incompleto	Católica	Separada	Filha e netos
02	20/01/15 26/01/15	Domicílio	53'	66 a	F	Parda	Doméstica	Auxílio doença	1 SM	Mobral	Testemunha de Jeová	Solteira	Irmã e sobrinha
03	21/01/15	Domicílio	24'	71 a	M	Moreno	Frentista	Aposentado	1 SM	Fundamental incompleto	Evangélico	Casado	Esposa
04	27/01/15	Hospital	54'	78 a	M	Negro	Gari	Aposentado	1 SM	Fundamental incompleto	Adv. Sétimo dia	Casado	Esposa
05	04/02/15	Hospital	19'	72 a	M	Pardo	Relojoeiro	Aposentado	1 SM	Ensino médio	Católico	Separado	Irmã e filho
06	09/02/15 12/02/15	Hospital	37'	78 a	F	Preta	Lavradora	Aposentada	1 SM	Sem escolaridade	Católica	Viúva	Filhas
07	11/02/15 12/02/15	Hospital	65'	76 a	F	Parda	Doméstica	Aposentada	1 SM	Fundamental incompleto	Evangélica	Casada	Esposo
08	26/02/15	Domicílio	18'	64 a	M	Mulato	Pedreiro	Aposentado	1 SM	Sem escolaridade	Católico	Casado	Esposa
09	02/03/15	Hospital	22'	65 a	F	Morena	Lavradora	Aposentada	1 SM	Sem escolaridade	Católica	Casada	Esposo
10 <sup>12</sup>	16/03/15	Hospital	-----	68 a	F	Parda	Doméstica	Aposentada	1 SM	Fundamental incompleto	Católica	----	----
11	25/03/15	Hospital	56'	72 a	M	Moreno	Lavrador	Aposentado	1 SM	Sem escolaridade	Católico	Casado	Esposa e filhos
12	06/04/15	Hospital	27'	67 a	F	Morena	Ascensorista	Aposentada	1 SM	Fundamental	Católica	Separada	Filhos

<sup>12</sup> Participante não incluído no estudo por falta de condições cognitivas.

										incompleto			
13	15/04/15	Hospital	36'	64 a	M	Branco	Comerciante	Comerciante	3 SM	Fundamental completo	Católico	Casado	Esposa e filha
14	24/04/15	Domicílio	30'	65 a	F	Negra	Costureira Serviços gerais	Aposentada	1 SM	Fundamental incompleto	Católica	Casada	Esposa, filhos e netos
15	14/05/15	Hospital	28'	73 a	M	Branco	Lavrador Comerciante	Aposentado	1 SM	Fundamental incompleto	Católico	Casado	Esposa

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

**Legenda:** a: anos      M: masculino      F: feminino      SM: salário mínimo      ': minutos

Realizaram-se seis entrevistas, cujos internamentos ocorreram entre 2013 e 2014, e oito relativas a hospitalizações em 2015. Houve igual distribuição entre ambos os sexos; a idade dos participantes variou entre 64 e 82 anos, com a maior distribuição entre 71 e 78 anos (07). Com relação à cor da pele referida, houve predominância de afrodescendentes (12) e apenas dois referiram ser da cor branca.

Todos os participantes informaram ter exercido profissões que não exigem educação formal ou que requerem baixa escolaridade. No que diz respeito à ocupação atual, apenas um afirmou trabalhar; os demais eram aposentados ou recebiam auxílio doença de apenas um salário mínimo. A grande maioria dos participantes (13) foi composta por pessoas analfabetas ou com ensino fundamental incompleto; e de religião católica (10).

Um estudo realizado no mesmo hospital, com uma amostra de 22 idosos sob cuidados paliativos, mostrou predominância de idosos do sexo masculino, 55,6%; afrodescendentes, 77,3%; católicos, 63,6%; alfabetizados, 45,4%; que exerceram a ocupação de serviços gerais, 28,6%; com rendimentos mensais provenientes da aposentadoria, 77,3%; e que moravam com a família, a qual dependia da sua renda mensal, 68,2% (AMARAL, 2013).

Uma característica marcante entre os idosos brasileiros é o baixo poder aquisitivo, sendo as aposentadorias e pensões as principais fontes de renda, concordando com os dados encontrados neste estudo. Dados sintetizados pelo IBGE revelam que 76,8% das pessoas idosas recebe algum benefício da previdência social; 48,1% têm rendimento de todas as fontes igual ou superior a um salário mínimo, enquanto cerca de um a cada quatro idosos reside em domicílios cujo rendimento mensal *per capita* é inferior a um salário mínimo (IBGE, 2012).

No tocante ao grau de instrução, as pessoas com mais de 60 anos no Brasil têm em média 3,9 anos de estudo, sendo que 32% têm menos de um ano de estudo, também concordando com os resultados aqui encontrados (IBGE, 2012). É importante destacar que a idade não pode ser tomada como requisito para não a implementação de cuidados intensivos. Todos os participantes exerciam algum tipo de atividade e desejavam continuar ativos e produtivos para si mesmos, para sua família e para a sociedade.

Em estudo realizado por Luz *et al.* (2014), no Rio Grande do Sul, com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e de hábitos de vida de idosos, encontrou-se um percentual de 64,8% de mulheres, com média de idade de 70,83 anos. Do total, 53,8% eram casados e 32,1%, viúvos. Com relação à escolaridade, 60,1% tinham menos de cinco anos de estudo, sendo que quanto maior era a idade, menor o tempo de estudo. Já a renda familiar



mensal predominante foi de até dois salários mínimos, 68,4%, proveniente de aposentadorias e pensões.

Um estudo de base populacional realizado por Assumpção *et al.*, (2014), em um município de São Paulo, encontrou a média de idade de 69,9 anos, com a predominância de mulheres, 57%, da cor branca, de religião católica. Com relação à escolaridade, 39,9% tinham entre quatro e oito anos de estudo; a renda mensal foi menor que um salário mínimo, em 39,1%. Com relação à religião, 66,6% dos idosos afirmaram ser católicos, seguidos por 21,6% de evangélicos (ASSUMPCÃO *et al.*, 2014). Esses dados apresentam a mesma tendência da amostra desta pesquisa, visto que, quanto à religião, há predominância de católicos, seguidos pelos evangélicos, embora não se possa estabelecer comparação, pois esta não se realizou uma pesquisa de base populacional.

Luz *et al.* (2014) consideram que a baixa instrução dos idosos repercute negativamente em sua saúde, pois podem ocorrer problemas em consequência do uso incorreto de medicamentos e do não seguimento de prescrições, por exemplo. No tocante aos profissionais da saúde, a responsabilidade em lidar com essa parcela da população aumenta, uma vez que o tipo e a forma de linguagem utilizada na comunicação precisam ser direcionadas para essa especificidade.

O Quadro 06 apresenta a caracterização dos participantes com relação às variáveis clínicas. No grupo de idosos estudado, o tempo de permanência na UTI variou entre três e trinta e seis dias, sendo que nove idosos estiveram na UTI por menos de 10 dias, e cinco, por mais de 10 dias.

Estudos realizados entre pacientes idosos hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras revelam que de 50 a 53,3% pertencem ao sexo masculino. A média de permanência nessas unidades varia entre três e seis dias, sendo que de 26,8 a 35,9% dos idosos permanecem por mais de 10 dias. A taxa de mortalidade oscila entre 28 a 45,1% (SOUSA *et al.*, 2008).

**Quadro 06** - Caracterização dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, quanto às variáveis sociodemográficas. Salvador, Bahia, Brasil. 2016

Entrevista	Idade (anos)	Tempo na UTI (dias)	Diagnóstico médico	Comorbidades	MEEM
01	82	20	Síncope DAOP	HAS DM	25
02	66	10	IAM	HAS DM Doenças osteoarticulares Cardiopatia	29
03	71	06	Dor abdominal	Nega	23
04	78	04	Cardiomiopatia dilatada	HAS Hiperplasia prostática	24
05	72	17	Hernioplastia inguinal	Doença respiratória	30
06	78	06	TVP	HAS Doença de Chagas	23
07	76	08	TU cerebral	HAS DM	21
08	64	03	Isquemia MMII DAOP	DM Cardiopatia Hipercolesterolemia Doença Vascular	22
09	65	05	Aneurisma cerebral Clipagem de aneurisma	Artrose Osteoporose	22
11	72	13	Laparotomia exploratória (LAPA) Colectomia Reabordagem cirúrgica (RELAPA) Sepse	Tabagismo	21
12	67	36	IRC	HAS DM IRC	18
13	64	04	Tumor de intestino LAPA	Nega	29
14	65	20	DAOP EAP Amputação SPD	HAS DM Ex-tabagista	21
15	73	04	Aneurisma de MIE POT de amputação de MIE Correção de aneurisma de MIE	Nega	25

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

**Legenda:**

**DAOP:** Doença Arterial Obstrutiva Periférica

**IAM:** Infarto Agudo do Miocárdio

**TVP:** Trombose Venosa Profunda

**MMII:** Membros Inferiores

**ICC:** Insuficiência Cardíaca Congestiva

**IRC:** Insuficiência Renal Crônica

**EAP:** Edema Agudo de Pulmão

**SPD:** Supra Patelar Direita

**MIE:** Membro Inferior Esquerdo

**POT:** Pós-Operatório Tardio

**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica

**DM:** Diabetes Mellitus

O diagnóstico que demandou a hospitalização foi predominantemente de doenças cardiovasculares (08). As comorbidades mais presentes são hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias. A causa mais frequente de internação hospitalar entre os idosos brasileiros é a insuficiência cardíaca. Na sequência aparecem a pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral. Já o diabetes e hipertensão aparecem entre as seis principais causas nas mulheres. Estudos sobre as condições de saúde das pessoas idosas indicam elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. As doenças crônicas são aquelas que acompanham a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter alternância entre fases agudas com momentos de piora e melhora (IBGE, 2009).

Em estudo de base populacional realizado no interior de São Paulo, a prevalência de diabetes foi de 21,7%; a de hipertensão arterial foi de 51,3%; 11,5%, de tabagismo. Com relação à presença de doenças crônicas, 47,5% afirmaram ter de uma a duas e 33,1%, ter três a mais DCNT, confirmando a elevada prevalência dessas comorbidades na população brasileira (ASSUMPCÃO *et al.*, 2014).

No planeta, um em cada onze adultos tem diabetes. No ano de 2015 ocorreram 5 milhões de mortes no mundo em consequência dessa doença. O gasto relacionado com tratamento e complicações de diabetes foi de 12% de todo o gasto na saúde (IDF, 2015). A prevalência global de DM é de 8,3%, sendo que 77% dessas pessoas vivem em países em desenvolvimento. A expectativa é que haja 205 milhões de novos casos diagnosticados em 2035. A prevalência na América do Sul e Central é de 8,1%, sendo que 27,4% de casos não são diagnosticados. O Brasil ocupa a quarta posição mundial em número de pessoas com diabetes, com 14,3 milhões (IDF, 2015), e a prevalência em 2014 foi de 8,68% (IDF, 2014).

Um estudo sobre o perfil epidemiológico de pacientes com DM em Salvador, Bahia, Brasil, entre os anos de 2002 e 2012, encontrou 86% de pacientes com DM tipo 2 e 14%, com DM tipo 1. As comorbidades encontradas em associação ao DM foram o pé diabético (2,5%), com evolução de alguns casos para a necessidade de amputação; acidente vascular cerebral (1,8%); doença renal (1,6%); e infarto agudo do miocárdio (1,4%) (PALMEIRA; PINTO, 2015).

Em estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com DM, encontrou-se uma interferência negativa referida a essa DCNT na vitalidade; associada com limitação física; com a diminuição na capacidade funcional; em aspectos sociais e emocionais (CHIBANTE *et al.*, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBH, 2010).

Informações provenientes do Inquérito Nacional de Alimentação, realizado com o objetivo de estimar a ingestão inadequada de nutrientes na população idosa brasileira, encontrou um percentual elevado de ingestão de sódio, demonstrando um risco potencial à saúde pelos efeitos sobre a elevação da pressão arterial (FISBERG *et al.*, 2013). A comida salgada e gordurosa é tida como a alimentação adequada, em determinadas culturas. Ou seja, é a comida verdadeira, a que dá sustância. Já a comida com menos sal e sem gordura, é tida como fraca e leva ao adoecimento (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Dados da Organização Mundial da Saúde sinalizam que a hipertensão arterial é o maior fator de risco cardiovascular conhecido, e estimam que 17,2% das mortes que ocorrem nos países em desenvolvimento sejam em decorrência desta DCNT (WHO, 2009).

Um estudo de revisão sistemática referente aos anos de 2003 a 2008, publicado em 2010, com 44 estudos de 35 países, revelou prevalência global de HAS de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. No Brasil, as doenças cardiovasculares têm sido responsáveis por cerca de 29% das mortes. São ainda responsáveis por altas taxas de hospitalizações, com altos custos para os serviços de saúde. Com relação à prevalência, encontrou-se a média de 32,5% entre adultos. No grupo etário entre 60 a 69 anos, a prevalência é de cerca de 50%; e fica em torno de 75%, nas pessoas com mais de 70 anos. Devido à alta prevalência e às complicações associadas, a HAS é considerada como um dos mais importantes problemas de saúde pública (SBH, 2010).

Luz *et al.* (2014) salientam que o conhecimento das condições de vida, de saúde, econômicas e o suporte social aos idosos brasileiros são importantes para o planejamento das demandas crescentes por serviços de suporte. No caso do Brasil, o envelhecimento se torna mais desafiador devido ao crescimento acelerado e à precariedade nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no contexto de fragilidade econômica, pobreza e desigualdades sociais.

A convivência de pessoas idosas com DCNT pode levar a uma redução na atividade física, maior dependência para a realização de atividades da vida diária. Além de impor

limitações para sair, passear e viajar sozinhos. Nesse sentido, pode gerar ansiedade, angústia, tristeza, sofrimento psicológico e queda na qualidade de vida em decorrência das mudanças no estilo de vida requeridas para a adaptação à doença crônica (ROCHA; CIOSAK, 2014).

A caracterização sociodemográfica dos participantes cria a possibilidade de se estabelecer relação com a Teoria do Cuidado Cultural, de Leininger (LEININGER, 1985; 2008). A partir do que foi descrito e discutido nesta seção, foi possível identificar fatores da dimensão social e cultural, os quais estão diretamente relacionados ao contexto ambiental, no segundo nível da forma lógica do Sol Nascente (Figura 01).

Nesse sentido, destacam-se os fatores religiosos, os de parentesco, os econômicos e os educacionais. Tais fatores permeiam o contexto ambiental onde vivem os idosos. Assim, pode-se concluir que a identificação do conhecimento *émic*, pela enfermagem, pressupõe a apreensão do contexto de vida dos idosos, que influencia suas visões de mundo e suas culturas.

Os resultados desta pesquisa trazem ainda como implicação a necessidade de planejar uma rede de serviços adequada às necessidades dessa população, que tem, dentre outras características, baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, porém são ricos em cultura e em suas histórias de vida. Assim, destaca-se a importância da estruturação dos serviços de saúde; da capacitação de profissionais de diversas áreas para atendê-los nas suas especificidades, dentre eles, os da enfermagem; implementação de políticas públicas como a Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso, que, a despeito de já contarem com alguns anos de formuladas, ainda carecem de cumprimento. Faz-se necessário também o desenvolvimento de uma cultura de solidariedade referente às causas dos idosos, bem como a sensibilização para o respeito e a valorização do envelhecimento, seja na família, nos serviços ou na sociedade.

### **5.3 Análise lexical do *corpus* da pesquisa pelo *software* ALCESTE**

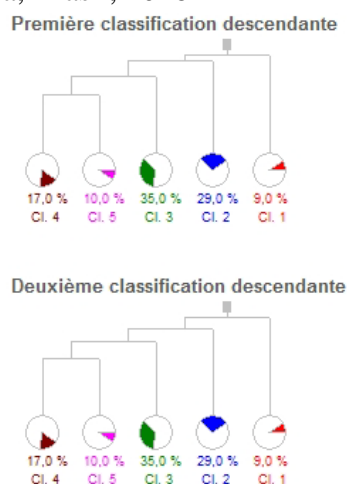
Neste item serão apresentadas as configurações utilizadas pelo *software* ALCESTE na análise do *corpus* da pesquisa.

### 5.3.1 Configuração utilizada

O *software* ALCESTE realizou a análise do *corpus* segundo as etapas A, B, C e D, conforme foram descritas na metodologia. Depois de analisar o vocabulário, o programa computacional utilizado procedeu à divisão do texto e à classificação. Os parâmetros utilizados foram os da configuração padrão e os cálculos foram efetuados de acordo com o tamanho do *corpus*. Na configuração padrão, são usadas duas classificações sucessivas para baixo, no sentido vertical, nas Unidades de Contexto Iniciais pela variação do comprimento de cada unidade de texto analisada, e, no sentido horizontal, a fim de assegurar a estabilidade final das classes e descartar quaisquer mudanças devido ao corte do *corpus*.

Na análise padrão, os parâmetros são predefinidos pelo *software* que executa duas classificações sucessivas, a fim de reter as classes mais estáveis (Figura 03). A dupla classificação torna-se necessária quando o *corpus* é grande. O *software* ALCESTE analisou todas as palavras com frequência mínima igual a quatro, presentes nas Unidades de Contexto Elementar.

**Figura 03** - Primeira e segunda classificações descendentes do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A comparação entre as duas classificações (primeira e segunda classificação) recupera a interseção entre elas e garante que haja um máximo de texto a ser selecionado, representando as ideias e os temas dominantes do *corpus*. As classes são compostas de UCE,

classificadas de acordo com a sua associação  $\chi^2$  ou Phi, com as respectivas classes. A Figura 03 exemplifica a primeira e segunda classificação descendentes do *corpus*, mostrando que houve estabilidade das classes resultantes.

### 5.3.2 Tratamento dos dados pelo *software* ALCESTE

O Quadro 07 demonstra as informações preliminares identificadas no *corpus* da pesquisa pelo programa utilizado. Na análise padrão, somente substantivos, verbos (exceto os verbos auxiliares ser e ter), adjetivos, advérbios e formas não reconhecidas; ou seja, palavras que não constam no vocabulário padrão do *software* foram analisadas na medida em que estivessem presentes pelo menos quatro vezes no *corpus*.

Durante a fase preliminar da análise, o *software* ALCESTE, tendo estabelecido o dicionário das formas do *corpus*, conduz a redução das palavras para formar um dicionário de formas reduzidas, denominado de radical. Essas formas são classificadas segundo o seu efeito no *corpus*.

**Quadro 07** - Informações preliminares sobre a análise do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Número de entrevistas ou unidades de contexto iniciais (UCI)	14
Número de formas analisáveis contidas no <i>corpus</i>	44.978
Número de formas analisáveis distintas	3.997
Número de formas presentes apenas uma vez no <i>corpus</i>	1.832
Número de Unidades de Contexto Elementar (UCE)	1337
Porcentagem de riqueza do vocabulário	98,47%
Frequência mínima de uma palavra incluída na análise	4
Número médio de palavras analisadas por UCE	14,08
Número de variáveis	5
Índice de Pertinência (IP) / Relevância	79%

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

O banco de dados proveniente das quatorze entrevistas realizadas foi exportado para o programa ALCESTE. Durante o processamento, foram identificadas 44.978 formas analisáveis, ou seja, palavras plenas e que possuem um significado no banco de dados. Dessa forma, para a análise, o programa não considera palavras com função auxiliar, como artigos,

por exemplo. Foram identificadas 3.397 formas analisáveis distintas. As 1.832 formas presentes, apenas uma vez no *corpus* não foram incluídas para análise, pois o *software* só considera as que têm uma frequência mínima de quatro vezes.

O programa identificou uma riqueza de vocabulário de 98,47%, indicando que existia homogeneidade na composição do vocabulário. Ao final, foram retidas para a classificação 79% do texto.

#### 4.3.3 Classificação do *corpus* da pesquisa

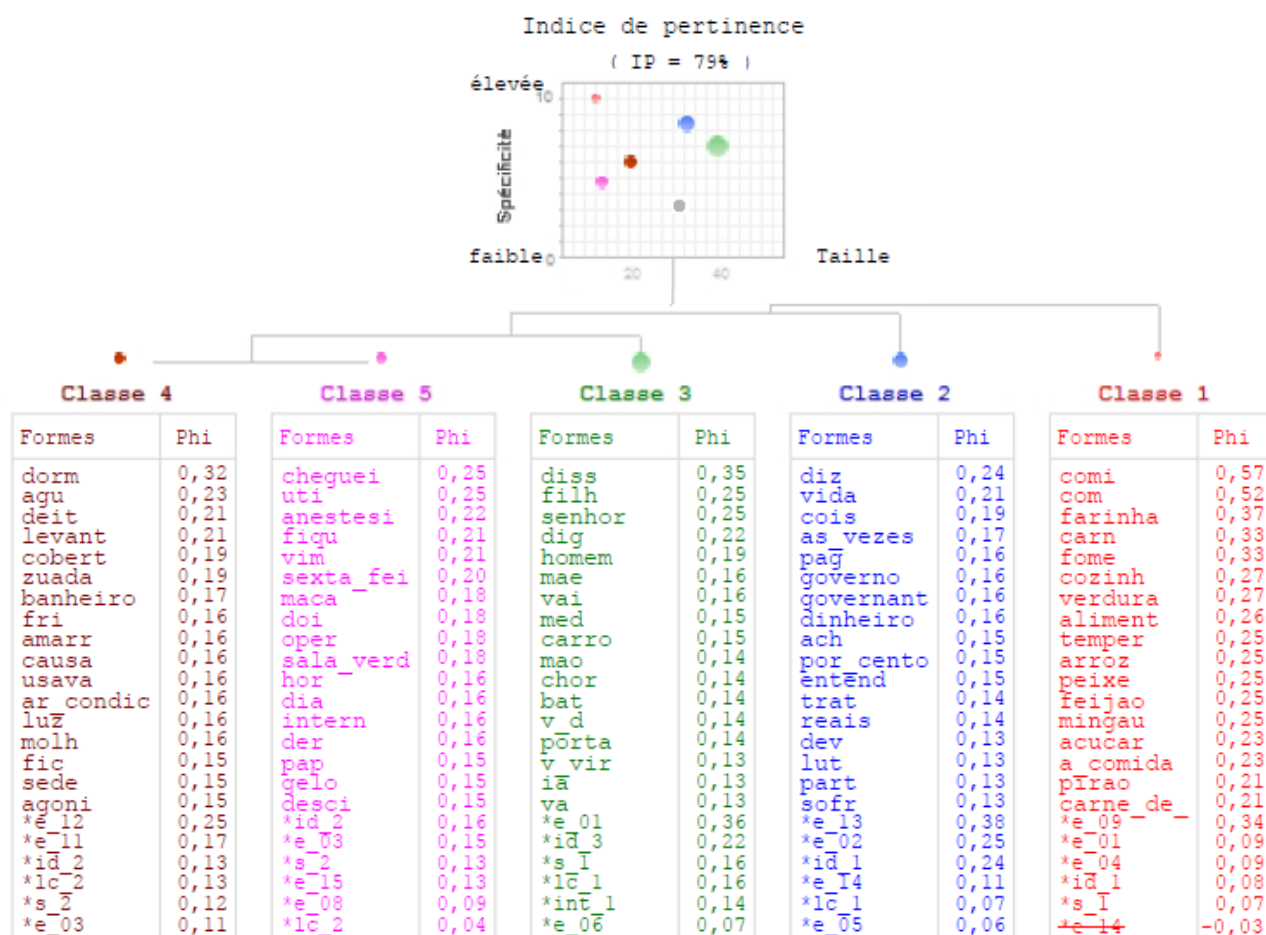
A Figura 04 representa a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus*. Como indicado, 79% das unidades textuais do *corpus* foram classificadas (índice de relevância ou pertinência) e as 21% restantes foram rejeitadas para a análise. As UCEs excluídas da análise (21%) não se relacionam com as classes formadas e não possuem homogeneidade suficiente para a formação de uma nova classe. As unidades classificadas foram divididas em cinco grupos, os quais são chamados pelo *software* de classes de enunciados significativos ou simplesmente classes.

Na CHD, o programa ALCESTE realiza o agrupamento de palavras ou radicais para a formação das classes. À esquerda de cada coluna está descrita a forma analisada e incluída em cada classe e à direita, o valor do coeficiente Phi, escrito em centésimos, indicando o valor da ligação entre a palavra e a classe, como ilustrado na Figura 04. Quanto mais próximo de um, maior foi a contribuição da forma para a constituição da classe.

A ordem das classes foi fornecida automaticamente, de acordo com a proximidade dos seus conteúdos. As cores e as figuras também foram geradas de forma automática pelo *software*.



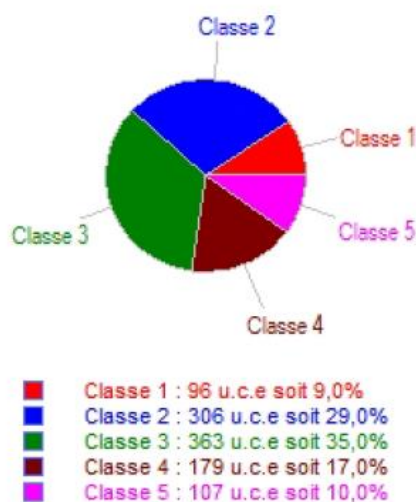
**Figura 04** - Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A classe um contém 96 UCE, ou 9% do total incluído na análise; a classe dois contém 306 UCE, ou 29%; na classe três foram agrupadas 363 UCE, o que representa 35%; na classe quatro, estão 179 UCE, equivalendo 17%; e na classe cinco, 179 UCE, ou 10% do total, conforme pode ser observado na Figura 05.

**Figura 05** - Distribuição das Unidades de Contexto Elementar do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, classificadas pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

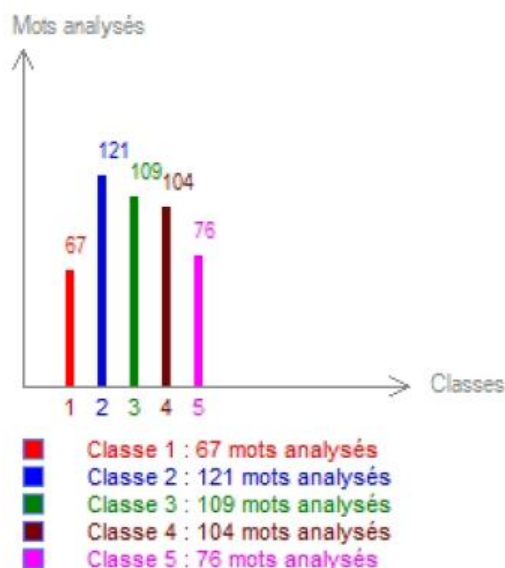


**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A Figura 06 mostra a quantidade de palavras plenas diferentes que foram agrupadas em cada classe. São consideradas como palavras plenas aquelas que possuem um sentido em si e foram consideradas na classificação do texto. São elas, os substantivos; verbos, com exceção dos verbos auxiliares ser, ter; adjetivos e advérbios. As demais são consideradas como palavras ferramentas, não sendo consideradas no cálculo. Para o *software* ALCESTE, as palavras ferramentas são os artigos, preposições, conjunções, pronomes e os verbos auxiliares e modais.

Assim, verifica-se que para a constituição da classe um foram analisadas 67 diferentes palavras; na classe dois foram analisadas 121, sendo esta a maior dentre as cinco classes formadas; na classe três, 109; na classe quatro, 104; e na classe cinco, 76 palavras diferentes.

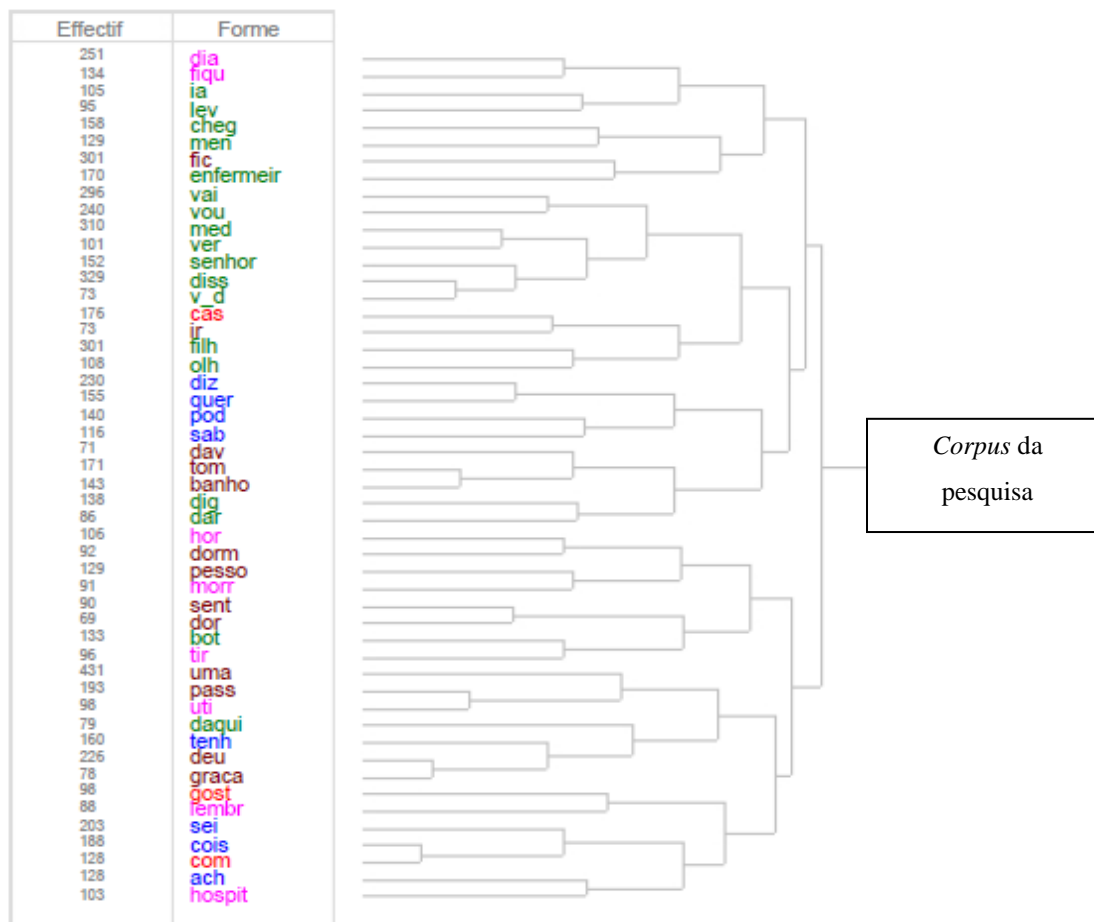
**Figura 06** - Distribuição do número de palavras analisadas pelo *software* ALCESTE 2012, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, segundo as classes. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A Figura 07 representa a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA), a partir de 50 formas analisadas, dentre as cinco classes originadas do *corpus*. Como já foi explicitado, as cores foram geradas automaticamente e cada cor representa uma classe. A CHA é importante para a análise dos conteúdos presentes em cada classe, ilustrando por meio das suas partições ou ramificações, as proximidades e distanciamentos entre as palavras ou radicais considerados. À esquerda da figura está representada a quantidade de vezes que a palavra esteve presente no *corpus*, identificado pela palavra Effectif ou abreviado como Eff.

**Figura 07** - Classificação Hierárquica Ascendente do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

#### 5.4 Apresentação e discussão das classes

Nesta seção serão apresentadas e discutidas as cinco classes e suas respectivas subclasses resultantes da análise do *corpus* da pesquisa pelo *software* ALCESTE. Como padrão para a apresentação dos resultados, será adotada a seguinte ordem: apresentação das formas reduzidas de cada classe, com o valor de associação (Phi); as suas frequências no *corpus* e na classe; o percentual de aproveitamento na classe; e a exemplificação das palavras em seu contexto semântico.

Em seguida, apresentam-se as variáveis identificadoras dos participantes –número da entrevista, faixa etária, sexo, local de realização da entrevista e período do internamento –, de

acordo com as respectivas contribuições para a formação de cada classe. Na Classificação Hierárquica Ascendente são ilustradas as formas de cada classe com os valores do Phi e a divisão em subclasses.

Para as discussões, fundamentou-se na Teoria do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger, e em estudos sobre memórias e envelhecimento. Considera-se que a memória e a capacidade de recordar estão preservadas com o envelhecimento, superando assim o estereótipo de que todos os idosos esquecem com facilidade e não conseguem realizar tarefas que requer o emprego de aprendizagens prévias. A velhice não é necessariamente a raiz dos problemas de esquecimento (MCGRAPH, 2016).

As pessoas idosas recordam menos detalhes específicos das experiências, porém preservam informações concretas sobre os atos vividos e são tão capazes de utilizá-las quanto os jovens. Estudo recente, publicado no periódico *Topics on Cognitive Science*, sugere que pode haver uma subestimação da memória das pessoas idosas, podendo esta ser até mais consistente do que a de jovens (AIZPURUA; KOUTSTALL, 2015).

A idade não está relacionada com uma perda constante da função cerebral. A diferença do uso da memória entre pessoas idosas e jovens pode ser explicada pelo maior tempo requerido pelos idosos para processar a informação a cada vez que esta é requerida, devido à grande quantidade de conhecimento armazenada, porém sem significar perda da capacidade mnemônica (RAMSCAR *et al.*, 2014).

Anrup e Medina (2001) destacam que, ao se resgatar as memórias como um documento oral, considera-se que cada segmento do relato pessoal é parte de uma história de vida mais complexa e extensa. Para cada rememoração existem diferentes omissões, já que a pessoa se limitará às perguntas ou às respostas. Assim, toda recordação também implica esquecimento.

A memória não é uma verdade universal, mas a manifestação de um processo construtivo representado pelas convenções sociais, discursos, identificação de grupo, desejos, repressões e emoções. As recordações, então, são representações dinâmicas, mutáveis e contextualizadas. Portanto, em todo processo de rememoração há também esquecimento e silêncios, os quais possuem alto valor significativo (ANRUP; MEDINA, 2001).

As memórias sobre as aprendizagens adquiridas definem a identidade de cada pessoa, constitui sua história e sua bagagem para a vida. Essa bagagem pode ser modificada, renovada, substituída; novas memórias podem ser adquiridas, e aquelas que já não são úteis,

esquecidas. De acordo com Becerra (2012, p. 63), “somos o que somos porque recordamos nossas vivências e também porque esquecemos ao longo dos anos de nossa vida”.

#### 5.4.1 Classe um - Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos

O Quadro 08 apresenta a distribuição das formas reduzidas classe um, com o valor do  $\Phi \geq 0,12$ , a frequência no *corpus* e na classe, além do percentual de aproveitamento da forma na classe.

**Quadro 08** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe um. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Forma reduzida	Phi	f corpus	f classe	% na classe	Contexto semântico
comi	0,57	51	36	95	comi
com +	0,52	64	45	67	coma, come, comer, comesse, comeu, comia
farinha	0,37	26	16	94	farinha
carn+	0,33	17	13	93	carne, carneiro
fome	0,33	17	13	93	fome
cozinh +	0,27	08	08	100	cozinhado, cozinhar, cozinjava
verdura	0,27	11	08	100	verdura, verduras
aliment +	0,26	22	13	62	alimentação, alimentar, alimentava
temper +	0,25	12	09	82	temperada, temperando, tempero
arroz	0,25	07	07	100	arroz
peixe	0,25	10	08	89	peixe
feijão	0,25	10	07	100	feijão
mingau	0,25	10	07	100	mingau
açúcar	0,23	07	06	100	açúcar
a_comida	0,23	21	15	48	a_comida, a_comidas
pirão	0,21	06	05	100	pirão
carne_de_frango	0,21	05	05	100	carne_de_frango
carne_de_galinha	0,21	05	05	100	carne_de_galinha
limão	0,19	04	04	100	limão
cheiro	0,19	04	04	100	cheiro
fastio	0,19	04	04	100	fastio
macarrão	0,19	04	04	100	macarrão
comendo	0,19	14	08	57	comendo
prat +	0,17	05	04	80	prato
fruta	0,17	05	04	80	fruta, frutas
banana	0,16	03	03	100	banana, bananas
queijo	0,16	03	03	100	queijo
lav +	0,15	15	07	47	lavada, lavado, lavar, lavava, lavo

café	0,15	19	08	42	café
merend +	0,15	06	04	67	merenda, merendendo, merendava
roça	0,14	04	03	75	roça
suco	0,14	04	03	75	suco
cozid +	0,14	04	03	75	cozida, cozido
pouquinho	0,13	10	05	50	pouquinho
doendo	0,12	05	03	60	doendo

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

O Quadro 09 apresenta as variáveis associadas à classe um, com o valor do Phi, a frequência no *corpus*, na classe e o percentual de suas contribuição para a classe. Com base na observação, depreende-se que as maiores contribuições para a formação da classe um vieram dos idosos que concederam as entrevistas 09, 01 e 04; na faixa etária 01, ou seja, aqueles que tinham entre 60 e 69 anos; e os pertencentes ao sexo 01, feminino. O local onde foi realizada a entrevista e o período do internamento não interferiram nesta classe, dando a entender que não houve diferença com relação a essas duas variáveis.

**Quadro 09** - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe um, Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Variáveis	Phi	f corpus	f classe	% classe
*e_09	0,34	44	25	57
*e_01	0,09	138	22	16
*e_04	0,09	105	18	17
*id_1	0,08	235	32	14
*s_1	0,07	642	70	11

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

O retângulo das especificidades observado na Figura 04, que apresenta a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus*, indica que a classe um, “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos”, é a mais específica, pois é a primeira a ser destacada na árvore de classificação. A Figura 07 representa o dendograma da Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) gerada a partir da análise pelo ALCESTE 2012. Na figura referida estão representadas as formas com valor do Phi maior ou

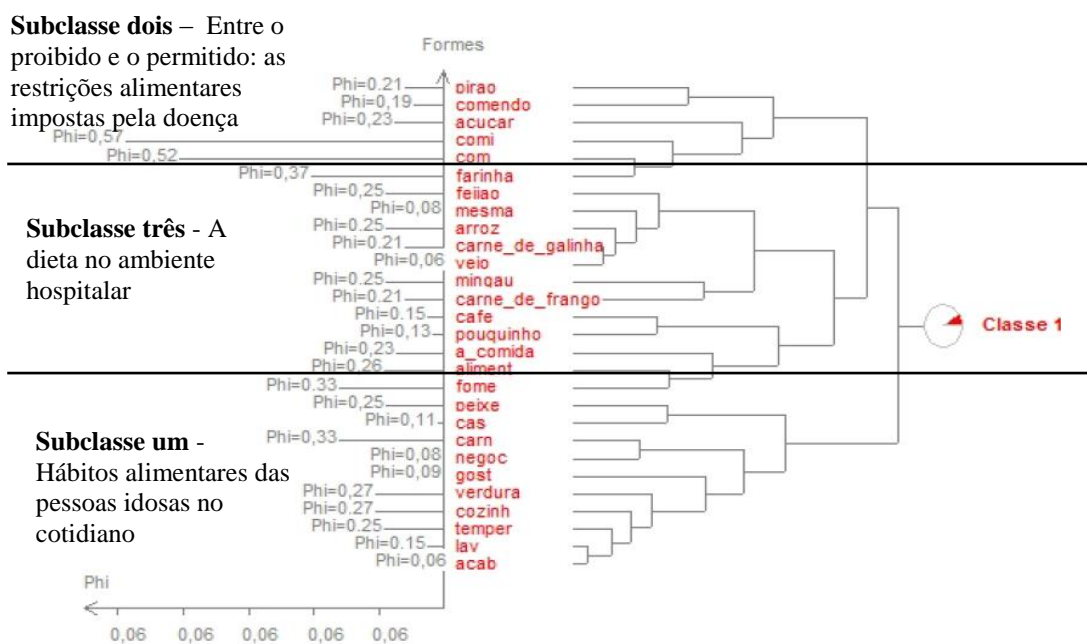
igual a 0,06. O Phi representa o valor da associação da forma com a classe. Assim, quanto maior for o seu valor, maior é a associação.

O vocabulário da classe um, “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos”, é mais homogêneo, representando 9% de unidades textuais classificadas (8% do corpus inicial) e é caracterizada por formas como: comi, com, farinha, carn, fome, cozin, como sendo as mais representativas. Nesta classe estão 96 UCE.

Os advérbios aqui, já, agora, e interjeições como meu\_deus, bom, certo, tem, muito bom, são exemplos de palavras representados nesta classe, além das palavras plenas; ou seja aquelas que possuem significados, como substantivos, adjetivos e verbos.

A partir da análise da Classificação Hierárquica Ascendente da classe um (Figura 08), nota-se que o dendograma inicia com duas partições, também denominado de níveis de análise, e em cada uma delas, há ramificações menores. Cada partição representa um grupo de radicais ou formas com mais afinidade entre si, em termo de significado contextual.

**Figura 08** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe um, Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, pelo *software* ALCESTE 2012. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.



A primeira partição, na porção inferior do dendograma, mostra as formas peixe (Phi 0,25), cas+(casa; Phi 0,11), carn+(carne, carneiro; Phi 0,33), negoc+(negócio, negocinho, negócio; Phi 0,08), gost+(gosto, gosta, gostava, gostoso; Phi 0,09), verdura (Phi 0,27), temper+(tempero, temperado, temperando; Phi 0,25), cozin+(cozinhado, cozinhando, cozinhou; Phi 0,27), lav+(lavar, lavo, lavava, lavada, lavava; Phi 0,15) e acab+(acaba, acabar; Phi 0,06).

A partir da leitura dessas formas no contexto das entrevistas, constatou-se que os radicais destacados na primeira partição do dendograma estão relacionados com os hábitos alimentares das pessoas idosas em suas casas, os alimentos que gostam de comer e o ritual de preparo desses alimentos. Essa partição deu origem à subclasse um, “Hábitos alimentares das pessoas idosas no cotidiano”.

Na parte superior do dendograma representativo da CHA da classe um, “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos” (Figura 08), observa-se a segunda partição, com duas outras ramificações. Essas duas ramificações estão mais relacionadas entre si, com base na observação da figura e pelo conteúdo que representam.

Observa-se a presença das formas pirão (Phi 0,21), comendo (Phi 0,19), açúcar (Phi 0,23), comi (Phi 0,57), com+(coma, come, comer, comesse, comeu, comia; Phi 0,52) e farinha (Phi 0,37). O verbo comer e suas conjugações aparecem relacionados a farinha, açúcar e pirão. Ou seja, revela a memória relativa ao consumo de farinha com açúcar e como ingrediente para preparar pirão, por exemplo. A partir da análise, constata-se que estão relacionadas aos hábitos alimentares, nas entrevistas, e que expressam as proibições em termos alimentares sofridas a partir da presença de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão arterial e cardiopatias. Essa ramificação originou a segunda subclasse, denominada “Entre o proibido e o permitido: restrições alimentares impostas pela doença”.

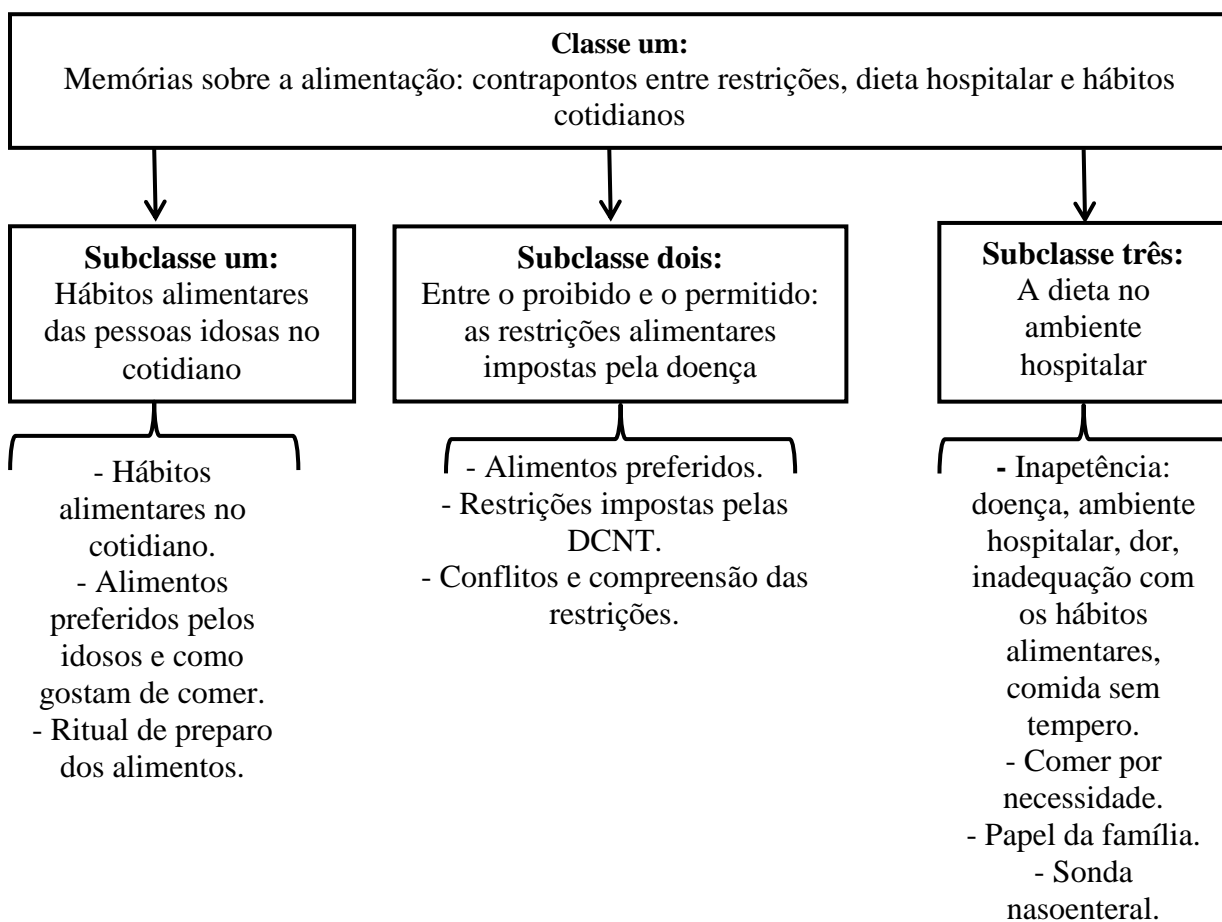
A segunda ramificação, originária da segunda partição da CHA (Figura 08), agrupou por semelhança, no contexto das entrevistas, as formas feijão (Phi 0,25), mesma (Phi 0,08), arroz (Phi 0,25), carne\_de\_galinha (Phi 0,21), veio (Phi 0,06), mingau (Phi 0,25), carne\_de\_frango (Phi 0,21), café (Phi 0,15), pouquinho (Phi 0,13), a\_comida (Phi 0,23), aliment+(alimentação, alimentar, alimentava; Phi 0,26) e fome (Phi 0,33). A forma a\_comida

foi escrita com o artigo “a” e o traço baixo (*underline*) na preparação do texto para análise pelo *software* ALCESTE 2012 para diferenciar da palavra comida, substantivo, do verbo comer, pois possuem o mesmo radical.

Essas formas, nas entrevistas, estão relacionadas às memórias das pessoas idosas sobre a alimentação enquanto estavam internadas. Esse grupo de formas originou a terceira subclasse, denominada “A dieta no ambiente hospitalar”.

A classe um, com suas respectivas subclasses são melhor explicadas na figura seguinte.

**Figura 9** - Ilustração da classe um, Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

#### 5.4.1.1 Hábitos alimentares das pessoas idosas no cotidiano

As UCEs que foram agrupadas na subclasse um, “Hábitos alimentares das pessoas idosas no cotidiano” mostram o significado do valor atribuído pelas pessoas idosas à alimentação em seu cotidiano. Essas UCEs revelam a força da cultura alimentar para os idosos entrevistados.

As UCEs apresentadas a seguir destacam os hábitos alimentares das pessoas idosas entrevistadas marcados pelas suas preferências alimentares e pelo modo de preparo.

UCE nº. 859, Phi = 0,08 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas em casa eu sempre compro meu leite, como meu leite, como minha farinha de aveia, de tudo; faço meu mingau; vou comendo minhas frutas. Banana a gente quase que nem compra porque tem da roça mesmo.

UCE nº. 442, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Aí eu fui na geladeira, abri, peguei o vatapá que estava duro, aí botei uma água na panela, botei ele para aquecer, depois joguei ele dentro daquela caldaria de peixe e aquele negócio. Aí vim de lá para cá com uma concha de quiabo cortado, outra concha de efó, sambei [joguei] por cima!

UCE nº. 884, Phi = 0,03 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

[...] Aí agora vou mandar pegar uma galinha para prender lá, para no outro dia matar para comer, aí sim. Para comer com feijão e farinha; é a comida boa! [risos] Você sabe que farinha com feijão e uma carinha\_de\_frango é muito bom para a gente comer? É melhor do que essas a\_comidas.

UCE nº. 849, Phi = 0,03 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu gosto de ovo cozinhado, bem molinho, com sal, sal pouco porque eu não gosto de sal um bando [em grande quantidade]; meu sal é certo, um pouquinho de sal com uma cebolinha.

Nota-se que os hábitos alimentares das pessoas idosas em seu cotidiano englobam alimentos como o mingau feito com leite e aveia; e frutas, como a banana, que são produzidas pelos próprios idosos. A farinha de mandioca é consumida de diversas formas, desde pura, com feijão, com açúcar, e utilizada como base para pirão e escaldado. Destaca-se também a presença de elementos da culinária baiana, como o vatapá, o quiabo, o efó e o peixe. Esses hábitos alimentares revelam a força da tradição e da cultura do meio em que vivem e do qual são produto.

Alimentar-se é o ato mais elementar do ser humano, sendo indispensável às pessoas em todo o mundo. A capacidade humana de agir sobre o meio, modificando-o e tornando-o mais favorável à sobrevivência, diferencia o ser humano das outras espécies, junto com a sociabilidade, a cultura e a capacidade de atribuir valores simbólicos às coisas (GARINE, 1987; DA MATTA, 1987).

A necessidade de comer leva à procura da comida em intervalos de tempo e este é um ato individual, particular e, ao mesmo tempo, comum a todos. Ainda que todos tenham de cumprir, cada um o faz por si mesmo. No entanto, acontece de forma solidária, em comunhão e em nível de igualdade quando se escolhe comer junto. O que é simplesmente comestível, sob o ponto de vista químico ou fisiológico não é o critério para a escolha do que comer. Se come o que as normas culturais de um povo permitem, segundo seus hábitos alimentares e costumes previstos pela tradição, observando-se as diferenças relativas às suas categorias (GARINE, 1987; CRUZ, 2010).

Da Matta (1987) completa que cada sociedade, porém, define, ao seu modo, o que é comida, o que se deve comer, com que regularidade e o que nunca deve ser comido. Assim, regras tácitas definem a relação entre o alimento consumido e o estado da pessoa que o come.

O prazer atribuído ao ato de comer, proveniente da estimulação sensorial, distingue a comida do alimento. Da Matta (1987) afirma que o alimento é tudo aquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva; já a comida é tudo aquilo que se come com prazer. É a comida, assim, não apenas uma substância alimentar, mas também um modo, um estilo e um jeito de se alimentar.

Contreras e Garcia (2011) afirmam que comer é a primeira aprendizagem social do ser humano, durante a existência. Desse modo, é um ato fundamental e premente à vida. Por meio desse ato, é possível identificar práticas e costumes identitários entre sociedades, com suas tradições, e assim explicitar a relação entre a essencialidade da vida individual e coletiva (GALLIAN, 2007). Joan Roca, chefe de um restaurante catalão eleito o melhor do mundo em 2013, afirmou em entrevista, que por meio da gastronomia se expressa uma linguagem que traduz a terra, a cultura, as vivências e as memórias (KUSUMOTO, 2013).

O ato de comer transcende a simples satisfação das necessidades fisiológicas pelos nutrientes e se associa à ideia de refeição. Por meio de uma refeição, o corpo é alimentado com comida e complementado com a alimentação dos sentidos. Uma refeição pressupõe reunião que envolve, além da comida, a sensibilidade, a afetividade e a memória. O saborear envolve a memória afetiva para discernir os sentimentos (GALLIAN, 2007).

Ornellas (2008) destaca que o gosto por determinados alimentos não é natural, mas sim aprendido, da mesma forma que se aprende a ter outras preferências. Essa característica não é exclusivamente inata, natural ou individual, mas aprendida culturalmente. Tais gostos são adquiridos pela repetição, muito mais do que pelas características biológicas e podem ser

aprendidos na família, junto a grupos étnicos, comunidades locais e mesmo junto à nação (CONTRERAS; GARCIA, 2011). Assim, o gosto alimentar resulta de uma complexa interação entre processos biológicos, sociais e culturais, que determinam as preferências, aversões, valores, simbolismos e tradições (RÍOS, 2009).

Acredita-se que as pessoas idosas se constituem como importantes baluartes culturais, no caso em análise, sobre aspectos alimentares. Supõe-se que tais hábitos tenham sido aprendidos com os seus antepassados e, ao mantê-los vivos em suas práticas e memórias, contribuem para a sua transmissão às gerações futuras. Dentre os idosos que participaram deste estudo, todos convivem com outras pessoas, alguns deles em lares multigeracionais. Assim sendo, se caracterizam como elo entre a cultura aprendida, o momento presente e a transmissão dos seus saberes e práticas.

A comida adquire *status* de instituição que desempenha papel crucial no processo de socialização e transmissão de normas em determinada sociedade. A cozinha de um determinado local pode ser entendida como uma língua por meio da qual cada cultura expressa inconscientemente a sua própria estrutura (CONTRERAS; GARCIA, 2011).

As UCEs apresentadas destacam os ingredientes e grupos de alimentos preferidos pelos idosos entrevistados. Assim, identifica-se como elementos significativos o leite, que é consumido tanto puro, quanto com café e ainda utilizado para outras preparações, como o mingau. As frutas, dentre elas a banana, que também é consumida de diversas formas; as verduras; carnes vermelhas, carnes de galinha, ovos, peixes, rabada<sup>13</sup>; farinha de mandioca; e alimentos típicos da culinária baiana, como vatapá<sup>14</sup>, efó<sup>15</sup> e quiabo.

Se por um lado a presença de determinados alimentos em uma dada região geográfica pode ser explicada por fatores ecológicos, por outro, cabe à antropologia da cultura a sistematização dos “conhecimentos voltados à análise do comportamento humano em seu contexto social e econômico” (ORNELLAS, 2008, p. 272), no caso em questão, a análise do comportamento relativo à cultura alimentar.

---

<sup>13</sup> Comida preparada ao molho com a carne do rabo de bovinos, de acordo com o Michaelis Dicionário de Português Online, disponível em:

[http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/rabada%20\\_1031959.html](http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/rabada%20_1031959.html).

<sup>14</sup> Prato típico da culinária afro baiana, à base de farinha ou pão de trigo, azeite de dendê, amendoim, castanha de caju, leite de coco, camarão e gengibre. Fonte: <http://receitasdecomidas.com.br/vatapa-baiano.html>.

<sup>15</sup> Prato da culinária nordestina preparado à base de folhas de língua-de-vaca ou de taioba, camarão seco, cebola, coentro, pimenta, sal, pedaços de peixe seco e azeite de dendê. Fonte: [http://www.onordeste.com/onordeste/enciclopediaNordeste/index.php?titulo=Ef%C3%B3&ltr=e&id\\_perso=1757](http://www.onordeste.com/onordeste/enciclopediaNordeste/index.php?titulo=Ef%C3%B3&ltr=e&id_perso=1757).

Destaca-se, como discutido na caracterização dos idosos participantes, que uma parte deles (seis) era proveniente do interior do estado da Bahia e alguns moravam na zona rural. Assim, chama a atenção o fato de que se mantinham ativos e produtivos, inclusive produzindo os alimentos que consumiam, como galinhas, ovos, e frutas, como a banana, por exemplo. Isso imprime mais significado ao alimento, pois o idoso envolve-se sentimentalmente na cadeia produtiva, desde o cultivo ou criação, até o preparo e o consumo.

As falas destacadas a seguir dão continuidade à explicitação da importância dos hábitos alimentares para as pessoas idosas. Além disso, revelam também o valor da farinha de mandioca como alimento essencial na cultura alimentar desses idosos, como pode ser verificado a seguir.

UCE nº. 885, Phi = 0,07 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Arroz e macarrão, doutor, eu como porque a pessoa tem que comer de tudo, não é? Mas eu não gosto dessas a\_comidas, não gosto. Eu gosto mais de farinha.

UCE nº. 14, Phi = 0,06 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu digo, é escaldado de farinha, a verdura e a carne. Aí ela disse assim: bote três colheres de\_sopa de farinha e faça um pirãozinho e coma com a verdura e a carne. Eu digo tá [concordando]... Depois eu vim para casa e disse assim: não está vendo que três colheres de farinha não vai dar para fazer um pirão para comer?

UCE nº. 861, Phi = 0,05 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Ponho o feijão no prato, ponho um pouquinho de farinha, pego as bananas, sento e como com banana; encho a barriga e pronto.

O ato de comer para as pessoas idosas entrevistadas está além do comer por comer, como algo mecânico e sem significado social, como afirma Ríos (2009). Para além dos ingredientes básicos, como a farinha, o modo de preparo e a quantidade são essenciais para a satisfação. A convivência com as restrições tem um significado de incompletude, de ato não realizado completamente e que não satisfaz, como pode ser interpretado da UCE 14.

A forma de utilização da farinha<sup>16</sup> identificada é a mais diversa. Varia desde o seu

---

<sup>16</sup> A utilização da mandioca para a alimentação humana no Brasil teve seu início entre os indígenas. Algumas lendas lançam explicações sobre a sua origem. Uma delas conta que Zatimare teve um casal de filhos, no entanto, a menina fora desprezada pelo pai. Então, a menina, que era chamada de Atiôlô, desejando ser útil para o seu povo, pediu à sua mãe para ser enterrada viva. Atendendo ao seu pedido, fora enterrada em um cerrado e depois no campo. Porém, devido ao calor, fora novamente enterrada na mata, lá ficando. Depois de algum tempo, quando a mãe voltou à sepultura para limpá-la, retirou de lá uma planta de raiz compacta, que foi denominada de mandioca. Outra lenda reza que havia nascido entre os indígenas uma criança de cabelos loiros, chamado Mandi, cujas características eram incomuns e não poderia acontecer entre a tribo. Então, a criança fora enterrada em uma oca, crescendo no local a mandioca (ORNELLAS, 2008).

A mandioca tinha um papel importante entre os indígenas e se constituía como um elemento básico da sua alimentação. Da mandioca se retiravam vários ingredientes que podiam ser utilizados na preparação de diversos alimentos. Sabe-se da importância da influência da cultura indígena no preparo de alimentos derivados da mandioca, como beiju, tapioca, carimã, mingau, bolo e a farinha, por exemplo (ORNELLAS, 2008).

consumo puro; misturada ao feijão; com caldos de peixe e galinha; como pirão; escaldado; e até mesmo com açúcar. De fato, a farinha é um elemento essencial na mesa dos brasileiros, com destaque para os nordestinos. Ganha maior ênfase quando se trata do consumo pelas pessoas idosas, acredita-se, devido à menor influência da cultura de consumo dos alimentos industrializados.

Da Matta (1987) referencia o denominado sistema de comidas totêmicas. Um totem é um símbolo sagrado para uma determinada cultura. No caso em questão, os alimentos totêmicos permitem expressar identidades sociais, como a farinha e o seu significado para o nordestino (DA MATTA, 1987).

O feijão, referenciado pelos idosos participantes deste estudo, também é um elemento básico na alimentação do brasileiro. O hábito de seu consumo provém dos indígenas, assim como a farinha; dos africanos, que também o cultivava e consumia; e dos portugueses, apreciadores de várias espécies de leguminosas. Essas forças propulsoras, somadas aos aspectos como a escassez de carnes e à variedade de espécies, favoreceram a sua integração à mesa no Brasil. Destaca-se ainda que o feijão tem alto valor proteico e alto índice de saciedade (ORNELLAS, 2008).

Identifica-se que, não obstante a memória da cultura alimentar no grupo de idosos pesquisados estar muito viva no que diz respeito aos seus componentes, também é notória a forma de preparação. As falas a seguir revelam que o preparo dos alimentos é um verdadeiro ritual, permeado pela cultura e pela estimulação dos sentidos.

UCE nº. 465, Phi = 0,04 (UCI nº. 4 : \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Esse tempero pronto... Não é bom, não sou chegado, não; você mesmo fazer seu tempero em casa; pimenta\_cominho, seu alho e tal, e ajeitar ele, ajeitar o fogo, botar logo de junto um bocado de tomate com limão e ir ajeitando.

UCE nº. 464, Phi = 0,05 (UCI nº. 4 : \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

É um cupim de boi\_pé\_duro<sup>17</sup>, chegar em casa lavar ele bem lavado com limão, quando acabar, desfiar ele, pá,

---

A mandioca é de fácil cultivo, com baixo custo operacional, possibilita várias formas de preparo e tem alta rentabilidade calórica. O índio manteve o consumo da mandioca e seus derivados, assim como o milho, que passaram a constituir a base da alimentação dos colonizadores. O sucesso do uso da mandioca como alimento básico à formação da sociedade brasileira deveu-se, então, à sua aceitação pelos portugueses e pelos negros. Segundo Ornellas (2008), as razões citadas prevalecem ainda hoje e isto garante a primazia dos alimentos derivados da mandioca, assim como dos alimentos mais acessíveis e de fácil preparo, como base alimentação das pessoas com baixa renda.

<sup>17</sup> Bovino resultante da mistura de raças de gado europeias trazidas para o Brasil durante a colonização, adaptado aos diversos ecossistemas. Fonte: EMBRAPA. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Centro de Pesquisa Agropecuária do Meio-Norte. Pé-duro: o boi do Piauí. Teresina: 2005. Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/68074/1/peduro2.pdf>.

pá, pá, [fazendo gesto que imita a preparação da carne] meter [colocar] na pimenta\_cominho que esse tempero, pronto...

UCE nº. 448, Phi = 0,04 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Chego em casa, eu trato, lavo tudo direitinho, quando acabar, limpo as verduras, tampo lá peixeira, tchapo, tchapo [fazendo gesto que imita a preparação dos alimentos com uma faca peixeira]... Corto tudo; tempero a carcaça [de galinha], deixo lá temperada e aí tempero a verdura, tal, deixo na panela e boto lá para reclamar [cozinhar]; aí quando ela já está querendo ficar mole, eu pego aquela carcaça, torno a fazer outro tempero e jogo dentro.

UCE nº. 471, Phi = 0,04 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Chegava na quitanda, quiabo, maxixe, jiló, aqueles negócios, botava aquelas verduras todas para cozinhar, toda temperada; e aí, ó, raspando aqueles cabelos das pernas do caranguejo, oxe, porque tem gente que tem uma mania de sangrar o caranguejo para poder... [preparar].

UCE nº. 486, Phi = 0,04 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Quando ele estava durinho, todo durinho [peixe seco], oxente, de manhã cedo, jogar na frigideira assim ó, jogar um pouco de óleo, para tomar com café; que coisa! Nem cachorro come! [De tão bom, não sobra para o cachorro].

UCE nº. 472, Phi = 0,04 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu pegava ele [caranguejo], tirava as bocas e aí raspava aquilo ali, lavava direitinho ó, quando a verdura estava cozida, vupo [Jogava na panela]! Começava dar aquela [ferver]... Quando acabar tirava dali, jogava um dendezinho mentiroso [pequena quantidade] por ali, fazia um molho...

UCE nº. 857, Phi = 0,04 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas se eu ver, se eu pegar com qualquer cheiro, que tem carne que tem aquele cheiro de sangue com folha\_verde, não tem quem coma; aí agora eu não como não.

UCE nº. 467, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Que nada! Eu pego um colchão, não precisa o carneiro ser muito gordo não, um colchão enxuto, aí meter uma faca\_palito, quando acabar, pegar uma calabresazinha, sabe como é, inteirar ali com uma hortaliçazinha, aqueles negocinhos todos, sabe como é, chegar ali, joga ele dentro do forno somente para ele ir se manobrando sozinho [preparando].

UCE nº. 855, Phi = 0,03 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Na minha casa, que na minha casa, às vezes quando ele chega com a carne, eu vou arrumar a carne para cozinhar, eu lavo bem lavada com limão para tirar aquele sangue, que eu tenho nojo de sangue demais.

UCE nº. 450, Phi = 0,02 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Uma rabadinha, já pensou?! Hum? Um ensopadinho\_de\_rabada! Hum? Você botar ela hoje no o\_fogo, ela toda tremolosa, toda tremolosa, [fervendo na panela] aí comer no outro dia, heim?! Oxe! Você fazer uma mocotozada assim, sabe como é... Mais uma carnezinha\_do\_sertão, uma calabresinha, um negócio... Botar hoje... Botar hoje, porque o negócio é bom assim, você botar hoje para [comer] amanhã...

Com base nas falas apresentadas acima, compreende-se que o ritual de preparo dos alimentos envolve algumas etapas, a saber: inicialmente os idosos lavam os alimentos com água em abundância, utilizando também vinagre e limão até que seja retirado todo vestígio e cheiro de sangue, no caso das carnes. O cheiro de sangue, conforme pode ser interpretado nas falas, é um fator que inibe o olfato, a gustação e, conseqüentemente, o apetite. Dessa forma, os idosos interpretam que o alimento com cheiro ou vestígios de sangue não é agradável para



o consumo. Ainda se utilizam de técnicas como cortar em pedaços e raspar, como no caso da preparação do caranguejo.

Os idosos que concederam as entrevistas de número quatro e nove possuem, como peculiaridade em comum, o gosto por preparar a própria comida e comer segundo seus costumes. Para o ritual de preparo, se utilizam de instrumentos como faca peixeira e faca palito, na linguagem utilizada, instrumentos indispensáveis ao bom preparo dos alimentos. A faca tipo peixeira é uma faca grande, comprida e afiada, utilizada para cortar peixe, dentre outros alimentos. Já a faca tipo palito é uma faca cilíndrica, utilizada para perfurar carnes com o intuito de facilitar a penetração e ação dos temperos.

Não obstante lavar “bem lavado” até retirar todo o cheiro de sangue, raspar e cortar, também é fundamental o tempero. A forma temper+ (tempero, temperando, temperado) aparece associada à classe um, “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos”, com um valor do coeficiente Phi igual a 0,25, conforme pode ser verificado na Figura 08. Os temperos utilizados são: pimenta-cominho, alho, limão, tomate, vinagre, óleo e dendê.

Os acompanhamentos exercem uma função adjuvante e complementar aos temperos utilizados. São eles o quiabo, maxixe, jiló, calabresa, molhos, hortaliças e carne do sertão<sup>18</sup>. A afirmação de que preferem temperar os alimentos ao seu próprio modo e a rejeição do tempero pronto conota, de certo modo, a resistência aos alimentos industrializados. Revela também o poder de preservar a própria cultura, mantendo seus hábitos e preferências. Dessa forma, pode se constituir como um elemento que favorece a manutenção de identidade e o autorreconhecimento dos idosos como pertencentes a um grupo ou comunidade.

Todas as pessoas sabem que qualquer substância com propriedades nutritivas é um alimento, porém nem todo alimento é uma comida. A transformação do alimento carece não somente de conhecimento, mas também do modo como se prepara e da motivação para prepará-los. Durante o ato de preparo, se imprime uma marca pessoal (DA MATTA, 1987).

Da Matta (1987) afirma que é inadmissível culturalmente aos brasileiros preparar os alimentos rapidamente e sem temperar. A comida permite expressar e destacar identidades

---

<sup>18</sup> Manta de carne desidratada consumida em todo o Brasil, sendo também conhecida pelos nomes de carne de sol, carne do Ceará, carne do sertão, carne-seca, charque, carne de vento e jabá. (Fonte: <https://www.feed.com.br/institucional/mundo-da-carne/de-sol-seca-charque-conheca-os-diferentes-metodos-de-tratar-carne/>. Acesso em: 03 nov. 2016).

que, segundo o contexto da refeição, podem ser nacional, regional e local. De qualquer modo, o ato de comer marca estados emocionais e identidades sociais.

O preparo, nos casos dos idosos citados, acontece por cozimento e frituras. Em todas as situações, interpreta-se que há uma verdadeira festa aos sentidos, visto que estes são estimulados pelos sons, cheiros e imagens produzidas. A memória é estimulada por fatores externos que possibilitam iniciar a recordação, como um cheiro, um sabor ou um lugar. Tais estímulos tocam a consciência da pessoa e desencadeia movimentos mentais no sentido de viabilizar o acesso às memórias, que põem a pessoa em contato consigo mesma por meio das lembranças das experiências vividas e adquiridas no curso da vida (MUÑHOZ, 2010).

A utilização dos sentidos é a primeira forma de apreensão do mundo (NASCIMENTO, 2007). O prazer de alimentar-se perpassa a estimulação de todos os sentidos. A visão é estimulada pelo aspecto, cor, forma, apresentação e arrumação do ambiente; o olfato é o sensor do apetite, despertando o prazer de comer; o tato é estimulado pelas sensações térmicas e consistência dos alimentos; estimula-se a audição pelos ruídos produzidos, desde o preparo até o momento do consumo, como o estalar da língua e dos lábios; e o paladar estimula o prazer pela sensação do salgado, doce, amargo, ácido e as combinações produzidas pelos demais sentidos, que se envolvem e se fundem na boca, resultando no prazer de comer (ORNELLAS, 2008).

Conforme Ackerman (1992, p. 15-16):

Os sentidos definem os limites da consciência, e, como já nascemos explorando e questionando o desconhecido, passamos grande parte de nossas vidas nessa volátil região. [...] As maneiras que usamos para deliciar nossos sentidos variam de cultura para cultura. [...] O mais surpreendente, entretanto, não é como nossos sentidos transpõem distâncias ou culturas, mas como transpõem o tempo. Eles nos ligam intimamente ao passado, com mais intensidade do que nossas ideias.

O paladar é considerado como um sentido eminentemente social, podendo ser estimulado por lembranças. Ele resulta do contato das papilas gustativas com os alimentos e saboreia-se a partir da memória dos sabores e das misturas (NASCIMENTO, 2007).

O prazer de comer é ampliado quando há junção do paladar com olfato. Para Nascimento (2007), o aroma desperta a vontade de comer, além de se fixar na memória. Já o barulho produzido pelo preparo dos alimentos é tão estimulante quanto o olfato e o paladar. As cores estão relacionadas com a capacidade de funcionar como estimulantes e isto engloba tanto a cor dos alimentos quanto a apresentação. O paladar e o olfato são capazes de trazer à memória situações que foram vividas e que estão relacionadas à comida. Para a autora citada,

“o prazer de comer enche os olhos e boca, o cheiros e sabores conduzem ao passado” (p.48), ao se pensar ou se ouvir falar.

A estimulação dos sentidos entre os idosos pesquisados acontecia, por exemplo, no ritual de preparo dos alimentos por meio de expressões como “ficar limpinha”, “sequinha”, “boto lá para reclamar (deixar cozinhar)”, “durinho”, “jogar na frigideira”, “começava aquela...” (exprimindo o som da fervura), “manobrando” (cozinhando) e “tremelosa” (fervendo). Em todos os casos, o barulho produzido durante o cozimento e pela fritura estimula a audição; o cheiro produzido pelo alimento e exalado durante o preparo estimula o olfato; a consistência, dura e seca, estimulam o tato; o tempero estimula a gustação; e o aspecto do alimento em preparação, estimula a visão.

Disso resulta uma estimulação cerebral produzindo uma sensação de prazer, não somente pelo ato de comer, mas também durante todo o ritual de preparo. Como resultado, alcança-se o prazer com a comida e a alimentação. Além disso, obtém-se um estado nutricional que vai ao encontro de uma prática ancorada na cultura das pessoas idosas pesquisadas.

Ainda, de acordo com Ackerman (1992, p. 17):

Os sentidos não esclarecem a vida em atos gritantes ou sutis, dividem a realidade em fatias vibrantes, juntando-as de modo a formar um padrão significativo. Captam amostras eventuais. Permitem que uma sugestão decifre um todo. Escolhem e estabelecem uma versão razoável, executando pequenas e delicadas transações. A vida banha todas as coisas, radiante, arrebatada. Os sentidos fornecem milhares de informações ao cérebro, como se fossem microscópicas peças de um quebra-cabeça.

Em complementação à ideia apresentada acima, Ackerman (1992) relata a satisfação obtida a partir da junção de todos os sentidos ao ato de comer:

[...] se deixamos alguma coisa repousar em nossa boca, sentimos sua textura, o cheiro de seu buquê, se a rolamos na língua, depois mastigamos lentamente para experimentar seu eco, estaremos realmente saboreando, usando vários sentidos para um resultado gustativo. O sabor de um alimento inclui textura, cheiro, temperatura, cor e dor [como no caso das especiarias], entre muitos outros aspectos. Criatura sonoras, gostamos quando alguns alimentos tintilam em nossa audição [...], escutamos chiado sedutor ao fritar um bife, um frenesi de ruídos surdos quando uma sopa está fervendo [...] (ACKERMAN, 1992, p. 178).

Garine (1987, p. 5) relata que Brillat-Savarin, um dos mais famosos gastrônomos franceses de todos os tempos, escreveu em 1826: “Diz-me o que comes e te direi quem és”. Com essa máxima, o autor expressa o estatuto das pessoas segundo múltiplos critérios, como idade, sexo e classe social em uma sociedade inserida em tempo e espaço definidos, em contato com outras sociedades globais. O hábito alimentar traduz, ainda que

inconscientemente, a estrutura profunda de uma sociedade. Pelo ato de comer, as pessoas exteriorizam e exercem, de alguma forma, o seu pertencimento social. Ademais, conforme interpretação das falas, constata-se que as pessoas idosas reivindicam para si a responsabilidade pelo preparo do próprio alimento e, algumas vezes, também o cultivo ou a produção. Nesse sentido, mantêm-se com autonomia e capacidade produtiva, expressando conhecimento e cultura.

A UCE destacada a seguir apresenta a importância do alimento entre as pessoas idosas entrevistadas para além das questões nutricionais, e enfatiza o seu papel como fator agregador das pessoas e complementar às comemorações.

UCE nº. 452, Phi = 0,02 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Já estive pensando, eu tenho que dar... Eu tenho que dar isso [uma festa]... Em comemoração ao aniversário dela [filha], que ela fez aniversário ontem; então eu vou fazer um negócio do cozido, mas é no o\_fogo de lenha.

Conforme relata esse idoso, que concedeu a quarta entrevista, o alimento se constitui como um motivo para celebração. Trata-se de um idoso de 78 anos, que ficou hospitalizado na UTI por quatro dias. Conforme interpretação de sua entrevista, o fato de ter sido hospitalizado, ter se sentido próximo à morte e de evoluir com melhoras, era-lhe motivo para comemoração. O momento festivo relatado é o aniversário de sua filha, que o acompanhou durante a permanência no hospital, e o idoso pretendia comemorar, após a sua alta hospitalar, oferecendo um “cozido” – prato típico da culinária baiana – preparado no fogão à lenha.

De certa forma, a celebração do aniversário de sua filha também era uma comemoração pelo reestabelecimento de sua saúde e uma forma de agradecimento àqueles que lhes dedicaram tempo e atenção durante a doença. Esses elementos agregam ao momento um valor especial. Daí o oferecimento do almoço, cujo prato principal seria o “cozido”, alimento associado à abundância e à variedade dos seus ingredientes. Quando afirmou que iria cozinhar em fogo de lenha, para ele, havia agregação de valor, em termos de sabor e de qualidade final. Assim, surge o alimento como elo na cultura da festa e do agradecimento. Conforme destaca Cruz (2010), toda comida é festiva e tem valor especial quando é compartilhada, pois festeja o comum e o mesmo senso de pertencimento.

A variedade de ingredientes que caracteriza o “cozido”, em que se combina carnes variadas, legumes, verduras e farinha, por exemplo, justifica a forma de comer o que está à mesa. O ato de comer os alimentos misturados é um estilo típico dos brasileiros, que fazem uma mescla do que vão comer com as pessoas que comem juntas, convivendo socialmente.

Isto se relaciona, conforme as ideias de Da Matta (1987), inspirado em Claude Lévi-Strauss, na comensalidade totêmica; ou seja, aquele sistema em que pessoas, ambientes, alimentos e o modo de preparo das refeições estão em harmonia.

Na obra clássica de Cícero, *Da velhice e da amizade*, encontra-se descrito o prazer que os idosos podem desfrutar com a família ou amigos. Esse deleite passa pelo prazer do encontro coroadado com o valor simbólico da comida, propiciando intercomunicação e comemoração (CÍCERO. XIV; 1964).

As cozinhas refletem as sociedades a que pertencem e as escolhas são feitas com base nos quadros de referência. De acordo com Contreras e Garcia (2011, p. 139),

a cozinha determina aquilo que é comestível e o que não é, e constrói o conjunto de nossas preferências e aversões alimentares por meio dos saberes e habilidades técnicas transmitidas de geração a geração, com base na experiência dos nossos antepassados e aprendidas por membros de uma determinada sociedade.

As máximas “Somos o que comemos” e “Me dizes o que comes e te direi quem és” expressam um sentido maior que as sustenta. Quando se pensa em se ser o que se come, pensa-se na necessidade da assimilação dos nutrientes pelo organismo, e assim se torna fundamental para a manutenção da vida. Mas pensa-se também no valor simbólico do que se come. Esse valor contribui para a conformação de uma identidade cultural e individual (CONTRERAS; GARCIA, 2011).

Assim, pode-se pensar, por exemplo, na identificação dos italianos com o macarrão, dos japoneses com o arroz (CONTRERAS; GARCIA, 2011), dos norte-americanos com o *fast-food*. Por analogia, poderia se afirmar que, da mesma forma, está a farinha para os nordestinos e o dendê para os baianos – sobretudo os soteropolitanos e os da região do recôncavo.

Todo alimento é um símbolo, pois o que cada pessoa escolhe para comer é a maneira concreta em que a realidade aparece para si próprio. O gosto pelos alimentos revela um projeto de vida. Assim, as preferências alimentares têm um sentido existencial, que é aquele com o qual se comunica com os demais. No entanto, esses gostos não se originam somente no plano individual, doméstico, mas se inscreve nas relações mais amplas que se tem com o mundo. A escolha do que comer não é indiferente (CRUZ, 2010). Haja vista, nos fragmentos das entrevistas destacados, o valor atribuído pelas pessoas idosas ao feijão, à farinha, ao cozido, à rabada, por exemplo, em contraposição aos alimentos preparados com pouco tempero.

Taveira e Medeiros (2015) fizeram um estudo do romance *Dona Flor e seus dois maridos*, do escritor baiano Jorge Amado, em que analisaram a presença de elementos culinários como marcadores da cultura da Bahia. Para as autoras, obras literárias podem ser utilizadas como uma fonte para o estudo de uma sociedade e do seu ambiente cultural.

Na obra de Jorge Amado, conforme Taveira e Medeiros (2015), há narração de histórias cotidianas típicas do povo simples da Bahia, revelando suas visões de mundo, atitudes e sentimentos. A personagem Dona Flor tem habilidade com a cozinha e repete receitas que são típicas e representativas da cozinha baiana, algumas delas com dendê e marcada pela presença dos sabores trazidos pelos escravos.

Taveira e Medeiros (2015) destacam que as experiências alimentares através do tempo contribuem para a sua consolidação e, dessa forma, se transformam em simbolismos e representações culturais. Por meio dos hábitos alimentares, é possível identificar as tradições que não são ditas, no entanto, são vivas e presentes. Nesse sentido, a alimentação é um traço da memória de um povo, estando presente no imaginário de cada um e é associada aos sentidos.

Ainda no universo literário, o escritor Jorge de Lima (LIMA, 1997, p. 13-15) relata, em seu poema “Comidas”, a cotidianidade do povo da Bahia e a sua vinculação com a comida típica.

Comer efó, pimenta, jiló!  
 Iaiá me coma, sou quimbombô<sup>19</sup>!  
 Cobrei sustância com mocotó!  
 Iaiá me diga, nessa comida  
 Você botou mulata em pó?  
 [...]  
 Ai Bahia de Todos os Santos,  
 até nos pecados das comidas,  
 você botou nome santo?  
 Papos-de-anjo,  
 Peitinhos-de-freira,  
 Quindins-de-convento,  
 Fatias-da-sé!  
 Ai! Bahia de Todos os Santos,  
 o poema das suas comidas  
 foi São Benedito quem lhe ensinou?  
 Baba-de-moça,  
 Olho-de-sogra,  
 Levanta-marido,  
 Fatias-paridas,  
 Trouxinhas, suspiros,  
 e Mimos-do-céu!  
 Bahia, estas comidas têm mandinga!  
 Bahia, esse tempero tem mocó!

---

<sup>19</sup> Quiabo.

Lá vem tabuleiro!  
 Cocadas, pipocas!  
 Lá vem verdureiro:  
 Pimenta, jiló!  
 Lá vem Frei Tomé:  
 Barriga-de-freira,  
 Toicinho-do-céu!  
 Bênção, Frei Tomé!  
 Moqueca, dendê,  
 Arroz com efó,  
 Pimenta, jiló!  
 [...]  
 Lá vem tabuleiro  
 de amendoim!  
 Comidas gostosas  
 mexidas por mim!

Neste poema, pode-se verificar a variedade de elementos que constituem a comida da Bahia. Além disso, percebe-se também uma forte vinculação com a religiosidade e referências à herança africana. Os resultados encontrados nesta pesquisa revelam alguns ingredientes e produtos que foram relatados pelo poeta, como pimenta, jiló, quimbombô (quiabo), moqueca, dendê e efó. Então, pode-se afirmar que os idosos pesquisados fazem parte do mesmo grupo cultural e social descrito por Jorge Amado e Jorge de Lima, por exemplo, quando revelam a cotidianidade alimentar da Bahia.

Diante do que foi exposto, busca-se uma aproximação do entendimento das pessoas idosas como detentoras de uma cotidianidade marcada por hábitos alimentares sólidos, construídos por seus antepassados, mantidos e, quiçá, transmitidos para a descendência. Clifford Geertz (2014, p.4), em sua obra *A interpretação das culturas*, define que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise [...], como uma ciência interpretativa, à procura do significado”.

Diante do que foi discutido, pode-se afirmar que a comida tem forte significado na vida das pessoas idosas entrevistadas. Comer era, para elas, um prazer que podia estar relacionado com suas memórias e identidades. A comida, preparada aos seus modos, acrescentava sabor e sentido às suas vidas.

Nessa direção, Leininger descreve a cultura como “valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de forma padronizada” (LEININGER, 1985, p. 261). No âmbito da enfermagem, a Teoria do Cuidado Cultural norteia a busca pelo

conhecimento do mundo dos pacientes, mediante o conhecimento *émic* (interior) e *étic* (exterior).

Nesse contexto, o conhecimento *émic* emana da história de vida das pessoas idosas. A obtenção de informações inicia-se com uma aproximação autêntica e interessada, por partes dos profissionais da enfermagem, no intuito de apreender a visão de mundo dos idosos, conforme a forma lógica do Sol Nascente. Tal visão de mundo, necessária à formação de uma imagem ou posição valorativa sobre a vida ou mesmo sobre o mundo à volta (LEININGER, 1985), precisa ser apreendida. Nesse estudo, a visão de mundo das pessoas idosas, especificamente sobre os alimentos, foi apreendida, sendo então possível inferir sobre quem são, onde vivem, o que pensam, o que gostam de comer, quando e com quem.

No campo das dimensões da estrutura social e cultural, da Teoria do Cuidado Cultural, identifica-se que os valores e crenças relativos aos hábitos alimentares são representados pelos alimentos preferidos pelos idosos, pela forma de cultivo ou produção, preparo e consumo. Dentre os fatores tecnológicos, identificam-se as tecnologias utilizadas no preparo dos alimentos e, de algum modo, a resistência a produtos industrializados, como certos tipos de tempero. Já no âmbito dos fatores relacionados com o parentesco e o social, identifica-se a presença da família (filha), a qual ganhará uma festa de aniversário, cujo prato principal a ser servido será o cozido, típico da culinária baiana.

A enfermagem tem, diante de si, então, pessoas idosas com uma visão de mundo peculiar, que influencia e é influenciada por padrões da estrutura social e cultural. Assim, faz-se necessário reconhecer quais os modos de cuidar da saúde para essas pessoas e buscar a interface com os sistemas profissionais de cuidado. A partir de então, surge a necessidade de preservar ou manter os hábitos culturais, acomodá-los ou negociá-los, ou remodelar / reestruturá-los.

As decisões e ações do cuidar em enfermagem acontecem em um sentido dialógico aberto com as pessoas idosas, no qual a visão do paciente é tão importante quanto a do profissional. Disto resultará um plano de cuidados que é fundamentado na visão de mundo, no caso dessa pesquisa, das pessoas idosas, e culturalmente congruente.



#### 5.4.1.2 Entre o proibido e o permitido: as restrições alimentares impostas pela doença

Em contraponto à riqueza cultural demonstrada pelos entrevistados, destacam-se nessa subclasse os limites com os quais as pessoas idosas precisam conviver. Por vezes, observa-se que há um distanciamento entre os elementos constituintes da cultura alimentar e a nova realidade com a qual se veem obrigados a conviver.

Essa realidade é proveniente tanto do fato de estarem hospitalizados – e assim serem obrigados a ingerir a dieta hospitalar –, quanto do sentimento de pesar por ter de renunciar aos alimentos dos quais gostam. Assim, desenvolvem uma estratégia de enfrentamento para se adaptar a uma nova realidade frente à convivência com as DCNT. As UCEs a seguir destacam o movimento entre o desejo, a forma de preparo do alimento que gostariam de comer e o não poder.

UCE nº. 6, Phi = 0,03 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aí a médica me disse assim: se a senhora comia farinha, de hoje em diante a senhora não coma mais, eu acho que é por isso que seu açúcar não baixa.

UCE nº. 1206, Phi = 0,04 (UCI nº. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Está tudo bem; estou viva! Ai... Um sufoco! Era a fase pior, era comer aquela a\_comida [do hospital]... Mas eu porque gosto de comer pimenta, de vez em quando eu como uma pimentinha...

UCE nº. 449, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Nem cachorro come [de tão bom, não sobra para o cachorro]! Aí eu mando brasa [come rápido]! Aí eu já não posso fazer mais isso... [...] A carcaça [parte óssea da galinha] vem com tudo, com aquela gordurada e ali é o que eu mais adoro, já não vou...

UCE nº. 481, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Em casa eu não como, não, tenha paciência! Eu saio de lá de Colina de Mirante até São Joaquim, para comprar o peixe bulindo, ó, na canoa, o peixe está assim ó... [peixe vivo, fresco, ainda se mexendo].

UCE nº. 872, Phi = 0,03 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Frango eu como, carne de frango, daquelas outras galinhas caipiras, mas essas galinhas de granja, eu não como, Deus me livre! Como não. O que eu como mais é carne de vaca, carne de carneiro; eu gostava também de comer carne de porco, mas eu sei que não vou comer mais, não; carne de porco eu sei que não vou comer mais, não.

UCE nº. 12, Phi = 0,04 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Cortou a farinha de vez. Pronto, aí não comi mais, foi indo o açúcar foi baixando. Aí ela me dava remédio, eu tomava e o açúcar baixando. Ela disse, está vendo que era a farinha? Você nunca mais comeu, né?

UCE nº. 451, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Fazer aquele escaldado, aquele... Poxa... Isso aí eu não como de garfo porque me atrapalha, comer bomf, bomf [fazendo gesto de comer com a mão]. Nada disso eu posso fazer mais.

UCE nº. 873, Phi = 0,02 (UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Carne\_de\_porco eu sei que não vou comer mais, não. Ela é boinha [boazinha, muito boa], de vez em quando eu comprava assim pouquinho, cozinhava, comia, mas agora sei que não vou comer mais, não. Carne\_de\_porco, não.

UCE n°. 850, Phi = 0,03 (UCI n°. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu tenho vontade de comer muito é pimenta, mas eu tenho medo; mas que eu gosto, eu gosto! Mas eu tenho medo de comer. Eu chego nos pés\_de\_pimenta, lá na roça, na minha casa, a\_boca enche d'água, eu digo ô meu Deus! Dá vontade de pegar assim e engolir [risos], mas não posso...

UCE n°. 458, Phi = 0,01 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Nasci temperando minha comida. Com isso [doença]... Corante nada! Eu fui fazer a salada, eu nunca vi você cortar a verdura, botar num prato e sentar para comer, dizendo que é salada... Somente aquela [sem tempero]... Eu digo, espera aí, está errado, eu cortar as coisas [verduras e legumes], botar aqui, bota para comer, não botar um tempero nem nada...

De acordo com a Teoria da Diversidade Cultural, a cultura corresponde aos modos de vida uniformizados e valorizados das pessoas, que, por sua vez, influenciam suas decisões e ações (LEININGER, 1985). Nessa direção, constata-se que os aspectos culturais das pessoas idosas, no que se refere aos hábitos alimentares, são enraizados em suas vidas. Por outro lado, constata-se também o quão decepcionante e vazio de sentido é a comida preparada de forma diferente da habitual. O alimento perde o seu valor simbólico e passa a se constituir como um nutriente apenas, necessário à sobrevivência e ao controle de DCNT, aproximando-se de um remédio.

Depreende-se a existência de um conflito entre os hábitos alimentares e as proibições impostas pelas DCNT. A hospitalização e a presença de doenças crônicas tornam os idosos mais suscetíveis a uma nutrição inadequada. No estudo realizado por Lima *et al.* (2014), com idosos hospitalizados, 56,5% afirmaram que alimentaram-se menos do que o habitual durante a hospitalização.

O termo dieta está associado à adoção de uma alimentação saudável como forma de prevenção das DCNT, conferindo assim o caráter de medicalização ao ato de comer. Nesse sentido, os aspectos sociais e culturais presentes na alimentação não são tidos em conta. As DCNT têm um grande impacto na saúde pública, sobretudo as cardiovasculares, diabetes tipo 2 e alguns tipos de cânceres (MENEZES *et al.*, 2010).

As DCNT se constituem em um dos principais problemas de saúde entre os idosos brasileiros. Estas são decorrentes, sobretudo, de hábitos de vida e com piora, possivelmente devido à baixa adesão a tratamentos, levando ao risco de agravamento e de lesões irreversíveis e incapacitantes (SCHERER *et al.*, 2013).

Identifica-se claramente nas UCEs destacadas a referência à diabetes. O Diabetes

Mellitus é um grupo heterogêneo de disfunções no metabolismo que apresenta como resultado comum a hiperglicemia. Esses distúrbios metabólicos são resultados de defeitos na secreção e ação da insulina, ou em ambos (SBD, 2015).

Retoma-se também a caracterização dos participantes, no diz respeito às variáveis clínicas, com destaque para a hipertensão arterial, cardiopatias, hipercolesterolemia e a doença renal crônica. Todas elas impõem a adoção de um estilo de vida que inclua hábitos alimentares saudáveis e com algumas restrições. Dessa forma, resta aos idosos abrir mão da farinha, consumida das mais diversas formas, das carnes, da pimenta, dos temperos, das gorduras e da galinha caipira, caracterizando assim um choque entre a nova realidade a que tem de se adaptar e sua cultura.

Em um estudo realizado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Nordeste e Sul do Brasil, com o objetivo de analisar os fatores que adultos e idosos consideram como mais importantes para a manutenção da saúde, o quesito manter uma boa alimentação foi o fator mais relacionado, principalmente entre as pessoas idosas. Assim, os autores concluem que a maioria dos idosos e adultos reconhece e indica a alimentação como um elemento fundamental para a manutenção de uma vida saudável (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Nota-se, a partir da interpretação das falas dos participantes, um sentimento de pesar e inconformismo, só superado pela compreensão da necessidade das restrições alimentares frente à convivência com as DCNT. Os fragmentos “nada disso eu posso comer mais”, “mas agora sei que não vou comer mais, não”, “a boca enche d’água”, “já não vou” e “mas não posso”, demonstram o conflito entre o desejado, que é proibido, e o permitido, ou prescritivo.

Em alguns casos, a comida traduz a força social de uma pessoa. Assim, existe a “comida de santo”, de homem, de mulher, de crianças e de idosos. Existe também a comida do doente (DA MATTA, 1987). O inconformismo manifestado nos excertos, quanto à aceitação da dieta específica para a convivência com as DCNT, pode sugerir a recusa da aceitação da doença. Isto, de algum modo, afasta a pessoa idosa do seu contexto cultural e poderia ser visto como uma perda de identidade.

A compreensão das restrições alimentares também é demonstrada quando a idosa que concedeu a entrevista número um explicita que sua glicemia baixou depois que parou de comer farinha. Este fato reforçou, para ela, a manutenção de um comportamento alimentar mais saudável e condizente com as restrições necessárias para o controle da glicemia.

Contreras e Garcia (2011) destacam o pensamento da antropóloga cultural norte-americana Margareth Mead, que já em 1945 descreveu sobre a importância de se conhecer o significado do comer antes de conhecer os hábitos alimentares. Para ela, é importante conhecer o significado do comer antes de conhecer os hábitos alimentares.

O inconformismo dos participantes é demonstrado pelas expressões como “tenha paciência!” e “espera aí [...], está errado [...], não botar tempero nem nada...”. Segundo o entendimento desse idoso que concedeu a quarta entrevista, não é possível se alimentar com qualidade sob tantas restrições. Para uma pessoa que, como ele, compra um peixe ainda vivo, “bulindo” na canoa; que prepara o próprio alimento com o tempero a seu gosto, viver com tantas proibições é uma tarefa árdua. Tal missão só é amenizada, acredita-se, devido à existência de um sentido maior, que é a esperança de viver mais, com saúde e entre os seus.

Cruz (2010) afirma que a abordagem da alimentação na pessoa idosa não pode ser vista separadamente, considerando-se somente o aspecto fisiológico ou nutricional. Antes disso, é necessário conhecer os aspectos culturais, antropológicos e psicológicos. Segundo o autor citado, dois aspectos são importantes para a alimentação do idoso: sob uma visão subjetiva, ela só pode ser realizada adequadamente quando o próprio idoso assume ou aceita o seu próprio estado e a idade; e sob o ponto de vista objetivo, a conduta alimentar do idoso é sustentada por uma pauta coletiva, que foi incorporada como hábitos que refletem as normas e costumes da sua tradição cultural.

A sociedade moderna cultua aspectos que contribuem para a desintegração das pessoas idosas. Há ênfase na alta produtividade, autonomia, independência, agilidade e, principalmente, em um corpo esbelto, magro e musculoso. Essa cultura contribui para que o idoso não encontre espaço para expressar a sua individualidade e autoestima. Assim, Cruz (2010) destaca que o idoso busca superar a carência de valorização e a afirmação da sua identidade pela comida.

Para Ornellas (2008), é importante saber como modificar hábitos alimentares, ao invés de mudá-los. Pelo prisma da cultura, são os símbolos que dão sentido à vida. Também é pela cultura que se percebe e interpreta o mundo, se estabelece valores éticos, religiosos, econômicos, teóricos ou estéticos, válidos para cada grupo ou sociedade. São esses valores, sedimentados na cultura, que regem as vidas e determinam os atos dos seus membros.

Sob o ponto de vista da filosofia, não é conveniente que se abandone o costume adquirido de comer ou beber ou de fazer qualquer movimento na vida, a pedido da razão, se

não aos poucos. Assim, as chances de se alcançar um melhor resultado será maior (CRUZ, 2010).

Um estudo realizado por Menezes *et al.* (2010), sobre a alimentação saudável na experiência de idosos, apontou que as frutas, verduras, legumes e carnes brancas são referidos como bons para a saúde. Já as frituras, carnes vermelhas, doces, massas e sal foram associados a alimentos ruins para a saúde e que devem ser evitados. As autoras citadas discutem a presença de normas rígidas sobre a alimentação saudável, alimentos proibidos e permitidos, provenientes dos discursos normativos dos profissionais, com estreita vinculação de preocupação com a saúde. No entanto, conforme discutem as autoras, os simbolismos do ato de comer são substituídos pela restrição e por um ideal de alimentação que é inatingível.

O discurso normativo incorporado pelos idosos dá conta de que uma alimentação saudável significa comer diariamente peixe ou frango magro, cozido, grelhado ou assado, acompanhado de legumes cozidos em água, com pouco ou nenhum sal, verduras e frutas, conforme explicam Menezes *et al.* (2010). No entanto, ainda conforme as autoras citadas, para se obter êxito em qualquer modificação de hábito – no caso, visando os hábitos alimentares saudáveis –, as preferências, os gostos, a tradição, a história vivida, que deixam marcas na memória, precisam ser considerados.

Para a enfermagem, é importante conhecer os aspectos culturais que permeiam a visão de mundo das pessoas idosas, assim como os elementos da dimensão da estrutura social e cultural, conforme a Teoria da Diversidade Cultural, de Madeleine Leininger. Depreende-se que há um distanciamento entre a visão de mundo das pessoas idosas do padrão alimentar normativo, tido como saudável para o controle de DCNT. Esse distanciamento é mais notório sobretudo na dimensão dos valores e estilos de vida culturais, conforme a forma lógica do Sol Nascente (LEININGER 1985; 2008).

A dimensão dos valores e estilos de vida culturais se expressa aqui por meio de um contexto ambiental, da linguagem e da etno-história. Por sua vez, influenciam os padrões de auto cuidado e bem-estar, no que se refere à alimentação das pessoas idosas.

No contexto hospitalar, depara-se então com essas pessoas idosas com seus saberes e crenças, quanto aos hábitos alimentares, tidos como pertencentes ao sistema popular, em interação com o sistema profissional. Nessa posição intermediária, destaca-se o cuidar em enfermagem como ponte entre os dois saberes. O papel dos enfermeiros, de acordo com a Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER 1985; 2008), é descobrir e documentar a visão da

pessoa idosa; ou seja, a visão *émic* ou interior da cultura, para, em seguida, utilizando-se do conhecimento ético ou exterior, adotar as decisões e ações para o melhor cuidado.

Também cabe destacar o significado do ato de comer na UTI, para as pessoas idosas. Diante das singularidades dos idosos no que diz respeito aos seus hábitos alimentares, a diferença entre o tipo de alimento, por si só, já poderia causar desconforto e inibição do apetite. Indo um pouco além, comer na UTI é ato solitário e impessoal, visto que é feito na presença de pessoas desconhecidas e longe dos familiares. Sabe-se que, por vezes, na UTI, o alimento é servido já frio, com consistência e sabores que não agradam e sem ajustes aos hábitos dos idosos. Destaca-se também que é comum o alimento ser servido em embalagens frágeis, que dificultam o manuseio e a disponibilização de talheres de plástico, igualmente frágeis.

Outro aspecto a ser lembrado é a retirada de prótese dentária para evitar obstrução das vias aéreas, sendo esta entregue à família como forma de precaução contra perdas ou danos. No entanto, a depender da consistência dos alimentos, esse ato inviabiliza a alimentação adequada do idoso.

Com base nos conhecimentos da história das pessoas idosas e sabendo-se dos conflitos e descontentamentos com a dieta hospitalar, cabe tanto a negociação para a acomodação, quanto a remodelação / reestruturação para o cuidar cultural.

A negociação ocorre como uma necessidade para a acomodação do cuidado. São decisões criativas que auxiliam, apoiam e capacitam as pessoas idosas no intuito de facilitar a adaptação à realidade para o cuidado da saúde benéfico e satisfatório (WELCH, 2004). Boehs (2002), em uma análise sobre os conceitos de negociação/acomodação na Teoria de Madeleine Leininger, afirma que esses termos relacionam-se às ações deliberadas que auxiliam as pessoas em uma certa cultura a adaptarem ou negociarem seus ritos de cuidado, visando alcançar resultados mais benéficos. Para tanto, é importante uma postura dos profissionais da enfermagem para a garantia da participação por meio do diálogo, valorizando-se conhecimentos e práticas, favorecendo o entendimento mútuo, um agir criativo e flexível.

De acordo com Boehs (2002, p.94), são atributos do negociar: “adaptar, interação verbal em que as partes propõem e contrapõem, buscar entendimento, celebrar.” Com base nesses descritores, define o negociar como o ajuste de modelos explicativos do paciente e sua família, assim como do profissional, sobre o cuidado, em que os atores envolvidos sugerem e

argumentam até o alcance de um entendimento. Já o termo acomodar está relacionado a “negociar, ajustar, oportunizar, oferecer condições, adaptar, unir, conjugar” , e, para que ocorra a acomodação, é preciso o oferecimento de uma condição que conjugue “os modelos explicativos do cliente e do profissional” (BOEHS, 2002, p.94).

As condições para a acomodação e a negociação do cuidado cultural devem ser criadas pelos profissionais. Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de diálogo, o emprego de mais tempo junto aos pacientes, fazendo-se presente nas necessidades, oferecimento de suporte, confiança, respeito, oportunidade, consideração, compreensão e ouvir (BOEHS, 2002).

Uma das acomodações que pode ser feita é a manutenção de prótese dentária, óculos e aparelhos auditivos, quando estes não oferecem riscos de agravo à saúde. Outro ponto crítico a ser observado é a capacidade da pessoa idosa para se alimentar sem auxílio, a disponibilidade de profissionais para ajudá-los ou mesmo a permissão para que um familiar permaneça junto ao paciente nos horários das refeições, auxiliando e incentivando a aceitação da dieta.

A remodelação / reestruturação auxilia no reordenamento, alteração ou modificação de modos de vida para o alcance de novos padrões, desde que, entretanto, respeitem valores e crenças. O objetivo das decisões e ações do cuidar em enfermagem congruente com a cultura é alcançar um estilo de vida mais saudável do que antes (LEININGER 1985; 2008; WELCH, 2004).

A enfermagem atua, então, como educadora, utilizando-se de estratégias de comunicação que facilitem a compreensão das necessidades de mudanças dos hábitos alimentares, pelas pessoas idosas. A partir desse entendimento, negocia-se quais adaptações ou acomodações são possíveis e quais repadronizações ou reestruturações dos hábitos alimentares são necessárias para o cuidado culturalmente congruente.

#### 5.4.1.3 A dieta no ambiente hospitalar

As memórias das pessoas idosas sobre a dieta no hospital são permeadas pelo sentimento de satisfação, pelo acostumar-se a comer, pelas diferenças da alimentação habitual e pela inapetência. É frequente, nesta subclasse, expressões como fastio, falta de fome e falta de apetite.

O fio condutor desta subclasse, a partir da análise do dendograma da CHA da classe um – “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos” (Figura 08) – mostra que os alimentos ou comidas mais lembrados, ou que “vinham” para eles era o feijão, o arroz, o mingau, a galinha ou frango, e café. Porém, eles mesmos comiam “pouquinho” devido à falta de fome, ou seja, ao fastio.

Nas UCEs a seguir, os idosos entrevistados destacaram a sensação de satisfação com a dieta oferecida no hospital. Estas memórias são permeadas pela ideia da suficiência e variedade dos alimentos oferecidos.

UCE nº. 732, Phi = 0,06 (UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Era feijão, arroz, carne\_de\_galinha, é... Cenoura, inhame, que vinha. A alimentação eu achava normal; que vinha coisa, como até hoje veio e eu não como tudo.

UCE nº. 1035, Phi = 0,04 (UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

A alimentação, eu sou boa de comer, não tenho o que comentar, não. Me alimentava... Sentia fome... Tinha vez que eu estava com fastio, mas eu comia assim mesmo, tivesse fome que não tivesse, eu estava comendo.

UCE nº. 1034, Phi = 0,05 (UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

A alimentação era boa. Vinha a alimentação meio\_dia, vinha a\_comida; café, vinha o café com a banana, com tudo; vem a sopa, para quem gosta, de noite; então não tenho o que dizer não.

UCE nº. 733, Phi = 0,00 (UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

A alimentação eu achava normal; vinha coisa que até hoje veio e eu não como tudo. Porque eu me vejo aqui em\_cima da cama e procuro não me alimentar demais porque eu tenho que me alimentar que dê para cobrir meu intestino; não comer para exagerar, mas se for comer, eu como.

UCE nº. 1317, Phi = 0,05 (UCI nº. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Vem o café, vem o almoço com suco, me passa a vontade, isso é normal; vem a primeira\_vez antes, dez minutos, vinte, também passa; três horas, para o acompanhante não, mas para quem está doente vem um pouquinho de mingau ou de suco, uma merendazinha.

UCE nº. 545, Phi = 0,05 (UCI nº. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

É arroz, macarrão, galinha, um peixe, já veio bacalhau... Não veio de outra não. [Na UTI] Era a mesma coisa também; era carne\_de\_galinha, arroz, macarrão; tinha dia que eu comia, tinha dia que eu não comia...

UCE nº. 1009, Phi = 0,03 (UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mesmo sem sentir fome, não sentia fome de jeito\_nenhum, comia a\_pulso [sem vontade de comer], mas não sentia fome; era falta de apetite, era o corpo todo doendo. Essas coisas que eu sentia.

nº. 1209, Phi = 0,02 (UCI nº. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Tinha a\_comida que ia mais para o lixo do que o que eu comia; tinha muita a\_comida. Meu Deus do céu, se o povo disser que passa fome no hospital é doido; porque o que tinha de a\_comida, não tive condições... [de comer tudo].

Interpreta-se, a partir das UCEs, que há um sentimento de satisfação com a dieta, pelos idosos, tanto em termos de quantidade quanto em variedade. Para eles, a dieta oferecida estava adequada ao momento pelo qual passavam e não eram necessários ajustes. No entanto, sabe-se que a hospitalização gera várias alterações no cotidiano das pessoas, podendo surgir



daí o sentimento de insegurança, potencializado frente à dependência para cuidados básicos como a higiene, mobilidade e alimentação (PASSOS; SADIGURSKY, 2011). Isso leva a acreditar que o nível de expectativa das pessoas idosas quanto à alimentação no hospital poderia ser baixo e levar a um contentamento mais rápido com o serviço recebido.

Passos *et al.* (2014) salientam que, durante a hospitalização, os hábitos alimentares cotidianos são modificados para se adaptar à realidade do hospital, afirmando a ideia de que os idosos assumem um papel passivo frente à dieta hospitalar. As modificações nos aspectos alimentares a que são submetidos no hospital nem sempre são feitas tendo-se em conta os aspectos culturais relacionados à alimentação.

Nightingale (2010), em sua obra clássica *Notes on Nursing*, escrita no século XIX, considera que a alimentação é um item importante nos cuidados aos doentes. A autora citada recomenda a observação do horário para o oferecimento da dieta, evitando-se atrasos; e a higiene adequada da cavidade oral e de dentaduras, se for o caso. Recomenda também que sejam evitados períodos longos de jejum, sobretudo nos pacientes mais enfraquecidos; e que a dieta seja simplesmente deixada ao lado do paciente.

O organismo humano é movido pela energia proveniente dos alimentos. Tal energia é necessária para a manutenção do metabolismo, o reparo celular, o funcionamento adequado dos órgãos, o crescimento e o movimento. A manutenção dos processos e das funções corporais é feita pela absorção dos nutrientes, que compreendem: carboidratos, proteínas, gorduras, água, sais minerais e vitaminas. Para o devido aproveitamento dos nutrientes, é necessária a oferta dos alimentos contemplando a variedade dos seus elementos constitutivos, além de um adequado processo de digestão, absorção, metabolização e armazenamento (POTTER; PERRY, 2005).

A senescência, como parte do processo de envelhecimento, não ocorre de forma igual em todas as pessoas. No entanto, algumas características são comuns a todos, como, por exemplo, a diminuição das papilas gustativas em número e sensibilidade. Este fato pode explicar, por exemplo, a diferença que o idoso sente da comida com relação ao sabor que tinha na infância. As mudanças nos receptores gustativos estão relacionadas com os níveis dos hormônios gonadais (CRUZ, 2010).

Destaca Cruz (2010) que o paladar atinge a maturação na puberdade e se atrofia quando diminui ou cessa a produção dos hormônios gonadais, com o envelhecimento. Para o

autor citado, há importante consequência para a alimentação das pessoas idosas, pois pode aparecer a falta de apetite e levar à alimentação insuficiente.

Nas UCEs apresentadas, sobressai-se o vocábulo fome, associado justamente à sua falta. Os idosos expressam palavras como fastio e falta de apetite, sinônimos, para falar a respeito do prejuízo à própria nutrição. O processo de envelhecimento leva a algumas alterações orgânicas que modificam a nutrição das pessoas idosas. A redução da taxa de metabolismo diminui a necessidade energética, porém a necessidade de vitaminas e sais minerais permanece inalterada. Há redução da sensação de sede, o que pode ocasionar uma ingesta hídrica insuficiente, ou mesmo a desidratação (POTTER; PERRY, 2005).

Além disso, as mudanças no trato gastrointestinal podem repercutir negativamente no estado nutricional das pessoas idosas. São elas as mudanças nos dentes, gengivas, menor produção de saliva, atrofia das células epiteliais da mucosa oral, maior limiar para o paladar, menor sensação de sede, reflexo de vômito reduzido, menor peristaltismo esofágico e colônico (POTTER; PERRY, 2005).

O fastio associa-se à repugnância ou aversão, no contexto dos fragmentos destacados. Por vezes, relaciona-se à própria condição clínica, que não lhes permite comer como deveria, mas também lembra o “cheiro” do hospital, os odores desagradáveis exalados do ambiente e de feridas infectadas de outros pacientes, como destacado nas UCEs abaixo.

UCE n° 858, Phi = 0,06 (UCI n° 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Estou cansada de botar feijão e comer puro sem outras coisas [afirmando que come com muita frequência], mas a carne eu não como. É... Aquele cheiro me toma assim, eu fico embrulhando o estômago, não tenho vontade [lembrando do cheiro ruim que sentia no hospital].

UCE n° 871, Phi = 0,07 (UCI n° 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Acho ruim, fica aquele cheiro ruim [do hospital] no nariz. A alimentação, as coisas que eu como é fruta, um mingau, esses negócios; mas não estou achando bom a carne, eu não gosto de carne\_de\_gado, não gosto de carne\_de\_frango, não; peixe eu não como; feito nem em minha casa, eu como. Como nada disso [refere-se à dieta oferecida no hospital].

UCE n° 854, Phi = 0,05 (UCI n° 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Um mau cheiro [no hospital], aquele povo com aquelas... Cheios de feridas, meu Deus do céu, por isso que eu não como mais carne. Não aguentei olhar para aquelas coisas [as feridas]. Misericórdia! Deus é mais! Estou com o meu estômago muito ruim.

O apetite geralmente está diminuído em pacientes gravemente enfermos. Fatores como a necessidade de jejum para a realização de exames e procedimentos cirúrgicos, a interrupção das refeições durante a assistência, o cansaço e o desconforto podem afetar o estado nutricional da pessoa idosa (POTTER; PERRY, 2005).

Demário, Souza e Salles (2010) destacam que a doença, inapetência, alterações no paladar, as mudanças de hábito, insatisfação com a forma como o alimento é preparado no hospital e com o próprio ambiente hospitalar levam à ingestão inadequada de alimentos.

Passos *et al.* (2014) acrescentam ainda a dor, náusea, vômito, ansiedade, disfagia, depressão, incapacidade funcional, cirurgias e o estresse provocado pelo ambiente hospitalar como outros fatores que interferem na aceitação da alimentação pelas pessoas hospitalizadas. Sabe-se que, no contexto da hospitalização, a alimentação exerce um papel importante, visto que é parte do plano terapêutico e a aceitação da dieta em quantidade insuficiente leva à ingestão proteico-calórica inferior à necessidade corporal.

Ainda, pode-se citar a diminuição do apetite em função da doença, ao uso de medicamentos, à ausência de acompanhantes e aos aspectos sensoriais dos alimentos. A presença do acompanhante torna o comer mais prazeroso e melhora a aceitação, uma vez que pode contribuir para a amenização da perda de privacidade e liberdade que a hospitalização provoca, frente ao afastamento do lar e à nova experiência que se apresenta. Com relação à interferência do ambiente hospitalar no apetite, acredita-se que o ato de comer no mesmo local onde são realizados procedimentos clínicos; a presença de pessoas desconhecidas e de odores desagradáveis diminuem o apetite. No que se refere à dor, quanto mais intensa, menor é o apetite e a vontade de comer (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010).

Os aspectos ambientais, como as situações externas relacionadas ao ambiente hospitalar, são os que mais interferem na aceitação da alimentação, gerando inapetência. Em seguida, aparecem os fatores alimentares, como o tipo de alimento que é oferecido, o sabor, a aparência, a temperatura, a textura, a variedade, as modificações nos horários que são servidas a dietas e as diferenças com relação aos hábitos cotidianos (LIMA *et al.*, 2014).

Nesse ínterim, destaca-se, então, o papel da enfermagem que, por meio das suas ações cuidativas, pode atuar sobre o ambiente, tornando-o mais agradável, confortável, acolhedor e menos hostil às pessoas idosas. Retoma-se o conceito de enfermagem proposto na Teoria do Cuidado Cultural como uma profissão humanística e científica, aprendida, voltada para o cuidar humano. Por meio do auxílio, apoio, facilitação ou capacitação das pessoas, individualmente ou em grupos, contribui para manter ou readquirir a saúde, o bem-estar ou enfrentar situações limite de forma significativa para a cultura (WELCH, 2004).

Alguns cuidados podem ser implementados pela enfermagem no intuito de melhorar a aceitação da dieta pelas pessoas idosas. Assim, é recomendável que o ambiente esteja livre de

odores, sem utensílios como aparadeiras e papagaios à vista; que seja feita a higiene oral, para remover os resíduos e sabores desagradáveis, e mantendo o conforto (POTTER; PERRY, 2005), além de promover a analgesia, como exemplifica a UCE abaixo.

UCE n°. 844, Phi = 0,00 (UCI n°. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Se tirasse essa dor de cabeça minha, eu estava, para dizer a você, eu estava melhor; é essa dor na cabeça... Eu já sou ruim para me alimentar, agora fico sem poder me alimentar direito.

Também é importante que o idoso se sinta confortável e estimulado a comer. Nesse sentido, a analgesia precisa ser planejada para evitar a sensação álgica, assim como a realização de procedimentos dolorosos, como curativos, punções e sondagens longe do horário das refeições. Outra estratégia que pode ser adotada é o oferecimento da dieta por um familiar ou profissional da enfermagem.

Considera-se que, no ambiente de cuidado, é uma atribuição da enfermagem realizar a avaliação das pessoas idosas quanto a aceitação, a ingesta e a recusa da dieta oferecida. Os problemas que dificultam a alimentação das pessoas idosas precisam ser identificados e os cuidados cabíveis implementados para a satisfação da necessidade de nutrição. A partir da avaliação, pode desempenhar o papel de interlocutora entre os pacientes, a família, a equipe de nutrição e médica, visando a melhor aceitação da dieta (PASSOS *et al.*, 2014).

Collière (1999) categoriza a alimentação como um dos cuidados básicos na rotina da enfermagem. A alimentação contribui para a manutenção da vida, o desenvolvimento, a sobrevivência, a construção e a manutenção do corpo, da imagem e das suas relações com o meio. A alimentação, ao lado de cuidados básicos de manutenção da vida – como a higienização, mobilização e hidratação – são indispensáveis para o alcance da cura.

Passos *et al.* (2014) chamam a atenção para a subvalorização da alimentação no ambiente hospitalar pela enfermagem. Conforme relatam as autoras referenciadas, algumas vezes as dietas são deixadas ao lado dos pacientes sem que estes tenham condição de se alimentar sozinhos, ou mesmo não são incentivados e estimulados a comer. Outra dificuldade relatada é o registro adequado da avaliação, triagem quanto à capacidade de mastigação, deglutição e do cuidado prestado. Estas questões levantadas expõem as pessoas hospitalizadas a um risco maior de desnutrição. Quando se pensa nas pessoas idosas, considera-se que os riscos sejam maiores devido à menor reserva fisiológica e ao maior risco a que estão expostas.

Há ainda, conforme os participantes, uma sensação de estranhamento com relação à dieta hospitalar. Inevitavelmente, os idosos estabelecem um comparativo com a alimentação

fora do hospital e, dessa forma, resistem à dieta oferecida e às diferenças na forma de preparo, conforme apresentado nas UCEs a seguir.

UCE nº. 477, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu vou te contar, a comida sem sal, meu irmão, é um purgante! Eles [no hospital] têm uma mania de dar carne triturada, sabe, pegava o frango, cozinhava. O tempero, todo estranho.

UCE nº. 480, Phi = 0,06 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

O purê era o que eu comia. Ontem que me veio aqui um peixe, eu comi porque afinal de contas... Pareceu que esqueceram o peixe fora da geladeira, não sei; aquilo desfiado... Fazer o quê? O que é isso?! Não estou em casa...

UCE nº. 487, Phi = 0,02 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Tá! (expressando indignação) Agora para eu chegar aqui e comer esse peixe... Mas é isso mesmo, estamos aqui, não tem jeito, né? Meditando [planejando] ir para casa, quando eu for para casa a coisa vai mudando.

UCE nº. 81, Phi = 0,03 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

O pessoal tudo agradável [no hospital], mas acho que quem não prestava era eu mesmo, viu, que nada eu comia. Ele [perguntavam à ela], quer um mingau? Eu digo, eu!? Ô, se o pirão é ruim, imagine o mingau... Eu tomo mingau na minha casa porque eu sei fazer, eu mesma faço e minha filha faz [também].

UCE nº. 123, Phi = 0,03 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Não está com fome, não? Não quer comer, não? Quer um pedacinho de queijo? Eu digo, que nada, não quero nada daqui, não. Eu em casa também eu tenho tudo! Quando chegar na minha casa eu como.

UCE nº. 80, Phi = 0,01 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Mas não tinha fome mesmo. Eles me davam o queijo. Aqui, você não disse que queria o queijo? Eu digo, não, não quero esse queijo mais não que está fedendo, quero não.

Para o idoso hospitalizado, o risco de entrar em um estado de nutrição menor do que as suas necessidades corporais é grande. Além das alterações próprias do envelhecimento, que podem repercutir negativamente na nutrição, determinados fármacos podem interagir com os nutrientes inibindo a absorção, alterando o paladar, aumentando ou inibindo o apetite, promovendo a anorexia ou mesmo aumentando a absorção do medicamento (POTTER; PERRY, 2005). Informações provenientes do Inquérito Nacional de Alimentação, realizado com o objetivo de estimar a ingestão inadequada de nutrientes na população idosa brasileira, demonstram que há deficiência de vitaminas A, C, D, E, piridoxina, tiamina; de minerais como cálcio, magnésio, zinco e cobre; e ingesta excessiva de sódio, principalmente entre os homens (FISBERG *et al.*, 2013).

Um estudo realizado por Assumpção *et al.* (2014), sobre a qualidade da dieta entre idosos, encontrou a presença de carências nutricionais e desnutrição. Para as autoras citadas, a perda de apetite, diminuições do olfato e do paladar, dificuldades para a deglutição provocam alterações na ingesta alimentar e favorecem a menor absorção de nutrientes.

Em um artigo sobre a comida de hospital, Demário, Sousa e Salles (2010) discutem que o comer no hospital precisa ser compreendido em uma dimensão ampla, não se restringindo apenas ao ato de receber a comida e comer. Pelo ato de ingestão dos alimentos, emergem lembranças, impressões e discursos que remetem ao comportamento alimentar.

As restrições alimentares e a falta de apetite estão relacionados à doença, demonstrando que há um comportamento de resignação frente às restrições. Prevalece a ideia de que as regras da instituição hospitalar, no que diz respeito à dieta, precisam ser obedecidas e o ato de alimentar-se relaciona-se com a recuperação.

No estudo de Demário, Sousa e Salles (2010), os participantes, idosos e não idosos, relataram aversões a algumas preparações servidas no hospital, como peixe, pepino, abobrinha, abacaxi, cebola, arroz, frango ensopado e leite. Essa aversão foi relacionada à forma de preparo, às intolerâncias individuais e aos hábitos alimentares no cotidiano.

Para os idosos que participaram desta pesquisa, a dieta hospitalar é comparada a um purgante, a algo estranho, sem tempero, sem sal, inadequada para o consumo, ruim, e com mau odor. Tais descritores trazem como significado a comparação da dieta com algo desagradável ao paladar e sem sabor. Tal falta de sabor atribuída à comida do hospital é contraposta à alimentação cotidiana.

A comida de hospital, ou dieta hospitalar, é qualificada tanto com adjetivos positivos quanto negativos. Os qualificadores positivos são satisfatória, vitaminada, enriquecida, variada, caprichada, bem limpinha e ótima. Já os qualificadores negativos são insossa, fraquinha, ruim, péssima, fria, repetida, sem gosto, mesmo cheiro, aparência ruim e comida de doente, reforçando a concepção negativa sobre comida de hospital (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010).

Aspectos como sabor, apresentação, aparência, textura, temperatura e o tipo de preparação estão relacionados com a estimulação da vontade de comer (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010). Surgem, então, as questões relacionadas aos sentidos como importantes para a estimulação do apetite e, possivelmente, pelas lembranças que desperta. Em todo caso, é papel dos enfermeiros conhecer a pessoa idosa, a fisiologia do envelhecimento, a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos administrados, além da aceitação da dieta.

Pode-se estabelecer uma analogia entre a doença, a hospitalização e a dieta hospitalar em oposição à vida diária das pessoas idosas. Se o momento rememorado sobre a

hospitalização é sem sabor e permeado por descritores negativos, suas vidas fora do hospital são o oposto. Assim, interpreta-se que está implícito o sentimento de que há sabor e tempero em seus cotidianos. Por meio do alimento preferido, falam sobre o significado da vida e a vontade de viver.

Destaca-se também o pensamento dos idosos no que diz respeito à adaptação à dieta e à necessidade de nutrição, como exposto a seguir.

UCE nº. 508, Phi = 0,06 (UCI nº. 5: \*e\_05 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_1)

Eu não me queixo de alimentação, não, que eu como de tudo, de tudo! Eu acho que o melhor tempero para a comida é a fome; se não está na casa...

UCE nº. 1038, Phi = 0,03 (UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Não adianta botar [a dieta] sem fome nenhuma que não vai resolver problema, que não vai resolver quadro nenhum, só vai mais piorar. Então tem que tomar; chegou o café, tem que tomar mesmo, esteja com fastio ou não esteja.

UCE nº. 734, Phi = 0,03 (UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Não comer para exagerar [refere-se à quantidade de alimento], mas se for comer, eu como. O que vem, se eu for comer, eu como tudo, mas só que eu não tenho esses negócios de comer tudo assim.

UCE nº. 1037, Phi = 0,01 (UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

O problema da gente se alimentar, tem que acostumar o corpo que é para não acostumar mal [comer mesmo sem vontade]. Eu estou enjoada e eu estou sem fome.

UCE nº. 1207, Phi = 0,01 (UCI nº. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Quando chegava aquela a comida, eu digo, ai meu Deus. Aí ficava lá; a nutricionista chegava, porque não comeu? Não senhora, vai comer! Aí botava os meninos [os filhos] para me dar a comida.

O grande destaque atribuído pelas pessoas idosas à comida traz à tona a necessidade premente de se buscar o seu significado. Assim, com base nas UCEs apresentadas, a comida é um aspecto fundamental na vida das pessoas idosas. A alimentação leva as pessoas idosas a rememorarem quem são e onde vivem, trazendo à tona a noção de pertencimento. Por meio da comida, as pessoas idosas expressam um modo de ser, em determinado lugar. Afirmam as suas identidades e autonomia na escolha do que comer e como comer. Assim, o alimento está imbricado nas histórias de vida das pessoas idosas.

Outro aspecto a ser observado, lembra Nightingale (2010), é a avaliação do quanto a dieta foi aceita e contrapondo essa informação com a necessidade de ingesta. O estado nutricional pode afetar negativamente a recuperação. As situações de baixa aceitação da dieta ocorrem justamente quando deveria ser melhorado o aporte calórico. Na presença de infecções, feridas, fraturas e na convalescença, há aumento do metabolismo, com mais gasto energético. Logo, a baixa ingestão alimentar, ocasionada por fatores como a falta de apetite,

pode prejudicar a melhora clínica e retardar a alta hospitalar.

O comportamento de pacientes idosos e não idosos quanto à expectativa de comer no hospital revela que estes identificam as diferenças, com relação à alimentação em casa, e fazem solicitação de ajustes na dieta. No entanto, são enfáticos em afirmar que a dieta está boa. O ato de identificar as diferenças, elogiar e solicitar ajustes, porém de maneira furtiva, conota passividade, pode ser um indício do medo de serem mal interpretados e de sofrerem represálias por se queixarem da comida do hospital, aliada ainda à resignação pela doença e a própria hospitalização (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010). No entanto, também pode haver insatisfação e negação (LIMA *et al.*, 2014).

Os idosos expressam a necessidade de se alimentar, mesmo sem sentir fome, como uma necessidade vital. Esse sentimento pode ter sido mobilizado pela esperança da melhora, da alta hospitalar e da volta para casa. Há, ainda, a lembrança da submissão à dieta hospitalar, pois dela não podia fugir. É o que expressa a ideia contida na obrigatoriedade da aceitação da nutrição enteral, nas UCEs abaixo, e expressões como “quando chegar na minha casa, eu como” e “se não está na casa...”.

UCE nº. 162, Phi = 0,02 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Era aquele a\_comida que ficava lá pendurada; eu não lembro como era o nome daquilo, não. Mingau, elas não me davam; eu não comia não, filho, era aquela a\_comida mesmo...

UCE nº. 161, Phi = 0,01 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Ficava dormindo naquele sono, foi... mais dopada do que coisa [consciente]. Eu não me alimentava não, meu\_filho; [...] Era pela sonda e era aquela comida... [...] Era aquela [dieta] que dão na veia, no aparelho.

Conforme pode ser interpretado das UCE 161 e 162, a referência à nutrição enteral é feita de forma hostil, podendo ser interpretada como algo externo e distante. Na fala, a participante deixa transparecer um desejo de distanciamento desse tipo de dieta, pois, para ela “era aquela [...] que ficava lá pendurada”, referida como “aquilo”, ou uma coisa sem sentido, impessoal e que embora seja fisiológica, se distancia do ato de comer. Já com relação à alimentação cotidiana, há a expressão de um sentimento oposto, conotando uma relação de proximidade. Assim, pode-se afirmar, com base nas falas 161 e 162, que alimentar-se pressupõe o ato de comer; ou seja, ingerir o alimento que, junto aos sentidos, leva à saciedade.

A nutrição por sonda enteral ou nutrição enteral é uma técnica de alimentação utilizada para administrar nutrientes diretamente no trato gastrointestinal. A nutrição enteral é utilizada como segunda opção à alimentação por via oral, e quando o paciente não está com capacidade



para ingerir alimentos, mas o trato gastrointestinal é capaz de digerir e absorver os nutrientes (POTTER; PERRY, 2005).

No que se refere à nutrição via sonda nasoenteral, uma questão a ser considerada, além do incômodo e riscos da presença da sonda, é a privação do sabor dos alimentos e da sensação de comer. Isso pode conduzir à sensação de insatisfação com a alimentação, ainda que as necessidades nutricionais estejam sendo satisfeitas (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010).

A integração de saberes pelos enfermeiros, quando do planejamento dos cuidados às pessoas idosas, requer um pensamento crítico e amplo. No caso específico da alteração da alimentação, é importante que sejam consideradas as informações obtidas a partir da história de vida, alimentar e clínica, com a própria pessoa idosa; informações dos familiares; além da experiência profissional e dos conhecimentos fundamentais da enfermagem e da gerontologia (POTTER; PERRY, 2005).

Enfatiza-se também a busca pelas crenças, padrões e simbologias atribuídos aos alimentos e aos hábitos alimentares pelas pessoas idosas. A busca pelo *émic*, ou seja, pela visão interior da cultura alimentar dos idosos, somada ao esforço profissional pela sua compreensão, favorece o estabelecimento do cuidado culturalmente congruente, com menos choques e descontentamentos, e mais satisfação e diálogo entre enfermeiros, idosos e familiares.

Na forma lógica do Sol Nascente, Leininger ressalta que a visão de mundo das pessoas influencia e é influenciada pelas dimensões da estrutura social e cultural (LEININGER, 1985; 2008). Identifica-se, além da dimensão dos valores e estilo de vida culturais, os fatores relacionados com o parentesco. Para as pessoas idosas, a presença de um familiar, em geral os filhos, favorece a aceitação da dieta hospitalar. Conforme foi debatido, diante de um ambiente desconhecido, impessoal e pouco acolhedor, a segurança proporcionada por um familiar leva os idosos ao enfrentamento positivo das adversidades impostas pela doença e hospitalização.

Constata-se que os fatores econômicos não se constituíram, nesta pesquisa, como um problema para a alimentação das pessoas idosas, uma vez que afirmaram ter acesso aos alimentos de que precisavam e gostavam, em suas casas. Antes disto, sobressai-se um conflito entre a cultura alimentar no domicílio e as incongruências com a dieta hospitalar.

Um dos caminhos a ser seguido, frente à necessidade da nutrição adequada no hospital, é a busca por uma individualização, sempre que possível, da dieta hospitalar com o cotidiano das pessoas idosas hospitalizadas. Sabe-se que a hospitalização é um momento de

transição entre o estado de doença e a melhora clínica (DEMÁRIO; SOUSA; SALLES, 2010). Nem sempre será possível um ajuste da alimentação com o desejo do paciente, mas uma escuta atenta, a busca pelo conhecimento da história alimentar e a avaliação cotidiana das pessoas idosas podem contribuir para uma melhor nutrição e satisfação.

A observação cuidadosa permitirá identificar aqueles idosos que estejam em risco ou com a nutrição comprometida. Permite também dar um direcionamento ao cuidado, no intuito de adequar a dieta aos hábitos alimentares das pessoas idosas.

Outro desafio para a enfermagem é dar um sentido às ações de educação em saúde voltadas para a alimentação das pessoas idosas. Ou seja, utilizar-se de estratégias que conduzam à compreensão do porquê de determinadas restrições alimentares e à impressão de um novo sentido à vida a partir da vontade de viver saudável. Para isso, é necessário um trabalho multiprofissional, envolvendo também as nutricionistas.

#### **5.4.2 Classe dois - Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização**

A classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, é a segunda a se destacar, conforme o dendograma representativo do *corpus* da pesquisa (Figura 04). Esta classe é formada por 306 UCEs, que representam 29% das unidades classificadas e 23% do *corpus* inicial.

O verbo auxiliar *ter* e suas conjugações: *tem*, *tive*, *temos*; conjunções e locuções conjuntivas como *que*, *em*, *se*, *porque*, *assim*, são categorias de palavras representadas nesta classe. As formas mais significativas são *diz*+(Phi 0,24; *diz*, *dizem*, *dizer*, *dizia*, *diziam*), *tem* (Phi 0,22; *tem*); *vida* (Phi 0,21; *vida*),  *você* (Phi 0,20;  *você*); *coisa*+ (Phi 0,19; *coisa*, *coisas*); *às vezes* (Phi 0,17; *às vezes*); *governante*+ (Phi 0,16; *governantes*), como pode ser verificado no Quadro 10, a seguir. No mesmo Quadro também pode ser verificar o valor Phi, que corresponde ao valor de associação das formas com a classe; as frequências das formas no *corpus* e na classe; e o percentual na classe.

**Quadro 10** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Forma reduzida	Phi	f <i>corpus</i>	f classe	% na classe	Contexto semântico
diz+	0,24	149	85	57	diz, dizem, dizer, dizia, diziam
tem	0,22	200	100	50	tem
vida	0,21	31	26	84	vida
você	0,20	199	97	49	você
coisa+	0,19	134	70	52	coisa, coisas
às vezes	0,17	23	19	83	às vezes
governante+	0,16	12	12	100	governantes
governo	0,16	12	12	100	governo
pag+	0,16	12	12	100	paga, pagando, pagar, pagaram, pagassem, pagava, pagou
dinheiro	0,16	17	15	88	dinheiro
ach+	0,15	88	46	52	acha, acham, achando, achar, achava achei, acho
por_cento	0,15	10	10	100	por cento
não	0,15	757	253	33	não
entend+	0,15	17	14	82	entende, entender, entendeu
trat+	0,14	31	21	68	trata, tratada, tratado, tratam, tratando, tratar, trataram
então	0,14	54	31	57	então
reais	0,14	09	09	100	reais
dev+	0,13	13	11	85	deve, devemos, devia, deviam
lut+	0,13	08	08	100	luta, lutando, lutar
part+	0,13	13	11	85	parte, partes, partir
sofre+	0,13	08	08	100	sofre, sofrem, sofrer, sofria
gente	0,12	30	19	63	gente
alguém	0,13	10	9	90	alguém
se	0,12	206	84	41	se
igu+	0,12	07	07	100	iguais, igual
idos+	0,12	07	07	100	idosa, idosas, idoso
melhor+	0,12	20	14	70	melhora, melhoram, melhorando melhorar, melhorava melhora, melhor
exemplo	0,12	07	07	100	exemplo
contradição	0,12	07	07	100	contradição
meu_filho	0,12	38	22	58	meu filho
ter	0,11	39	22	56	ter
seja	0,11	06	06	100	seja

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Como pode ser verificado no Quadro 11, os participantes desta pesquisa (\*e\_) que mais contribuíram para a formação desta classe foram os idosos que concederam as entrevistas número 13, 02, 14 e 05. Com relação à faixa etária (\*id\_1), as maiores contribuições vieram da faixa um, ou seja, aquela que corresponde a idades entre 60 e 69 anos. O local de realização da entrevista que se destacou foi o local 1 (\*lc\_1), que

corresponde às entrevistas realizadas no domicílio das pessoas idosas. Não houve diferenciação quanto ao sexo, para a formação desta classe.

**Quadro 11** - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

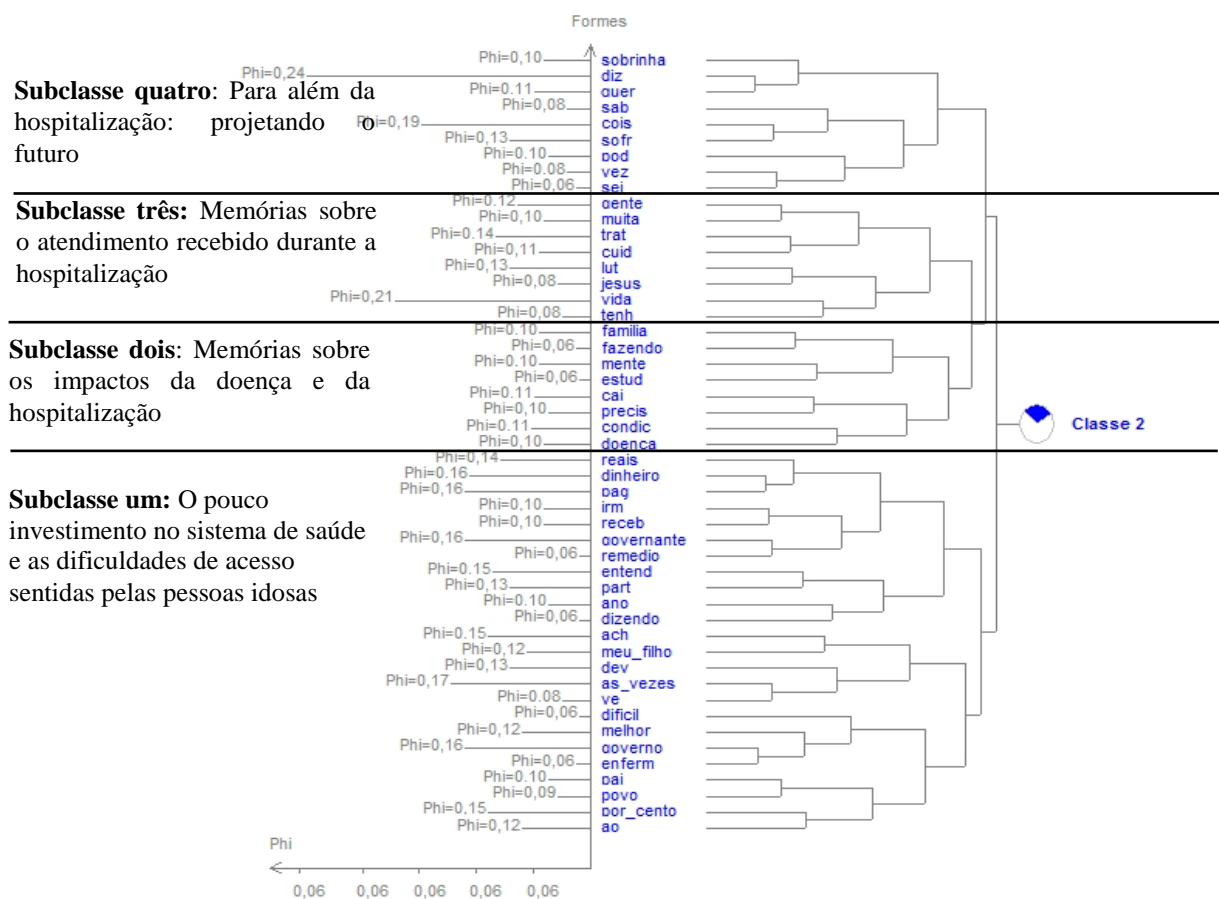
Variáveis	Phi	f corpus	f classe	% classe
*e_13	0,38	79	72	91
*e_02	0,25	116	72	116
*id_1	0,24	235	117	50
*e_14	0,11	82	38	46
*lc_1	0,07	366	123	34
*e_05	0,06	18	09	50

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, representa as memórias dos idosos no que diz respeito às dificuldades encontradas para acessar o sistema de saúde, seja em termos de utilização de serviços ou no acesso a insumos, como o recebimento de medicamentos de uso contínuo e de alto custo. Nesta classe, as pessoas idosas se posicionaram como cidadãos críticos e emitiram opiniões sobre a melhoria dos serviços públicos de saúde.

A seguir será apresentado o dendograma representativa da Classificação Hierárquica Ascendente da classe dois, gerado automaticamente pelo *software* ALCESTE (Figura 10). No dendograma, são destacadas 50 formas, sendo elas palavras completas ou radicais, com valor do coeficiente Phi entre 0,06 e 0,24. Essas formas foram as mais significativas para a formação desta classe.

**Figura 10** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A partir da Figura 10, interpreta-se que esta apresenta partição em dois ramos, no primeiro nível de análise. A metade inferior da árvore possui 24 formas, as quais, quando tomadas no contexto das entrevistas, estão relacionadas às críticas feitas pelas pessoas idosas entrevistadas aos governantes e à precariedade dos serviços de saúde. Esta ramificação deu origem à subclasse um, denominada “O pouco investimento no sistema de saúde e as dificuldades de acesso”.

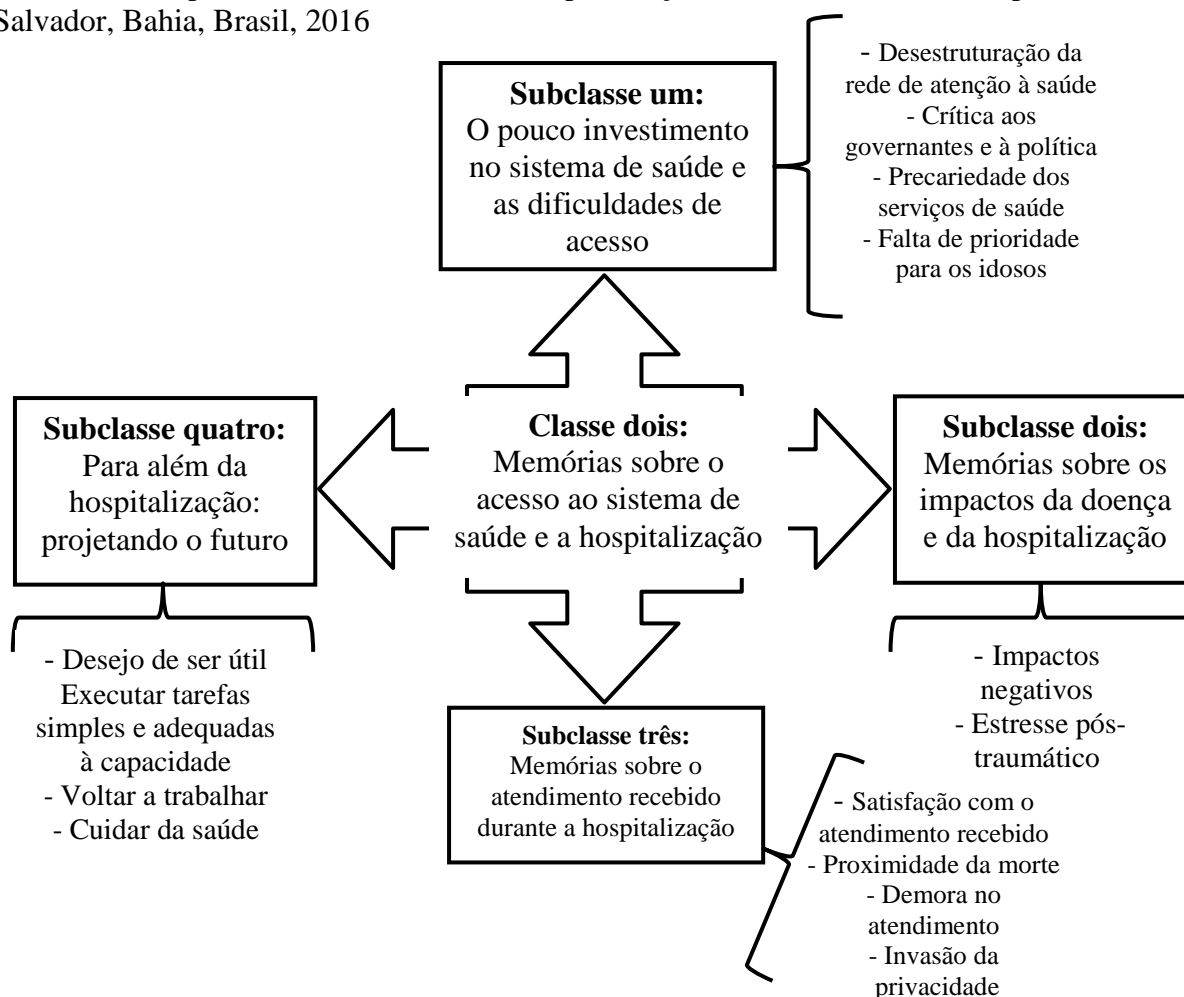
A segunda ramificação deu origem a mais três ramos. O primeiro deles possui conteúdo relacionado com os impactos sentidos pelas pessoas idosas com a doença e a hospitalização. Esse conteúdo originou a segunda subclasse, denominada de “Memórias sobre os impactos da doença e da hospitalização”. A segunda ramificação da primeira partição

apresenta conteúdo relacionado com o cuidado recebido no hospital. No contexto das entrevistas, formou a terceira subclasse, denominada de “Memórias sobre o atendimento recebido durante a hospitalização”.

A terceira ramificação, proveniente da primeira partição, na porção superior do dendograma, tem seu conteúdo associado às projeções para o futuro, ou seja, às atividades que os idosos pretendem fazer ou continuam fazendo, uma vez que tenham ou tiveram a saúde reestabelecida. Originou a quarta subclasse denominada “Para além da hospitalização: projetando o futuro”.

A classe dois, com suas respectivas subclasses são melhor explicadas na figura seguinte (Figura 11).

**Figura 11** - Ilustração da classe dois, Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A seguir, são apresentadas e discutidas as UCEs agrupadas em cada uma das quatro subclasses.

#### 5.4.2.1 O pouco investimento no sistema de saúde e as dificuldades de acesso

O fio condutor da subclasse um, “O pouco investimento no sistema de saúde e as dificuldades de acesso”, aponta para as dificuldades que as pessoas idosas tiveram ao acessar o sistema de saúde e à emissão de uma opinião crítica frente à realidade social. Para eles, o governo ou os governantes gastam ou investem dinheiro nos serviços de saúde. Como consequência, os idosos, que representam um percentual (por\_cento) elevado na população (povo), às vezes (às\_vezes) sofrem as consequências e se veem em situação difícil. As dificuldades se traduzem no não recebimento de remédios para si ou para familiares, e nas dificuldades enfrentadas por parte dos profissionais, como os enfermeiros e médicos para prestar um melhor atendimento.

As formas presentes nessa subclasse relacionam-se com investimentos públicos (reais, Phi 0,14; dinheiro, Phi 0,16; paga, Phi 0,16); os representantes dos serviços públicos (governo, Phi 0,16; governantes, Phi 0,16); a às dificuldades sentidas (difícil, Phi 0,06) para si e para os outros (irmã, Phi 0,10). Expressam também opinião (acho, Phi 0,15; devia, Phi 0,13; vê, Phi 0,08; melhor, Phi 0,12), falando para o entrevistador (às\_vezes, Phi 0,17; meu\_filho, Phi 0,12).

As UCEs apresentadas a seguir destacam o entendimento que os idosos participantes têm sobre a necessidade de mais investimentos públicos na saúde. Para eles, a melhoria dos serviços públicos essenciais deveria ser tratada como prioridade, recebendo mais atenção e, como consequência, prestando um atendimento de melhor qualidade.

UCE nº. 258, Phi = 0,04 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Que pelo menos os governantes gastassem na doença, na saúde... Não vamos dizer que era tudo na saúde, porque todo mundo tem que se divertir, mas pelo menos a metade os governantes podiam fazer uma coisa assim para... Para proteger os pobres e os velhos, principalmente.

UCE nº. 1235, Phi = 0,04 (UCI nº. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Os governantes querem voto, mas melhorar, não melhora. Ali [o hospital] não era para ser bom não? Pronto. Melhor do que é, poderia ser. Eu não tenho nada contra, para mim foi bom, mas que dava para melhorar muita coisa, dava; dava para lutar e melhorar mais porque eles tem condições para isso.

UCE nº. 252, Phi = 0,03 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Já fizeram pergunta comigo sobre isso e eu já respondi isso; porque eu acho assim, se os governantes cuidassem

mais dos hospitais, gastassem mais dinheiro com os hospitais, pagassem aos médicos...

UCE n°. 254, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Mas os governantes não melhoram, não fazem nada... Faz aquela festa\_do\_bonfim que aquilo ali não significa nada, né? Faz aquela festa\_do\_bonfim; faz festival\_de\_verão, que ali tem dinheiro, viu, ali entra muito dinheiro; agora é esse carnaval que você vai ver a bagaceira que vai ser. Então pronto, eu acho assim, que muita coisa eles deviam investir na saúde.

UCE n°. 1234, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Quer dizer, de quem é essa culpa? Do governo, do nosso governo que não faz nada para melhorar; não melhora a saúde, não melhora escola, não melhora nada.

Constata-se que os recursos financeiros investidos no setor da saúde são percebidos pelas pessoas idosas como insuficientes. A crítica ao governo e aos governantes é feita no sentido de que eles reconhecem a dinâmica da política brasileira, na qual os representantes se lembram da população somente às vésperas das eleições. Às vezes, há a adoção de medidas eleitoreiras, com ações pontuais, sem, entretanto, melhorar de forma significativa os serviços públicos oferecidos. É o que expressa o fragmento “Eles querem voto, mas melhorar, não melhora.”.

Assim sendo, interpreta-se que os idosos entrevistados expressam suas visões de mundo ao adotar um entendimento crítico da realidade social. A dimensão que se destaca, de acordo com a forma lógica do Sol Nascente (Figura 01) da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, é a dos fatores políticos e legais, econômicos, religiosos e filosóficos.

A começar pelos fatores religiosos e filosóficos, nota-se uma crítica à cultura popular da Bahia, no que diz respeito à Lavagem do Bonfim<sup>20</sup>(festa\_do\_bonfim) e ao carnaval. Para a idosa, não há significado em tais comemorações, uma vez que os serviços públicos essenciais, como a saúde, não são tratados com a mesma prioridade. No que diz respeito à idosa entrevistada, destaca-se que ela é Testemunha de Jeová, como pode ser verificado na caracterização dos participantes, portanto, tais festejos são contrários à sua religião e,

---

<sup>20</sup> A Festa do Bonfim é a “principal manifestação religiosa popular dos baianos [...], patrimônio cultural brasileiro, homenageia o Jesus Crucificado, o Senhor do Bonfim, e acontece no mês de janeiro [...]. É um cortejo formado por baianas e diversas manifestações culturais, sem imagens de santos ou do Jesus Crucificado. O ato ganhou grande proporção tanto em relação ao número de participantes, quanto no significado religioso, especialmente entre os afrodescendentes e adeptos do Candomblé, e se tornou uma manifestação de fé tão importante que, muitas vezes, suplantou os atos católicos realizados dentro da igreja. Esse é também o momento de maior visibilidade das homenagens ao Senhor do Bonfim. Para lavar o adro do templo, as baianas, mulheres vestidas à maneira africana, levam cântaros com água de cheiro (água perfumada com flores e plantas aromáticas). [...] Esse cortejo se realiza numa extensão de, aproximadamente, 8 km, percorrendo a Cidade Baixa de Salvador. Tem início no Largo da Igreja de Nossa Senhora da Conceição da Praia e término na porta da Igreja do Bonfim” (IPHAN, s/d. p. 5-6).



portanto, sem razão de acontecer. Para ela, “aquilo ali não significa nada”, ou seja, está vinculado a outras práticas culturais e religiosas as quais não fazem parte de sua crença. Além disso, diante da necessidade sentida da aplicação de mais recursos para os serviços de saúde, os gastos com festas populares são injustificáveis, segundo a participante.

Conforme a Teoria da Diversidade Cultural (LEININGER, 1985; 2008), no que diz respeito aos fatores políticos e legais, interpreta-se que o pouco investimento no sistema de saúde prejudica sobremaneira o acesso aos serviços e determina o processo saúde-doença. Já os fatores econômicos, conforme a mesma Teoria, ficam mais evidentes quando os idosos expressam a insuficiência de recursos próprios para a aquisição de medicamentos e mesmo para acessar os serviços. Nesse ponto, vão ao encontro na forma lógica do Sol Nascente, visto que este é um modelo aberto, no qual os agentes recebem influências do meio e, ao mesmo tempo, o influencia.

Soares e Santos (2014) defendem que, apesar dos princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade, serem considerados como avançados frente a outros países, esbarra-se, na prática, em um problema crônico: a falta de garantia de recursos suficientes para o seu adequado financiamento. Conforme os autores citados, esta situação é insustentável e compromete o atendimento prestado à população. A falta de uma definição clara sobre as fontes de financiamento e o percentual mínimo do Produto Interno Bruto (PIB) a ser gasto em saúde leva a um subfinanciamento do SUS (SOARES; SANTOS, 2014). Esta situação foi vivenciada pelas pessoas idosas quando rememoram as dificuldades que sentiram ao acessar o SUS.

Um estudo que analisou o comportamento dos gastos públicos do Brasil com saúde, no período de 1990 a 2012, concluiu que não houve diferenciação entre os governos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, sendo mantida a mesma tendência de investimentos nos três governos. Segundo os autores, o subfinanciamento da saúde do Brasil comporta-se como uma condição crônica que transpassa governos e caracteriza-se como uma política de Estado. O perfil dos gastos está aquém dos sonhos da reforma sanitária brasileira, dos anos 1980. Apesar da implantação legal do SUS, ainda carece de materialização na prática (SOARES; SANTOS, 2014).

A despeito da universalidade do SUS, o percentual *per capita* gasto pelo setor público em relação ao gasto total em saúde situa-se em um nível que não condiz com um sistema universal e integral (SANTOS, 2010; SOARES; SANTOS, 2014). O gasto público com saúde

no Brasil, em 2011, foi de 45,7% e o investimento privado representou 54,3%. Nesse ponto, distancia-se de sistemas semelhantes, como em alguns países europeus, e mais de aproxima de um sistema privado de financiamento da saúde, como o americano ou de países como Chile, México, Paraguai e Venezuela. Em países com sistema semelhante ao brasileiro, como Canadá, Espanha, França, e Reino Unido, o gasto público é predominante, com variação entre 70% e 83% do total investido (SOARES; SANTOS, 2014).

Sabe-se que os investimentos no SUS, por meio da estruturação de uma rede de atendimento eficiente e articulada entre si, poderiam reduzir os gastos com os serviços hospitalares. As ações preventivas têm o potencial para manter a pessoa idosa em boas condições funcionais, por mais tempo, reduzindo assim a necessidade de hospitalizações. As internações de pessoas idosas, como se sabe, tem um alto custo financeiro, além de se traduzir em riscos para o declínio funcional, perda da integridade da pele, de contrair infecções e para o prolongamento do tempo de permanência no leito (VESZL *et al.*, 2013).

Por outro lado, interpreta-se também, nas falas dos participantes idosos, uma percepção da falta de prioridade por parte do governo nos investimentos públicos. Essas ideias podem ser traduzidas nos trechos que se referem à “festa do Bonfim”, carnaval e “Festival de Verão.” Tais festas são tradicionais da cultura soteropolitana, sendo que o Festival de Verão é uma festa privada.

Na opinião dos idosos, deve sim haver festas como essas; afinal, como eles mesmos afirmam, todos precisam se divertir. Porém a ordem de prioridade não pode ser invertida. Interpreta-se também que o termo “bagaceira” traduz uma preocupação com a violência resultante das festas citadas. Este termo expressa baderna e associa-se a lixo ou resto de alguma coisa. No dizer da idosa, está ligado ao afastamento da moralidade e à violência.

Para as pessoas idosas que participaram desta pesquisa, uma parte das dificuldades que eles sofreram resulta da falta de investimentos públicos, como pode ser reafirmado nas UCEs a seguir.

UCE n°. 1142, Phi = 0,03 (UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu falo, não sei se é com a assistente\_social de Itabuna ou com a própria prefeitura. [...] Quer dizer, uma dificuldade... Você com todos os relatórios; oh gente, será que só vão me dar depois... Oh gente, já morreu, agora pega umas tábuas aí, agora vamos dar que é de graça...

UCE n°. 250, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu acho que eu estou\_bem! [risos] Olha meu\_filho, falta muita coisa, não falta? Falta... Por a pessoa [ser idosa]... Eu não vou dizer que fui mal tratada lá porque sou idosa, mas idoso sofre, viu, em tudo! Porque eu acho assim, o idoso não podia ficar na fila, ficar esperando.

UCE n°. 1230, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

O negócio são nossos governantes, não é? Não melhora nada. Olha aí o salário do aposentado mesmo, a droga que é! Pelo amor\_de\_Deus, desde quando... Aposentado não trabalhou? Porque é que recebe... Então é isso que é ruim. De melhorar, poderia melhorar muita coisa se o governo, nosso governo quisesse melhorar as UTI, os hospitais porque necessita.

UCE n°. 423, Phi = 0,03 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Que vida é essa? Eu estou dando graças a Deus que eu tenho eles [filhos], mas estou sentindo que... Eu estou maltratando muita gente. Uma coisa [doença] que era eu só, era eu só, porque fui eu que arranjei, fui eu que arranjei, era eu que tinha que pagar... Mas é isso mesmo, mas tudo é da vida.

A pessoa idosa que concedeu a entrevista número quatorze entende que os idosos são injustiçados pelo poder público desde o recebimento de suas aposentadorias, que, segundo ela, é uma “droga.” O termo droga, nesse contexto, significa algo que é ruim e traz um sentido negativo. No caso do salário mínimo, é tido como pouco, insuficiente, injusto e incompatível com a vida de trabalho e contribuição que levaram.

Ainda na linha da crítica pelos idosos aos serviços públicos, a pessoa idosa que concedeu a entrevista número treze apresenta a sua dificuldade diante do serviço social e da prefeitura de seu município para conseguir o tratamento de que precisava. As dificuldades continuam existindo, mesmo que tenha todos os relatórios sobre a doença e que justifiquem a necessidade de tratamento fora do município de residência, no caso, Salvador, capital do estado da Bahia. Ainda assim, alega que não recebeu qualquer apoio financeiro para custear minimamente as despesas com transporte, hospedagem ou alimentação, sem citar o acesso ao serviço de saúde e os custos específicos. Destaca-se que o município referido situa-se na Região Sul da Bahia, a 441 km de distância de Salvador, e não oferecia o serviço de que o idoso necessitava.

A regulação dos serviços e sistema de saúde tem sido descrita como uma importante ferramenta de gestão e que pode ser utilizada para reduzir as disparidades entre a necessidade, demanda e oferta de serviços, com coerência e sem distorções. Está fundamentada na descentralização das ações de saúde, com divisão das responsabilidades entre as três esferas de governo, no intuito de promover a equidade do acesso, garantir a integralidade e permitir os ajustes entre a demanda e a oferta de serviços. No entanto, autores reconhecem que a operacionalização da regulação, por meio de estruturas como as centrais estaduais e municipais de regulação e da regionalização dos serviços e recursos tecnológicos, ainda ocorre de forma incipiente, carecendo da alocação de recursos e da adoção de processos que

garantam a eficiência e a qualidade do processo (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A indignação do idoso que concedeu a entrevista número treze chega ao ponto de levá-lo a acreditar que só receberá qualquer apoio do poder público quando morrer. É o que expressam as reticências no fragmento “será que só vão me dar depois...”, ou seja, depois da morte precipitada por falta de assistência. E o apoio, após a morte, viria na forma de doação de tábuas para confeccionar o caixão. A interpretação da crítica do participante traz como significado a noção de que, em vida, é impossível receber qualquer auxílio do poder público para o tratamento de doenças; e em morte, o que recebem são tábuas para a confecção da urna mortuária.

O costume de fazer caixão com tábuas de modo artesanal, aludido pelo idoso, é um hábito antigo no interior da Bahia. Conforme a tradição oral, conta-se que, após o recebimento da notícia da morte de algum familiar ou vizinho, os homens se reuniam para confeccionar o caixão, usando tábuas, pregos, serrote e martelo. As mulheres se ocupavam da confecção das mortalhas. À época desses costumes, que acredita-se, tenha perdurado até meados do século XX, não existiam automóveis acessíveis a todos. Assim, as pessoas que morriam na zona rural tinham seus corpos transportados no ombro pelos homens da comunidade, até o cemitério mais próximo. Não raro, lançava-se mão de cemitérios clandestinos. Quando a distância, a ser percorrida a pé, era longa, poucas pessoas acompanhavam o cortejo.

O costume de se confeccionar caixões com tábuas improvisadas, no interior do Brasil, também é relatado por outros autores, sendo comum encontrar relatos em obras literárias, como “Últimas lembranças: retratos da morte no Cariri, região do Nordeste Brasileiro” (RIEDL, 2002, p. 60); “Caçadas de vida e de morte” (CUNHA, 2000, p. 211) e “Morte e vida Severina” (MELLO NETO, 2009, p.11). Muitas vezes, as tábuas eram guardadas nas casas, a fim de serem utilizadas na ocorrência da morte de um familiar. Os caixões eram feitos por carpinteiros ou pessoas sem muita experiência no ofício, de improviso, dada a urgência do momento (LOREUNÇO, 2016).

Relatos publicados na rede mundial de computadores dão conta de que, em uma determinada cidade do sertão baiano, em meados do século XX, muitas famílias não dispunham de condições sequer para adquirir as tábuas do caixão para um familiar morto (CHAVES, 2010). Quando não se dispunha de tábuas para a confecção do caixão, a pessoa

era enterrada envolta em lençóis velhos, ficando assim em “maus lençóis” (LOREUNÇO, 2016).

Eram também utilizadas redes, como retratado no livro “Morte e Vida Severina”, em que se transportava o morto até o local do sepultamento. “A quem estais carregando, irmãos das almas, embrulhado nessa rede? Dizei que eu saiba” (MELLO NETO, 2009, p.11). Outra situação relatada é a utilização do caixão da misericórdia, no interior do estado da Bahia. Este era uma espécie de caixão comunitário para transportar o corpo até o cemitério, sendo utilizado sempre que morresse uma pessoa menos favorecida (CHAVES, 2010).

Supõe-se que seja essa cena a retornar à memória do idoso, quando em pleno século XXI, se vê diante de qualquer possibilidade de recebimento de ajuda pelo poder público, a não ser as tábuas para o próprio caixão.

Para a idosa que concedeu a entrevista número dois, a falta de apoio aos idosos se revela por meio do longo tempo de espera em filas, aguardando atendimento. Já para a idosa que concedeu a entrevista número quatorze, há necessidade de melhorias nas UTIs e nos hospitais, como um todo. O sentimento que permeia a fala das participantes é a satisfação com o atendimento que receberam, apesar das críticas, e sugerem que não identificaram diferenças com relação ao atendimento recebido e o prestado a pessoas de outras faixas etárias.

No entanto, identificam que o tempo de espera, por exemplo, é longo. Nesse caso, parece não ter sido observado o dispositivo do Estatuto do Idoso, no que se refere à absoluta prioridade na efetivação do direito à saúde. A prioridade no atendimento, concernente à saúde, compreende o atendimento preferencial e individualizado junto ao órgão prestador de serviço, além da garantia de acesso e assistência na rede (BRASIL, 2003).

No que se refere às longas filas e dificuldades de acesso, remonta-se a Menezes (2010), a qual aborda que normalmente não se reflete acerca do significado do deslocamento de seus domicílios para tentar atendimento nos serviços de saúde, por pessoas idosas e seus familiares. Conforme a autora citada, nesse momento, além do medo de um diagnóstico desfavorável, está presente toda a carga emocional gerada pelas dificuldades com o deslocamento, o longo tempo de espera nas filas e a possibilidade de não ser atendido.

Imagina-se uma pessoa idosa, às vezes fragilizada pelo envelhecimento, pelo processo de doença, sendo obrigada a dormir nas filas, sob as intempéries, para tentar a sorte de conseguir uma vaga para consultar-se ou fazer um exame. Diante do exposto, acredita-se que

esteja configurada violação aos direitos das pessoas idosas de receber um atendimento oportuno e digno.

A falta de apoio por parte do poder público revelou-se como um tema vivo e palpitante na memória dos idosos. Diante da necessidade contínua do uso de medicamentos para o tratamento de DCNTs, ou de quimioterápicos, relatam que há insuficiência de recursos próprios para adquiri-los e dificuldades de acesso no SUS.

UCE n°. 257, Phi = 0,05 (UCI n°. 2 : \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Tem uns remédios que é mil, dois mil e pouco [reais]. Quer dizer, o dela [a irmã] ela ainda recebe, ela ainda pega; mas se ela não pegasse, ela tinha condições de comprar? Não tinha, meu\_filho. Aí eu acho errado isso...

UCE n°. 1091, Phi = 0,04 (UCI n°.12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Para fazer uma sessão de quimioterapia foram onze mil, quatrocentos e sessenta e nove reais; quase cem mil de quimioterapia. Foi meu menino quem pagou; e no Aristides Maltez, me cadastrou no Aristides Maltez, ali fiz as oito [as demais sessões de quimioterapia]; despesa de... Até você encontrar no SUS, na nossa região, uma passagem, [para conseguir pela prefeitura] [...], é uma novela.

UCE n°. 1238, Phi = 0,02 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Eu já estou imaginando ter que ir lá marcar, que tem que ir lá marcar [uma consulta médica] para poder pegar o documento de\_novo. [...] Eu tenho uma sobrinha que trabalha ali [no hospital], eu vou pedir a ela para ver se ela marca para mim, para eu voltar lá ao médico.

UCE n°. 1077, Phi = 0,02 (UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Para a UTI... Eu tenho um sobrinho que é cirurgião vascular [...], por sinal ele dá até aula aqui, faz a residência dele aí e ele conseguiu para mim através de um irmão, [...], que é cardiologista aqui em Salvador e essa caminhada vem se encaixando tudo certinho.

UCE n°. 255, Phi = 0,02 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Meu remédio que é sessenta e poucos reais, eles me davam [estava disponível no SUS], agora já cortou, não me dá mais; eu já tenho que tirar do meu dinheirinho que é pouco, que não dá para nada, para comprar o remédio, que eu tenho que também sem o remédio eu não vou ficar...

Muitas vezes, os recursos financeiros dos idosos são insuficientes para a sobrevivência e para a compra de medicamentos dos quais precisam. Estes, em alguns casos, são considerados como de alto custo. Resta ao idoso fazer a opção entre a própria sobrevivência e a compra dos remédios. Como foi discutido na caracterização dos participantes, os idosos possuem renda mensal de um salário mínimo, proveniente de aposentaria.

Diante desse contexto desfavorável à dignidade das pessoas idosas, é necessário recorrer a uma rede de apoio e solidariedade, única via de enfrentamento das dificuldades vivenciadas. Essa ideia baseia-se nos excertos a seguir: “foi meu menino quem pagou”; “eu tenho uma sobrinha que trabalha ali, vou pedir a ela para ver se ela marca para mim”; “eu tenho um sobrinho que é cirurgião vascular (...) e ele conseguiu para mim através de um irmão”.

Os excertos destacados dizem sobre as dificuldades que os idosos encontraram para a marcação de consultas e exames, ou mesmo sobre a inexistência de vagas para internamento e cirurgias. Entende-se que o caminho encontrado tenha sido o recorrer ou apelar a qualquer pessoa que representasse uma possibilidade de ajuda. Diante disso, se questiona sobre os princípios do SUS no que diz respeito à universalidade, equidade e integralidade, e destaca-se as relações de parentesco, como fundamentais às pessoas idosas. Nesse contexto de desestrutura social, as “redes de influências” são o caminho mais curto entre a necessidade real de atendimento, o longo tempo de espera nas filas e o acesso ao SUS.

Para os idosos, valeu mais a ajuda dos seus familiares e outras pessoas conhecidas do que a preconização dos princípios do SUS, no que diz respeito ao acesso ao sistema, aos medicamentos e à garantia de atendimento.

Além de identificarem a necessidade de mais investimentos no sistema de saúde, os participantes também identificaram a necessidade de melhoria no atendimento e nos recursos hospitalares disponíveis. As UCEs apresentadas na sequência relacionam com a necessidade de melhoria no atendimento à saúde.

UCE n°. 1333, Phi = 0,04 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu acho que devia ter um atendimento melhor para as pessoas idosas. Mas às vezes também paro para pensar que são milhares de pessoas idosas; setenta por cento é tudo senhor\_de\_idade, senhora\_de\_idade...

UCE n°. 1229, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

No ponto de melhora, poderia ter; você sabe que todo hospital, quanto mais coisas [recursos] tiver, é melhor para o paciente. Mas o governo não faz... No ponto de médico, eles atendem sim; enfermeiros, médicos, todo mundo atende direitinho.

UCE n°. 1335, Phi = 0,03 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas devia ser melhor mesmo, mas se desse condições. Pessoas de idade, pessoas às vezes passando mal, com dor, gritando e tal, e tal. Mas é como eu falei a você viu, o cara se acha doente, ruim, quando olha de um lado, outro pior dez mil vezes. Aí diz, oh seu fulano aí para morrer e esse aí, se não cuidar hoje, morre.

UCE n°. 123, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

A gente necessita de mais coisas boas; a gente, idosos, não é só a gente idosos não, todo mundo, idosos, crianças, todo mundo necessita de melhora nos hospitais, no atendimento.

O ponto de encontro na fala de todos os idosos é a necessidade de melhora do atendimento. Por outro lado, também se dão conta das limitações para a prestação de um serviço de melhor qualidade. As limitações são provenientes da grande quantidade de pessoas idosas nos serviços, e da gravidade dos pacientes, que levam os profissionais a priorizarem o atendimento àqueles com risco de morte iminente. Identifica-se também certa compreensão por parte dos idosos quando no atendimento se prioriza outros pacientes mais graves. O

excerto seguinte vai ao encontro desse pensamento: “o cara se acha doente, ruim, quando olha de um lado, outro pior dez mil vezes”.

Também nessa direção, manifestam compreensão com os profissionais da enfermagem e com os médicos. Afirmam que esses atendem “direitinho”, dentro da escassez que permeia o ambiente hospitalar. Nesse sentido, as memórias dos idosos permitem transpor as lembranças dos momentos vividos e associá-las a um contexto social mais amplo para entender a realidade na qual estiveram inseridos.

A compreensão dos profissionais vem seguida pelo entendimento de uma postura de resignação e paciência, conforme pode ser interpretado na UCE 1279, a seguir.

UCE n°. 1279, Phi = 0,03 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Não, não pode dizer isso não, o cara sofre mais, não é verdade? [Não pode reclamar] Tem que ter paciência; para se internar, é como você sabe, é pedindo a Deus que lhe acerte a providência que se quer justamente ter uma assistência tranquila, ter um remédio. Já vai aliviando um pouco.

Quando o idoso expressa “não pode dizer isso, não”, quer dizer que não pode reclamar porque este ato levaria a um sofrimento maior. Interpreta-se que o sofrimento seria originado por uma reação dos profissionais àqueles que eventualmente reclamem de demora, de escassez de recursos materiais e humanos.

A fala do participante que concedeu a entrevista quinze é permeada pelo medo de retaliação, e, conseqüentemente, sofrer com mais demora no atendimento e na prestação do cuidado. Da mesma forma, a paciência é uma virtude requerida para aguardar o surgimento de uma vaga para a internação. Nessas situações, a fé em Deus é um bálsamo, como pode ser interpretado a partir do excerto “é pedindo a Deus que lhe acerte a providência.” Sobressaem-se, novamente, os fatores religiosos como de grande importância na saúde e como influenciadores da visão de mundo dos idosos.

A religião fornece às pessoas idosas benefícios psicológicos e suporte para a adoção de uma atitude positiva frente às adversidades da vida, como a doença. Em estudo realizado nos Estados Unidos, foi identificado que 90% das pessoas idosas contavam com a religião para o enfrentamento de problemas sociais e de saúde. A religião pode ainda ajudar na melhora da saúde e diminuir as taxas de mortalidade. O senso de significado e propósito, propiciado pela religião à vida, influencia de forma positiva o enfrentamento da doença e debilitação (KAPLAN; BERKMAN, 2016).

Mesmo diante de toda a deficiência rememorada pelas pessoas idosas, o fato de



existirem os serviços que prestam atendimento já é motivo de alento. Identifica-se a compreensão também pelo funcionamento dos serviços, ainda que o padrão de qualidade não esteja a contento, conforme se pode interpretar na UCE 779, abaixo.

UCE n°. 779, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

É uma carnicarina, o povo vai cair no meu meio da rua, aos bolos assim, nos os\_pés de qualquer um, ó! [Supondo que não existisse o hospital onde foi atendida]. Já pensou uma casa dessa aqui, como eu ouvi falar uma vez que ia fechar, ia fechar e ia fechar?! E realmente que isto aqui caiu bastante e está caindo um bocado de coisa aqui, que eu já vi muita coisa aqui... [Se referindo à queda na qualidade do atendimento].

Para a idosa, é melhor ter um serviço que acolha as pessoas doentes, ainda que o padrão de atendimento não seja exemplar. Do contrário, se teria uma “carnicarina”, ou seja, um estado de superlotação de outros serviços ao ponto de se morrer “no meio da rua”, mesmo antes de qualquer atendimento.

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina revelou que, entre os anos de 2010 e 2015, houve queda de 7,5% de leitos no SUS, passando de 335.482 para 311.0917. Como consequência da redução do número de leitos, poderá ocorrer demora no atendimento, além de retardos no diagnóstico e início do tratamento. Assim, muitas pessoas acabam morrendo por falta de assistência no tempo oportuno (CANCIAN, 2016).

A forma enferm+(enfermeiro, enfermagem, Phi 0,06), presente na CHA da classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, apareceu com um sentido positivo no contexto de dificuldades relatadas, como pode ser interpretado da UCE 1226, a seguir.

UCE n°. 1226, Phi = 0,02 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Ela era [uma enfermeira] boazinha, menino; era só medo meu mesmo; nunca vi ela... Ela tratava todo\_mundo bem, era coisa da minha cabeça. Não, melhor do que aquilo ali, acho que não tem; não tem como, porque o nosso governo mesmo faz com que não melhore; que esforço os médicos têm, mas a situação do governo mesmo que é ruim.

Quando identificam a categoria profissional, os idosos reconhecem as limitações impostas por condições de trabalho desfavoráveis. Usam também o adjetivo “boazinha” e “tratava todo mundo bem” para se referir ao agir de uma enfermeira. Embora existisse medo, inclusive da profissional referida, prevaleceu uma memória positiva.

Identifica-se também o reconhecimento das limitações do agir profissional. Para os idosos, a melhoria do sistema de saúde encontra-se em uma esfera fora da governabilidade dos profissionais que trabalham diretamente na assistência, conforme a UCE 281.

UCE n°. 281, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Mas não sou eu que vou consertar e nem você, não é? [As coisas erradas com o sistema de saúde]. Não é eu que vou consertar e nem você. Às vezes você quer fazer uma coisa, mas não está ao seu alcance, você não pode fazer, né?

No que diz respeito à gestão do SUS, Ocke-Reis (2008) defende que a cronicidade do subfinanciamento ocasiona grande parte dos problemas relacionados com a gestão. Santos (2010) e Cancian (2016) reafirmam o subfinanciamento do SUS e a ideia de que, a despeito do discurso econômico da eficiência – ou seja, fazer mais gastando menos recursos –, não há mais mecanismos administrativos para se gerir o sistema.

A atenção básica não tem dado conta da reorganização do sistema no que se refere ao alcance da universalidade, além de ter baixa resolutividade e alcançar somente as classes sociais mais baixas. Dessa forma, dificulta a sua qualificação como porta de entrada e como eixo estruturante do sistema. Como resultados, tem-se “os serviços de média e alta complexidade, congestionados, com filas de espera desumanas, iatrogênicas, frequentemente letais e com alto desperdício, por que absorvem o indevido papel de porta de entrada e atendimento massivo de casos evitáveis ou desnecessários” (SANTOS, 2010, p. 9).

Os serviços de média e alta complexidade também não se encontram planejados e organizados em redes de referência e contrarreferência com a atenção básica (BRASIL, 2013). O financiamento dá-se por produção e repasse de valores abaixo do custo, gerando um descompasso com a real necessidade de prestação de serviços à população. Para os gestores, há a necessidade de serem habilitados na gestão dos recursos defasados conforme a tabela federal, para atender a demanda reprimida, as urgências e as emergências. Ao final, o repasse para as ações preventivas e que poderiam reduzir as demandas por urgências e serviços hospitalares são mínimos (SANTOS, 2010).

Santos (2010) defende a ideia de uma reforma interna que viabilize a efetivação do papel dos gestores e dos conselhos de saúde, com a formulação de estratégias nas esferas municipal, estadual e federal de gestão do SUS. Além disso, o autor também defende a criação de indicadores para o monitoramento, controle e o acompanhamento da prestação dos serviços.

No âmbito do SUS, os serviços de atenção às urgências estão estruturados em forma de rede, que deveriam ordenar a entrada dos pacientes nas situações de urgência e emergência a partir da atenção básica e de forma regulada e referenciada. A estruturação em rede

facilitaria a prestação de serviços em tempo oportuno e com resolutividade. Nesse sentido, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é uma necessidade premente, tendo em vista o perfil epidemiológico e o envelhecimento populacional, que aumentam a demanda por assistência, em situações de adoecimento agudo (BRASIL, 2013).

De maneira geral, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem, dentre suas diretrizes, o estabelecimento de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, com destaque para a atenção básica como centro das comunicações, a regionalização das ações e serviços e a regulação do acesso à saúde. Assim, todos os componentes atuam de forma sinérgica, articulada e integrada, como preconiza a política de atenção às urgências e emergências no SUS (BRASIL, 2013).

Ocke-Reis (2008) defende a necessidade de melhoria na eficiência do SUS, com a necessidade de incrementação dos gastos e garantia de uma alocação eficiente. Segundo o autor citado, é baixa a proporção de profissionais da saúde para a população do Brasil. Para este mesmo autor, a taxa de enfermeiros do Brasil é quase a metade em relação à da América Latina, e quase vinte vezes menor do que nos países mais desenvolvidos do mundo. Desse modo, expõe a fragilidade do Estado em responder às demandas de saúde da população.

Os últimos dados disponíveis no sistema DATASUS, do Ministério da Saúde, tendo como base o ano de 2010, apontam para uma proporção nacional de 1,51 enfermeiros para 1.000 habitantes; no estado da Bahia, essa proporção é de 1,1. Com relação à proporção de médicos, a média nacional é de 1,86, e, da Bahia, de 1,12 para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2015). Existem ainda disparidades regionais no que se refere à distribuição de profissionais no Brasil. A média nacional de médicos é de 19,4 para 10.000 habitantes, sendo que esse índice chega a 7,1 para o estado do Maranhão e 40,9 no Rio de Janeiro (WHO, 2014).

E assim fecha-se o ciclo, retornando a manutenção dos problemas de acesso aos serviços de saúde à sua origem. Ligam, então, o baixo investimento ao desinteresse pela melhoria na qualidade dos serviços, na qualidade do atendimento prestado e à não valorização das vidas das pessoas idosas, e de todas as outras, que necessitam do SUS para o tratamento das doenças e para a promoção da saúde.

#### 5.4.2.2 Memórias sobre os impactos da doença e da hospitalização

O adoecimento e a hospitalização causaram impactos negativos nas memórias das pessoas idosas. Tais efeitos são manifestados pelo choro ao recordar o que sentiram com o recebimento de diagnósticos de doenças graves, como neoplasias. Além dos choros, havia também expressões como silêncios, lentificações e interrupção nas falas, acompanhados por um olhar carregado de tristeza e reflexão acerca da possibilidade de morrer durante a hospitalização, como pode ser interpretado nas UCE abaixo.

UCE nº. 1079, Phi = 0,03 (UCI nº. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Porque os médicos podem querer... [que o paciente assinie um termo de consentimento] Porque inclusive eles me deram um relatório, o médico, para eu assinar; eu até... [interrompe por choro, por lembrar do momento no qual teve que autorizar a cirurgia, assumindo os riscos que poderiam vir; ficou nervoso e preocupado com o termo de consentimento] E aquilo a gente... [choro] Porque se você não entende, algumas coisas, ficam alguns detalhes que você pega ali...

UCE nº. 1088, Phi = 0,03 (UCI nº. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Mesmo que seja de curso superior, mas quando recebe o impacto, você não está com os pés no chão, não está preparado, vai cair. [diagnóstico de câncer].

UCE nº. 195, Phi = 0,03 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

[...] Mas não é uma coisa muito boa de lembrar, não, doença, né? E lá na UTI, lá na UTI, eu achava assim, tinha vezes, eu não sei se era verdade ou se era só minha mente, mas aquele aparelho...

UCE nº. 213, Phi = 0,02 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Você pensar que você está ali sofrendo aquela coisa, pedindo à médica... [pausa longa com choro]. Não é muito bom, não. [choro] Relembrar aquela coisa passada, tá doido... [choro] A gente já perdeu tanto parente e a gente fica... No tempo que eu estava doente, meu irmão doente, minha irmã doente, um bocado de gente doente na família, aí a gente fica... [pensando]

UCE nº. 197, Phi = 0,02 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aquele aparelho ali não é brincadeira, não. Eu não sei se é verdade, se é na minha mente ou se era... Não sei... Tem coisa lá que eu não sei, não...

Para o participante que concedeu a entrevista treze, o impacto maior foi sentido quando um médico o solicitou a assinar um termo de consentimento para a sua submissão a um procedimento cirúrgico, com a finalidade de extirpar um tumor maligno. Pelo que foi dito, interpreta-se que a linguagem utilizada pelo médico foi fria, direta e sem preocupação com os efeitos psicológicos que poderia causar sobre o idoso. Este ato o levou a pensar nos riscos da cirurgia para a sua vida, contrapondo com os riscos da não submissão ao procedimento. Para ele, nunca se está preparado para o recebimento do diagnóstico de um câncer, mesmo que se tenha um bom nível de esclarecimento.

Os medos, nesses casos, se sobrepõem a qualquer conhecimento e à esperança de que possa obter êxito no tratamento. Nesse ponto, traz-se a reflexão para o âmbito da enfermagem. Os médicos são responsáveis por informar o diagnóstico, mas são os enfermeiros, e a

enfermagem, que permanecem por mais tempo ao lado do paciente. O estabelecimento de uma relação de confiança, compreensiva e de uma comunicação efetiva, poderia ajudar na elaboração das situações críticas, na tomada de decisões e no enfrentamento, assim caracterizando uma congruência no cuidado cultural, conforme a Teoria de Madeleine Leininger (LEININGER, 1985; 2008).

Ressalta-se também que a situação de doença grave para o idoso pode ter um efeito singular. Muitas vezes, já presenciou a morte de outras pessoas de sua faixa etária e isso poderia levá-lo a imaginar a própria morte e ver-se como o próximo a morrer. Às vezes, acontece mesmo de ser o último vivo dentre seus irmãos, familiares, amigos e vizinhos.

Recorda-se a história de um idoso de 78 anos, residente no interior do estado da Bahia, o qual relata, com certa tristeza, as perdas dos seus parentes e amigos mais velhos. Ainda jovem, presenciou a morte de irmãos e da mãe; tempos depois, ocorreu a morte do seu pai. Não obstante, a vida seguiu seu curso de forma implacável, assim como a passagem do tempo. Desdobrou-se a morte de todos os parentes mais velhos, restando-lhe apenas um tio da linhagem paterna, que se encontrava muito doente e debilitado. Certa vez, expressou que este era o único parente mais velho vivo e a única pessoa que lhe restava para pedir a bênção. Meses depois, o seu tio evoluiu para óbito.

Conforme Bobbio (1997, p. 31), “quando percorremos uma vez mais os lugares da memória, os mortos perfilam-se em torno de nós em número cada vez maior. A maior parte dos que nos acompanharam já nos abandonou”. Então, é importante que os profissionais compreendam a reação e analise os possíveis impactos para uma pessoa idosa, com uma cultura singular, que já perdeu vários entes queridos e que, muitas vezes, sentem o peso da discriminação pela idade e pela ideia de que muito já viveram e já é chegado o momento de morrer.

Identifica-se que a doença e a hospitalização podem ter deixado efeitos negativos sobre os idosos. A evitação da lembrança, os choros e os silêncios direcionam o pensamento para a instalação da síndrome do estresse pós-traumático. Os excertos “não é coisa muito boa de lembrar, não”, “relembrar aquela coisa passada, tá doido...”, “não é brincadeira, não”, alertam para as marcas deixadas na memória pela experiência vivida.

A singularidade da hospitalização em UTI está no fato de ser esta uma experiência dura, difícil, traumática e com possibilidades de deixar sequelas. Essas características justificam a importância de se conhecer as experiências dos pacientes idosos ali internados

(RICO *et al.*, 2002). Para os participantes, terem sofrido amputação de membros, sentido a possibilidade da morte iminente, sido submetidos à contenção mecânica, e presenciado a morte e o sofrimento de outras pessoas, deixou marcas traumáticas em suas memórias. Se a hospitalização por si só já representa um momento estressante para o idoso, quando ocorre na terapia intensiva, esses efeitos são potencializados.

A ênfase do cuidado nesse ambiente é direcionada para o conhecimento técnico-científico, a realização de procedimentos técnicos e para o atendimento biológico, no intuito de manter a vida. Além disso, a possibilidade de morte é muito presente, as rotinas são rígidas e inflexíveis, com muitos ruídos e muitas situações emergenciais. Essas características tornam a UTI um ambiente altamente estranho e estressante para a pessoa idosa (FURUYA *et al.*, 2011).

Tem sido descrito que a experiência da hospitalização em terapia intensiva pode ocasionar reações emocionais estressantes e traumáticas, pela vivência da ameaça de morte, dos medos, da ruptura com o cotidiano, da solidão, da desorientação, da dor, angústia, ansiedade, depressão e alterações no padrão do sono. Em alguns casos, os pacientes que estiveram hospitalizados em UTI chegam mesmo a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, gerando sofrimento psicológico e reações fisiológicas semelhantes às ocorridas durante o evento, fuga e excitabilidade. Nesses casos, a vivência da hospitalização é descrita como uma situação que foge ao controle, emergindo sentimentos de impotência e medo do desconhecido. Dados de uma revisão sistemática sobre o transtorno de estresse pós-traumático em terapia intensiva revelam uma prevalência geral entre 17 e 30% (CAIUBY; ANDREOLLI; ANDREOLLI, 2010).

Diante disso, considera-se que é necessário repensar os cuidados às pessoas idosas nesse setor, tendo em vista a redução das vivências traumáticas, do estresse pós-exposição à hospitalização e das possíveis interferências na qualidade de vida. Para a enfermagem intensivista, destaca-se a importância do agir comunicativo, do cuidado interessado e que vá ao encontro das particularidades da pessoa idosa, respeitando sua história de vida e sua cultura, no intuito de minimizar as memórias negativas e as consequências do trauma vivenciado. Assim, é possível chegar-se a um cuidado que seja congruente com a cultura.

Os idosos também rememoram o peso da dependência de outras pessoas, no processo do adoecimento e da hospitalização, como destacado nas UCEs 423 e 391.

UCE nº. 423, Phi = 0,03 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Que vida é essa? Eu estou dando graças a Deus que eu tenho eles [filhos], mas estou sentindo que... Eu estou maltratando muita gente. Uma coisa [doença] que era eu só, era eu só, porque fui eu que arranjei, fui eu que arranjei, era eu que tinha que pagar... Mas é isso mesmo, mas tudo é da vida.

UCE nº. 391, Phi = 0,02 (UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Tudo isso, facilidade [descuido]; que quando se está na modernagem não lembra que amanhã, adiante, vai ter coisa [doença]... Que eu estou... Para que eu dizer? Eu estou pagando o que eu fiz! Eu era um cara forte, um cara que pegava setenta quilos, oitenta, quando eu estava trabalhando de carregador...

Ao mesmo tempo em que rememoram o peso da dependência, manifestam um sentimento de culpa por depender de outras pessoas, no caso específico, os filhos. Isso poderia interferir em aspectos relacionados à manutenção da vida dos idosos, como a alimentação e a eliminação. Também se sentem culpados por não terem adotado um estilo de vida saudável e não terem pensado nas consequências dos seus atos no passado para o tempo presente e o futuro. O sentimento de culpa permeia a memória dos idosos e, dessa forma, julgam-se indignos da dedicação recebida de seus familiares. Ao mesmo tempo, aceitam os fatos com normalidade quando expressam “mas tudo é da vida”.

Destaca-se também o desejo de viver, mesmo que tenham passado ou ainda estejam passando por tantas adversidades, conforme a UCE 1071.

UCE nº. 1071, Phi = 0,04 (UCI nº. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Você sabe que a gente, esse povo\_do\_sul, povo carente, vamos dizer, é aquele choque, né? [Se refere ao recebimento do diagnóstico de câncer]. Não existe você tá preparado para uma coisa, um exemplo, agora eu já estou preparado, você já está na caminhada, venci, tenho certeza que já venci, graças ao senhor bom Jesus.

Para o participante que concedeu a entrevista treze, mesmo que não se esteja preparado para o recebimento de um diagnóstico, o que prevalece é a superação, o sentimento de fortaleza e o levantar-se diante das quedas. Permeia esta postura o desejo de ser útil à sua família, a esperança na continuidade da vida e o retorno ao seu cotidiano, em que podem se manter ativos, produtivos, autônomos e independentes. Eis a visão de mundo das pessoas idosas, prontas para ser apreendida pelos enfermeiros e para ser utilizada nas decisões e ações do cuidar cultural em enfermagem, conforme a Teoria de Leininger (LEININGER, 1985; 2008).

#### 5.4.2.3 Memórias sobre o atendimento recebido durante a hospitalização

Com base na leitura das UCE classificadas nesta subclasse, fez-se a reconstituição das

memórias que permearam as falas dos participantes. Desse modo, o fio condutor leva ao entendimento de que as pessoas idosas reconheciam a grande demanda de paciente por atendimento no hospital, mas, ainda assim, admitiam que foram bem cuidadas. Para os idosos, suas vidas, da mesma forma que a hospitalização, representam uma luta, são mais bem enfrentadas quando se tem fé em Jesus.

Nesta subclasse, os participantes se valem de adjetivos ou de palavras adjetivadas para qualificar o atendimento recebido. Por vezes, há identificação de contentamento por terem conseguido acesso ao serviço de saúde, mesmo que essa satisfação não seja plena. Às vezes, as falas são dúbias e deixam margem para o entendimento do não dito, como pode ser interpretado nas UCEs a seguir.

UCE n°. 1132, Phi = 0,03 (UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu não tenho o que dizer, que fulano, fulano, porque não foi, não é porque eu quero agradar ninguém não.

UCE n°. 133, Phi = 0,03 (UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*l\_1 \*int\_1)

Para mim, eu não tenho o que dizer. Para mim foi tudo ótimo. Elas tiveram muito cuidado comigo, tudo... O que não v\_deu para entender mesmo foi a\_comida; eu não gostei; para mim, eu achei ruim, achei... Não sei... Porque eu não gostei, mas muita gente gostava, né?

UCE n°. 1133, Phi = 0,02 (UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Se fosse eu diria; se precisar até como testemunha, pode falar, fui eu fulano; eu me lembro o nome de fulano, enfermeiro tal, enfermeiro tal; mas não, se não houve, como é que eu vou fazer uma coisa, se não houve? Recebia, recebia [visitas na UTI]; minha menina, meu irmão; os parentes, eles iam lá.

Interpreta-se que os idosos expressam suas opiniões acerca do atendimento recebido durante a hospitalização no intuito de serem justos para com os profissionais. Assim, proferem palavras como “ótimo”, “muito bom”, “ok” e, ao mesmo tempo, manifestam que suas impressões foram positivas.

Destaca-se também memória positiva com relação à hospitalização, com base na atitude dos profissionais. Este sentimento vem à tona, sobretudo pelo fato de se sentirem observados ou monitorados, na UTI, ininterruptamente, mesmo durante a noite, como pode verificado nas UCEs 1306 e 1179.

UCE n°. 1306, Phi = 0,02 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

As enfermeiras [...] Você entende, você é criança, tem idade de ser quase meu neto [se referindo ao pesquisador], quando dá dez, dá onze horas [da noite], [...] aí elas estão acordadas, qualquer coisinha vê.

UCE n°. 1179, Phi = 0,02 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

A noite toda ali; o dia clareava e aqueles médicos e enfermeiros andando. Quer dizer, como é que uma pessoa vai falando mal de uma coisa dessa? Não pode, pode não, não pode mesmo! O atendimento ali é muito\_bom.



Sabe-se que a UTI é um espaço diferenciado dentro dos hospitais e tem como finalidade o atendimento a pacientes graves ou em estado crítico de saúde. O perfil de pacientes determina as características da assistência prestada. Na UTI, conta-se com uma equipe multiprofissional, dentre eles médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, que trabalham de forma contínua e ininterrupta para garantir a vigilância e monitorização constante dos parâmetros fisiológicos dos pacientes, e acompanhar a evolução do quadro clínico (BRASIL, 2010; ROCHA *et al.*, 2007).

Essas características imprimiram, nas memórias dos idosos, a sensação de segurança, e isso fez com que eles se sentissem mais bem cuidados e protegidos. Então, pode-se afirmar que as pessoas idosas interpretaram como positiva a vigilância constante na UTI, e isso lhes transmitiu uma sensação de conforto.

Nas UCEs (426 e 1138) seguintes, além da percepção de conforto e segurança, constata-se também a sensação de satisfação com o atendimento recebido.

UCE n°. 426, Phi = 0,04 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

E a vida é assim, sempre continua. Pela minha parte, meu\_filho, está tudo\_ok; a não ser porque não é todo\_mundo que é tratado como o outro; que muitas vezes o tratamento de um não é igual a outro.

UCE n°. 1138, Phi = 0,04 (UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Dando assistência aos idosos noventa por\_cento, imagine? Comigo não me deram cem por\_cento, mas me deram noventa por\_cento; e aí, eu vou reclamar de que? Fala aí, posso reclamar? Não. Eu acho, na minha opinião, não. O cuidado ao idoso no hospital, se der noventa por\_cento... [é satisfatório].

Na fala do idoso que concedeu a entrevista número quatro, interpreta-se que a sua opinião positiva quanto ao atendimento recebido não descarta a possibilidade de haver opinião contrária. Entende-se que isto depende da perspectiva e expectativa, conforme manifesta o idoso. Então, pode haver variação na qualificação do atendimento, desvelando a ideia de que não é homogêneo nem linear.

Conforme as memórias do participante que concedeu a entrevista número treze, o atendimento que recebeu não chegou a atingir cem por cento de sua expectativa. Ou seja, ficou aquém e há ressalvas a serem feitas. No entanto, ficou satisfeito. Manifesta também a ideia de que os noventa por cento de qualidade do cuidado recebido é um percentual excelente e adequado às pessoas idosas, como ele.

A ideia que perpassa esse excerto é a de que um nível satisfatório de cuidado, diante de tantas adversidades, é suficiente para uma qualificação positiva. Compreende-se a postura do participante, tendo em vista tudo o que já foi discutido na subclasse “Memórias sobre os

impactos da doença e da hospitalização”.

Existe dificuldade para acessar os serviços de saúde devido ao baixo investimento (SANTOS, 2010; CANCIAN, 2016) e à baixa capacidade de resposta da rede – estrutura organizacional precária; demanda pelos serviços maior do que a capacidade de atendimento e resolutividade. Às vezes, o número de profissionais, sobretudo da enfermagem, é insuficiente, além de trabalharem em condições precárias, sob desgaste físico e estresse (OLIVEIRA; SILVESTRE; BRASILEIRO, 2013).

Logo, conforme a visão dos participantes que concederam as entrevistas quatro e treze, ter percorrido um emaranhado de dificuldades e obter uma evolução clínica que lhe foi favorável, supera qualquer possibilidade de qualificação negativa. Assim, desvela-se a visão de mundo das pessoas idosas entremeada pelas dimensões da estrutura social e cultural, conforme a Teoria de Diversidade Cultural (LEININGER, 1985; 2008).

Na fala da participante que concedeu a sétima entrevista, interpreta-se uma contradição entre o que diz e o termo do qual se utiliza para descrever a UTI, conforme a UCE 666.

UCE n°. 666, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

O Senhor [Deus] que tem toda a minha vez, guarda, não é? No curral\_da\_matança [UTI] [risos] foi bem. Tu sabe que essa parte, eu entrei, eu esqueci? Na hora que eu entrei, eu esqueci. Até hoje estou tentando entender, me lembrar...

Segundo a idosa autora da UCE 666, tudo foi bem com ela enquanto esteve na UTI. Porém utiliza-se da metáfora<sup>21</sup> “curral da matança” para descrever esse setor. Um curral de matança é o local destinado a receber animais bovinos preparados para o abate. A preparação dos animais até o abate requer uma sequência de passos, que vai desde a seleção, tempo de espera e observação até o momento adequado do sacrifício (MORELATTO; TERNOSKI, 2010).

De acordo com Dell’Isola (1998) e Vereza (2010), as metáforas fazem parte do cotidiano das pessoas, seja por meio da linguagem empregada, do pensamento ou da ação. Conforme a autora citada, existem diferenças culturais no processo de construção e expressão

---

<sup>21</sup> Metáfora: O termo metáfora significa transporte, mudança ou transferência de uma expressão do sentido literal para um sentido figurado, diferente do sentido original das palavras; ou seja, é a utilização criativa de um termo em vez de outro. Há forte ênfase na situação das metáforas como figuras de pensamento situadas além de uma simples maneira de falar, e, dessa forma, são capazes de traduzir o pensamento e a visão do real sob um determinado ponto de vista (VEREZA, 2010).

das metáforas. As imagens metafóricas são construídas de maneira particular e com base em um contexto referenciado na cultura da pessoa que emite uma metáfora. Vereza (2010) defende que a metáfora, embora seja dita individualmente, não pertence à pessoa que a expressa, mas a um inconsciente cognitivo coletivo. Assim, se relaciona com a teia da cultura, expressando novos ou velhos sentidos.

Segundo a idosa, com ela tudo foi bem, mas certamente presenciou situações que imprimiram em sua memória a possibilidade da associação da UTI com um local aonde se vai para morrer. Mais ainda, a partir da interpretação da fala, um local onde morre muita gente, mais do que qualquer outro setor do hospital.

Um curral de matança é precedido por uma área para concentração dos animais até a passagem para o local específico para o abate. Para a idosa, a morte na UTI seria uma questão de tempo, já que estava inserida no ambiente sombrio. Essa mesma ideia encontra-se descrita em Menezes (2010), a qual apresenta os termos antessala da morte e porta que não tem saída, como qualificadores para a UTI. Segundo a autora citada, essa ideia é corrente no imaginário das pessoas idosas e pode ser exacerbada no momento da hospitalização.

Ressalta-se, nas UCEs 947 e 240, que paciência é um termo presente nas falas dos participantes. A paciência é tanto uma qualidade dos profissionais quanto um requisito para os idosos, como destacado a seguir.

UCE n°. 947, Phi = 0,03 (UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

É... Acho que seja assim, não deixar assim às vezes...[não deveria demorar tanto] Tem até precisão de uma coisa e dizer assim, eu quero isso e isso [pedir aos funcionários], assim, assim, assim; tá bom, eu vou buscar, eu dou um v\_jeito aí [respondem os funcionários]. Tem que lembrar... Já perdeu a graça, né? [Demora muito para ser atendido em alguma solicitação].

UCE n°. 240, Phi = 0,02 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Tem muita gente\_boa [funcionários], assim que tem paciência; já tem outros que não tem, porque cada pessoa é de um jeito, não vai dizer que todo mundo é igual, que não é.

Conforme a participante que concedeu a segunda entrevista, existem profissionais com e sem paciência para cuidar dos idosos. Assim, resgata-se Silva (2011), o qual afirma, segundo a concepção de enfermeiras, que ter paciência é uma condição fundamental para cuidar de pessoas idosas hospitalizadas, tendo em vista o atendimento de suas solicitações e demandas por cuidados. Para o autor citado, a paciência é uma virtude indispensável durante o exercício profissional da enfermagem e deve ser conjugada a uma busca pelo entendimento da sua justificativa junto às pessoas idosas.

De fato, o envelhecimento impõe certas condições, como a diminuição na agilidade e na força e, quando somado à condição de hospitalização na UTI, leva frequentemente a um descondicionamento devido às restrições físicas e imobilidade prolongada no leito. Assim, paciência no cuidado torna-se condição indispensável. Estudo realizado por Santos, Chaves e Sarges (2014) identificou que idosos que permanecem hospitalizados por mais de 15 dias possuem risco maior de sofrerem prejuízos à capacidade funcional e ao autocuidado. Conforme as autoras citadas, há relação direta entre os dias de hospitalização e os prejuízos à independência funcional.

No curso da hospitalização, as pessoas idosas são frequentemente afetadas pela síndrome da imobilidade. Esta síndrome corresponde a um conjunto de sinais e sintomas desencadeados pela imobilização prolongada no leito. A imobilidade pode acontecer devido a limitações funcionais existentes antes da hospitalização ou em decorrência desta, como os neurológicos, musculoesqueléticos, restrição mecânica, levando à dificuldade para a mudança de posição e movimentação do corpo (SIQUEIRA *et al.*, 2004; BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

A imobilidade prolongada coloca o idoso em risco para sofrer atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, dificuldade ventilatória, rigidez articular, aumentado do aparecimento de lesões por pressão, pneumonias, tromboembolia, incontinência, infecções, constipação intestinal e confusão mental (BARCELOS; MADUREIRA, 2013). Além disso, Santos e Chaves (2014) acrescentam o maior risco para quedas e fraturas, redução da capacidade de deambular, desnutrição e reações adversas ao uso de medicamentos.

Nas UCEs 665 e 760, apresentadas abaixo, as pessoas idosas destacam outros aspectos da hospitalização, como a submissão às normas da UTI e o constrangimento sentido diante da exposição da privacidade.

UCE n°. 665, Phi = 0,03 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Tu, Jesus, está vendo que eu não tenho direito de fazer outra coisa, Pai; eu sei que Tu me escolheu, mas eu não tenho outra vez [sente-se culpada e vergonha por ter sua intimidade exposta].

UCE n°. 760, Phi = 0,03 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas uma virgem, uma mocinha, uma criança, coisa que deve ser tratado diferente [não deve ter a intimidade exposta]; não é para tratar, tratar quer dizer, no modo de fazer o asseio nela, só isso que me envergonhou o hospital.

A participante que concedeu a sétima entrevista sentiu-se envergonhada, culpada e restrita em seu direito à privacidade diante do constrangimento sentido ao ter sua intimidade

exposta. Para ela, não foi lhe dado direito de escolha sobre quem realizar o asseio, ou seja, a higiene íntima. Sabe-se que na UTI a higiene íntima e o banho são realizados por profissionais de enfermagem de nível técnico e geralmente não se considera o sexo dos pacientes ao se fazer a escalção diária do serviço. Não raro, homens técnicos em enfermagem e enfermeiros são escalados para cuidar também de mulheres; e técnicas e enfermeiras são escaladas para cuidar também de homens.

Noronha *et al.* (1985), em um artigo sobre as implicações éticas da assistência de enfermagem, apontam que todos os pacientes tem direito à privacidade. Muitas vezes, no entanto, reconhecem as autoras, que esses são despojados dos seus direitos, de pensar, opinar e se comunicar. No que se refere às UTIs, algumas plantas físicas não contemplam divisórias entre os leitos, expondo a todos independente da idade e do sexo.

No caso das três UTIs onde os participantes deste estudo estiveram hospitalizados, existem divisórias fixas entre os leitos, mas apenas uma unidade dispõe de cortina para o fechamento completo da unidade do paciente. Dessa forma, os pacientes podem ser visualizados por profissionais, visitantes e outros pacientes que estejam em leitos situados no lado oposto.

Considera-se que o pudor e a valorização da privacidade estão presentes na estrutura cultural das pessoas idosas e, assim, compõem a sua visão de mundo, conforme a Teoria da Diversidade Cultural (LEININGER, 1985; 2008). Dessa forma, concebem a exposição da privacidade diante de outras pessoas como algo vergonhoso, mesmo que as outras pessoas sejam profissionais que não estão envolvidos no momento do cuidado. Isto se expressa pela percepção das práticas de cuidar em enfermagem como facilitadoras da exposição da intimidade.

No caso do banho, as pessoas idosas não entendem como natural o fato de serem cuidadas por pessoas estranhas, às vezes do sexo oposto; de serem despidas e ficarem vulneráveis à manipulação. O banho por profissionais do sexo oposto é descrito como causa de desconforto e reflete valores morais, culturais, crenças e tabus. É capaz de refletir também os papéis definidos culturalmente pela sociedade para homens e mulheres, bem como o padrão de comportamento esperado para ambos (MARTINS, 2009).

Em pesquisa sobre banho no leito, foi verificado que 11,5% das mulheres idosas foram indiferentes ao terem seus corpos exposto a um profissional do sexo masculino, ao passo que esse percentual de indiferença subiu para 34,6% quando a exposição corporal foi feita a

profissionais do sexo feminino. Ou seja, as mulheres idosas reagem com mais naturalidade à exposição corporal diante de outras mulheres. Os resultados da pesquisa citada deixam claro que há diferença na percepção sobre a exposição da privacidade, conforme o sexo do profissional (MARTINS, 2009). Assim, tais diferenças precisam ser observadas de modo a evitar a sua constituição como obstáculo para a prestação de um cuidado culturalmente congruente.

Compreende-se que é difícil atender ao critério sexo para a escalação dos profissionais de enfermagem devido à menor quantidade de homens na equipe e a questões administrativas, como a necessidade de rotatividade de escala. Entretanto, conforme o relato da participante que concedeu a quarta entrevista, ver-se exposta diante de um profissional do sexo masculino foi-lhe motivo de constrangimento e vergonha. Para a participante que concedeu a sétima entrevista, a mulher, independente da idade, não deveria ser exposta como ela foi.

Para as mulheres, o desconforto, insatisfação e contrariedade são gerados pela nudez, com exposição da genitália e das mamas, além da possibilidade da observação externa. Há preferência por cuidadores do mesmo sexo, sendo essa preferência mais comum entre jovens e mulheres. Os homens, de maneira geral, manifestam um comportamento menos inibido. Os pacientes manifestam desconforto ao serem tocados durante os cuidados por profissionais do sexo oposto, sobretudo quando o toque envolve a região da genitália. A diferença de comportamento entre homens e mulheres pode ser explicada pelas diferenças culturais e sociais existentes entre os dois sexos, com maior permissividade aos homens (PUMPULIM; SAWADA, 2010).

De fato, a exposição da privacidade é um assunto embaraçoso para as idosas. Os homens idosos parecem não se importar com o fato de serem cuidados por mulheres técnicas em enfermagem, pois não se identificaram essas memórias em suas falas.

Cabe aos profissionais da enfermagem, então, apropriar-se do conhecimento da cultura das pessoas idosas, no que diz respeito à privacidade, tão expressivo, singular e significativo. A apreensão desse conhecimento *émic* facilita o planejamento de um cuidado ético, no qual haja espaço para o respeito ao ser humano, detentor de um cabedal de cultura entrelaçado às teias de significado tecidas por eles mesmos, como pode ser interpretado a partir de Geertz (2014).

A privacidade é um direito do paciente e deve ser respeitado pelos profissionais. A utilização da empatia, do bom-senso, da busca pelo conhecimento da cultura da pessoa idosa e

a observação do que recomenda o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (NORONHA *et al.*, 1985) e o Código de Ética para Enfermeiros do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (CIE, 2012).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece na seção I, referente às relações com a pessoa, família e coletividade, artigo 19, que é dever e responsabilidade dos profissionais zelar pelo respeito ao pudor, privacidade e intimidade das pessoas das quais se cuida, em todo o curso de vida (COFEN, 2007).

O Código de Ética para Enfermeiros, do Conselho Internacional de Enfermeiras(os) (CIE), estabelece que é inerente à enfermagem o respeito aos direitos humanos, passando pela valorização da dimensão do direito à vida, à liberdade de escolha, à manutenção da dignidade e do respeito. O CIE recomenda o respeito à privacidade, sigilo e confidencialidade das informações relativas aos pacientes. Essas recomendações são aplicáveis a todas as pessoas, observando-se todos os contextos, como idade, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, limitações, doenças, gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social (CIE, 2012).

A privacidade é entendida como o contato com outras pessoas, ou a falta de contato, a depender do desejo de interação social e das circunstâncias que regulam a fronteira interpessoal. Compreende o distanciamento que é voluntário e momentâneo de uma pessoa, por meios psicológicos e físicos. Pela manutenção da privacidade, a pessoa tem autonomia para decidir quando, como e em que medida informações pessoais podem ser comunicadas a terceiros. No âmbito hospitalar, diz respeito ao direito da pessoa ter o seu corpo preservado de exposição e manipulação (PUMPULIM; SAWADA, 2010).

O ambiente hospitalar é propício à invasão da privacidade. O paciente que está hospitalizado, sob a tutela do serviço de saúde e submetido às normas e rotinas, tem poder de defesa para resguardar sua intimidade menor do que a incursão dos profissionais. Há ainda necessidade de discussão sobre a privacidade física na prática da enfermagem, visto que diariamente surgem conflitos e situações embaraçosas quando há necessidade de manipulação e exposição da região íntima, objetivando a preservação da dignidade das pessoas (PUMPULIM; SAWADA, 2010).

Infelizmente, nos serviços de saúde a doença monopoliza a atenção dos profissionais, priorizando-se as medidas para conter a enfermidade, ficando o respeito, a individualidade, a dignidade, os direitos do paciente, suas preferências, valores, crenças, costumes e sentimentos em segundo plano. Isso reflete na assistência como impessoalidade, insensibilidade e mecanização, embora a

racionalização, a técnica e conhecimento científico sejam imprescindíveis nesse contexto (PUMPULIM; SAWADA, 2010, p. 622).

Social e culturalmente, o padrão de comportamento aceitável é que se esteja vestido diante de outras pessoas e que não se deixe tocar. Nas famílias, o toque lembra os sentimentos de afeto e intimidade. No entanto, durante a hospitalização, a regra da não exposição e toque também é válida. Na pesquisa de Pumpulim e Sawada (2010), algumas pessoas manifestam desconforto com a manipulação e exposição da privacidade, mas outras pareceram não se importar. No ambiente hospitalar, talvez a manipulação, apesar de incômoda, seja encarada como inevitável, necessária, como algo que pode trazer benefícios ao tratamento e que pode ser colocado acima da necessidade de privacidade.

Interpreta-se que a privacidade é uma questão importante para as idosas. Em suas vidas privadas, nunca passaram pela necessidade da exposição do corpo diante de estranhos. Muitas delas não se expõem nem mesmo diante dos seus maridos. Então, compreende-se que esta questão precisa ser tomada em conta ao se cuidar das mulheres idosas na UTI. O conhecimento da história de vida e a observação da linguagem corporal poderão ser recursos úteis no planejamento do cuidado.

A exposição do corpo acontece não somente na higiene íntima, mas também durante a realização de procedimentos invasivos como sondagens, cateterismos, punções venosas e arteriais, realização de curativos, e trocas de roupas. Os efeitos frequentemente manifestados pelos pacientes são o constrangimento, desconforto, preocupação, impotência, insegurança e estresse psicológico, conforme já relatado (PORCHET; SILVA, 2008; SOARES; DALL'ANGOL, 2011).

A realização de comentários sobre o próprio paciente e sobre outros em voz alta, sobre o diagnóstico, o estado de saúde, e a realização de procedimentos são relatados também como geradores de desconfortos e caracterizam uma perda de privacidade. Os comentários podem ser ouvidos por familiares, visitantes e outros profissionais que não estão envolvidos diretamente no cuidado (SOARES; DALL'ANGOL, 2011).

Fatores como não comunicar e não pedir autorização antes de exceder os limites corporais, a sobrecarga de trabalho e deficiência de recursos constituem-se em riscos para a invasão de privacidade. A noção do que é certo e errado ao estabelecer contato com o paciente, o ato de reportar-se ao paciente de maneira polida, comunicando o que precisa ser



feito e pedindo-lhe autorização contribuem para o respeito à privacidade física e para a negociação e acomodação do cuidado cultural.

O CIE recomenda que os enfermeiros respeitem os direitos humanos, valores, crenças e tradições das pessoas de quem se cuida. Também é uma manifestação de respeito o fornecimento de informações que sejam culturalmente apropriadas, além de se buscar o consentimento para o cuidado e o tratamento (CIE, 2012).

Ser bem cuidado, bem tratado, atendido, somados à educação e à atenção dos profissionais são fatores referenciados por pacientes como favorecedores da proteção e manutenção da privacidade. Para o paciente que é tratado com deferência, é passada a mensagem de respeito à dignidade e ao seu domínio sobre o próprio corpo (PUMPULIM; SAWADA, 2010; PUMPULIM; SAWADA, 2012).

Cabe à enfermagem zelar pela privacidade dos pacientes, observando os fatores culturais. Ainda que a estrutura física da UTI não seja adequada, podem-se utilizar recursos às vezes simples, como biombos onde não há cortinas ou portas, cobrir o corpo durante o banho no leito ou durante a realização de procedimentos nos quais é necessária a exposição corporal, com lençóis ou compressas, no intuito de evitar situações constrangedoras e a exposição da privacidade.

Ainda dando prosseguimento à interpretação das memórias das pessoas idosas sobre o atendimento recebido durante a hospitalização, destaca-se a seguir a indiferença no tratamento, o estranhamento e até mesmo a negligência percebida por alguns idosos. Essas características sobressaíram-se como qualificadores negativos do atendimento recebido, como pode ser verificado nas UCEs a seguir.

UCE n°. 276, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Parecia que eles [pai e mãe] sabiam daquelas coisas, daquelas palavras que tudo eles falavam com a gente, é o que a gente vê hoje e está acontecendo. Meu pai era analfabeto e minha mãe era analfabeta. Que às vezes tem gente que é médico, que é isso, que é aquilo, que estudou muito, mas não sabe tratar as pessoas como deve, né?

UCE n°. 1184, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Ah não, dona A, a senhora está equivocada, não está não [perdendo a visão]. Doutora, a visão está escurecendo; eu sentindo que estava perdendo a visão... Todo mês eu dizia a ela; ela tinha chance de consertar e dizendo que não; olha aí fulano, está bem, dona A está equivocada. Eu perdi a visão.

UCE n°. 279, Phi = 0,02 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aí eu reclamava... Mas adiantou vocês estudarem tanto, minha filha, para ter essa ignorância, principalmente com as pessoas de idade e com as pessoas doentes? Porque se a gente vem para aqui doente, é maltratado, é mal recebido, a gente fica pior ainda.

UCE n°. 1188, Phi = 0,02 (UCI n 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Não está bem, não está doutora, não estou enxergando e ela dizendo que estava bem, até que eu perdi. Quer dizer, desde quando ela é uma médica...

UCE n°. 202, Phi = 0,02 (UCI n 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

O que era, não me lembro, não. Tem coisa lá que eu achava que as enfermeiras estavam na experiência... Quem sabe se não era? Porque era meio estranho, meu filho, era estranho aquelas coisas que aconteciam... [Forma de trabalhar de algumas enfermeiras]

UCE n°. 1183, Phi = 0,02 (UCI n 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

A única coisa que eu não gostei dali foi o médico\_de\_vista, que eu perdi esta vista lá, [...], Não conto bem daquela criatura. Sabe por que eu não conto\_bem dela? Porque desde quando você é dono do seu corpo, você sabe o que é que está sentindo. Todo mês eu dizia, doutora, estou perdendo esta visão.

UCE n°. 203, Phi = 0,03 (UCI n 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu não sei se era normal, se era de verdade, se era mentira, se era certo, se era errado, eu não sei... Eu não sei, que tinha coisa lá muito estranha; que eu estava intubada e elas diziam que... Dizia a minha sobrinha que ia desligar os aparelhos...

UCE n°. 680, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu tenho Jesus. Coisa que se passou, eu não quer nem me lembrar. E aí tem vezes eu penso assim, me toca, eu digo ah! Que Deus não deixa você botar, juntar, pegar pedacinho por pedacinho de papel e guardar, não! Você vai juntando e ele vai tirando e vai... [esquecendo]

O comportamento hostil de alguns profissionais parece ter causado efeito negativo sobre a recuperação das pessoas idosas. A hostilidade, aspereza e indiferença no cuidar vão na contramão do que é esperado pelos idosos como ideal de atendimento. Eles não esperam de um profissional que “estudou muito” esse tipo de comportamento. Interpreta-se, então, que essas características possam até ser aceitáveis para quem não estudou, mas não para profissionais graduados.

A falta de experiência profissional também leva os idosos a ficarem reticentes quanto ao conhecimento e capacidade do profissional para o cuidado. Segundo a participante que concedeu a segunda entrevista, a sensação de que algumas enfermeiras estavam em experiência, tornava o cuidado “estranho”. Entende-se o estranho como falta de habilidade nas relações interpessoais e de destreza para cuidar.

O campo da pesquisa foi um hospital de ensino que serve como local de estágio para estudantes de diversas profissões da área da saúde; além disso, a presença de profissionais recém-admitidos pode ter sido perceptível para algumas pessoas idosas. Entende-se que tanto os estágios quanto a admissão de novos profissionais são inevitáveis nos serviços. Porém, o interesse pelo aprendizado, a busca pelo aprimoramento e a melhor forma de cuidar devem ser características presentes em todos os profissionais e estudantes. Essas questões dependem de uma boa formação, mas também do empenho pessoal, da sensibilidade para cuidar do outro e entendê-lo.

A negligência também ganha destaque na fala da participante que concedeu a entrevista quatorze. Ela atribuiu a perda da visão ao não reconhecimento do avanço da doença pela médica que a acompanhava e isto culminou com a cegueira em um dos olhos. Então, conclui-se que a memória das pessoas idosas sobre o atendimento recebido é permeado por lembranças de situações duras que lhes custara constrangimentos, restrições, indiferenças e mesmo, a perda da visão.

Ao final, ainda sobressai-se a ideia do agradecimento pela melhora e pelo cuidado recebido, como pode ser verificado nas UCEs a seguir.

UCE n°. 519, Phi = 0,02 (UCI n°. 5: \*e\_05 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_1)

Eu espero que não volte mais; não necessite mais; e se tiver de voltar, que seja atendido da mesma forma, no mínimo! Pedir ao Pai para me dar muita saúde, me dá tudo mais.

UCE n°. 290, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu não tenho nada que reclamar da vida, não. Só tenho que agradecer. Reclamar, não tenho nada para reclamar porque quando eu olho no espelho, eu olho e acho que tem gente pior do que eu...

Para a idosa que concedeu a segunda entrevista, mesmo sem estar plenamente recuperada, o fato de se perceber em uma condição melhor do que outras pessoas foi motivo de agradecimento. Para a participante que concedeu a quinta entrevista, havia satisfação com o atendimento recebido e esperança de que esse nível fosse mantido. Apesar de agradecidos pela assistência e de alguma forma, se sentirem em posição confortável, o desejo maior era a manutenção da saúde para não retornar ao hospital.

A própria experiência do adoecimento pode ter sido dura. Da mesma forma, não se espera um desejo por parte dos pacientes pela permanência no hospital, pois este é um local para pessoas doentes, que trata de doenças e cuja atmosfera lembra a fragilidade da vida, muitas vezes percebida como um fio finíssimo. Entretanto, capta-se a ênfase na expressão “espero que não volte mais”. Quer dizer, além das características que são peculiares ao hospital e à hospitalização, também povoam as memórias das pessoas idosas outras características igualmente duras, que se somam. Talvez esteja relacionado com o modo de agir profissional, como já destacado, ou mesmo ao difícil acesso aos serviços de saúde quando a busca por tratamento é inevitável e o enfrentamento, o último recurso.

#### 5.4.2.4 Para além da hospitalização: projetando o futuro

Nesta subclasse, discutem-se as projeções para o futuro feitas pelas pessoas idosas entrevistadas. Ao se sentirem melhores da doença que as acometeu, explicitaram suas projeções, uma vez que ultrapassaram o período crítico da doença e a hospitalização na UTI. Como pode ser verificado nas UCEs a seguir, planejam dar continuidade às suas vidas exercendo atividades úteis para si e para os outros.

UCE nº. 584, Phi = 0,03 (UCI nº. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Oh meu\_filho [eu planejo], de ter qualquer coisa ainda em minha vida. Plantar um pé\_de\_quiabo, um pé\_de\_jiló, uma coisa assim... É o que eu tenho a lhe dizer. De eu trabalhar, plantar um pé\_de\_quiabo... [trabalhar] Eu!! Eu tinha vontade, meu\_filho, eu fazia, mas agora não quero mais nada, não.

UCE nº. 1140, Phi = 0,02 (UCI nº. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Meu plano é... É o trabalho; nós fomos criados, como dizia meu pai, meu pai falava cangaia, né? O povo trabalha, trabalhava de cangaia, como um burro bom de cangaia, para carregar pedra.

UCE nº. 1143, Phi = 0,02 (UCI nº. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Então eu tenho que voltar minha atividade, com fé em Deus, em nome do senhor; eu acho que não pode parar, porque se você parar, como diz o outro, o esqueleto cai; então não pode.

Com base na fala do participante autor da entrevista número treze, interpreta-se que há um desejo latente de retomar as suas atividades profissionais. Este idoso, como pode ser verificado na caracterização sociodemográfica, é um comerciante e o único, dentre os participantes da pesquisa, que não é aposentado. A entrevista foi realizada na vigência da hospitalização, daí a ânsia pela alta e por retomar a sua vida cotidiana.

Para esse idoso, o trabalho constitui-se em algo fundamental. Ao mesmo tempo em que conota um sacrifício e algo penoso, também é condição essencial à vida. A analogia empregada com o burro que usa a cangalha para carregar pedra aproxima-se do esforço que precisa ser feito diariamente pela sobrevivência de forma digna e honesta.

Interpreta-se que, assim como o burro, o homem também é dado ao trabalho árduo. Já a expressão “se você parar [...] o esqueleto cai” reforça a ideia do valor do trabalho e da realização de atividades ou “coisas” úteis. O esqueleto é a parte óssea que dá sustentação aos músculos e órgãos; juntos, compõem o corpo humano. Entende-se que idoso queira expressar também, com essa metáfora, a necessidade de uma vida ativa como essencial à manutenção da capacidade funcional e por consequência, da autonomia e da saúde.

A fala da participante que concedeu a sexta entrevista expressa o seu desejo de trabalhar em atividades simples e que lhe são prazerosas. Para ela, plantar um pé de quiabo ou de jiló proporciona uma sensação de utilidade, ao mesmo tempo que a mantém ligada ao seu meio e à sua cultura. Interpreta-se também que há uma noção de reconhecimento de suas

limitações e capacidades impostas pelo adoecimento. Ela gostaria de trabalhar como em tempos passados, quando possivelmente trabalhava na lavoura, cultivava hortas, plantas frutíferas e criava animais no quintal. No momento, acreditava que podia se sentir útil e integrada ao seu meio era realizando atividades simples, que demandavam pouco esforço, e que ao mesmo tempo lhe eram prazerosas.

Estudo realizado por Faller e Macon (2013) sugere que os idosos adaptam e readéquam suas atividades com o passar do tempo para adequar às suas condições físicas. Há uma manutenção de tarefas domésticas com mudanças no ritmo de realizá-las, com ênfase, entretanto, na manutenção de uma ocupação diária.

Nessa mesma direção, as UCEs apresentadas abaixo destacam o desejo das pessoas idosas de se sentirem úteis, de estarem em equilíbrio consigo mesmas e não praticarem atos que prejudiquem outras pessoas.

UCE nº.136, Phi = 0,02 (UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Mas eu não posso mais cuidar como eu cuidei dos netos. Os bisnetos, já são diferentes; os netos eu ainda estava melhor de idade. E agora com os bisnetos, estou com mais idade.

UCE nº. 1258, Phi = 0,02 (UCI nº. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Quero é consertar essa mão, nem o cabelo estou conseguindo pentear [mão direita], é a mão direita... Eu não tenho firmeza com a esquerda; estou sofrendo como quê [muito] com essa mão; mas eu tenho para mim que foi alguma coisa [no hospital] que v\_deu errado aqui nela.

UCE nº. 269, Phi = 0,02 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Não fazer o mal aos outros, não desejar mal para ninguém... É isso que eu penso; se eu estou pensando errado ou certo, eu não sei, mas eu penso assim. E se eu não fosse forte, não acreditasse em Deus, eu não voltava para casa.

Conforme se pode interpretar a partir da fala da participante que concedeu a primeira entrevista, existe o desejo de cuidar dos descendentes, como os bisnetos. Pelo que foi relatado, a idosa tomou para si a tarefa de ajudar nos cuidados aos netos e bisnetos; entretanto, vê-se como limitada devido à idade. Conforme rememora a participante, quando seus netos nasceram ela estava “melhor de idade”, ou seja, estava mais nova e tinha condições de contribuir com o cuidado. Nesse caso, o envelhecimento foi comparado a uma piora da idade e que trazia consigo piora das capacidades funcionais.

Como pode ser constatado na descrição dos participantes e na caracterização sociodemográfica, a participante que concedeu a entrevista um era amputada nos membros superior e inferior esquerdos. Tinha também baixa acuidade visual, provavelmente devido à diabetes. Ainda assim, a idosa sentia-se no dever de cuidar, de ser útil e de transmitir os saberes que aprendeu provavelmente com a sua mãe, avó ou bisavó.

No curso da história, o cuidado aos filhos, netos e bisnetos é uma tradição cultural atribuída às mulheres, nas famílias. Nesse sentido, nota-se aproximação entre o desejo de “cuidar” dos netos e bisnetos, com a identificação do cuidado e do tomar conta pelas mulheres, durante a história da humanidade. Collière (1999) esclarece que as mulheres sempre dominaram segredos relativos ao curandeirismo, ao manuseio de plantas medicinais e transmitiam esses saberes no espaço e no tempo, entre as vizinhas e de mãe para filha. Então, durante milhares de anos, os cuidados diários de suporte à vida e o “tomar conta” foram atribuições das mulheres e, assim, mantinham as atividades de comer, beber, vestir, levantar e comunicar, que são bases para as funções vitais, para o crescimento e desenvolvimento.

O cuidado de si por meio de atividades como pentear os cabelos manifesta o desejo pela autonomia e independência. A mão direita da participante que concedeu a segunda entrevista encontrava-se edemaciada e com cicatrizes no punho, provavelmente devido à dissecação para punção arterial. Já a participante que concedeu a entrevista número treze relatou a perda da destreza em sua mão esquerda, o que a impedia de cuidar de si.

Destaca-se também a preocupação com a integridade psíquica à medida que não deseja se aproximar de qualquer atividade que possa fazer mal, seja a si ou a terceiros. Vislumbra-se nesse ponto a expressão de uma vida pautada em comportamentos virtuosos. As virtudes são entendidas como o resultado de forças habituais, adquiridas pela repetição dos hábitos correspondentes, um estado ou uma maneira de ser. Para que um hábito seja considerado como virtude, ele precisa ser bom em sua natureza, já que os hábitos maus são considerados como vícios. As virtudes conduzem a uma vida reta e fundada na prática do bem (ROCHA; ALBERTUNI; ESPÍNDOLA, 2010).

A esperança leva a um sentimento íntimo da presença de Deus e por meio da qual dá-se como certa a ajuda divina para alcançar o céu. A esperança origina-se da vontade que impulsiona rumo ao bem absoluto, que está em Deus. É a espera do auxílio divino. Além disso, dá a certeza de que Deus sempre ajudará nas dificuldades, levando assim a uma luta contra as tentações e os pecados terrenos para alcançar o céu. É baseada na crença de que há algo possível de se obter. O bem, segundo pensamentos de Santo Tomás de Aquino, é aquilo que toda coisa deseja. Assim, se apresenta à racionalidade como verdadeiro e desejável de ser praticado. A habilidade de praticar hábitos bons, fazendo o melhor uso da liberdade coloca o homem no caminho das bem-aventuranças. As virtudes são vivenciadas por meio da

afetividade humana, dos desejos, aversões, motivações, prazeres e tristezas, e tem função de aperfeiçoar as pessoas (ROCHA; ALBERTUNI; ESPÍNDOLA, 2010).

Diante do exposto, destaca-se que as projeções das pessoas idosas para o futuro são permeadas pelo desejo de serem úteis, autônomas, independentes e produtivas. Essas condições são importantes para a manutenção de um bem-estar psíquico e para a continuidade da integração com suas famílias e com o meio onde vivem, retomando suas vidas conforme suas visões de mundo e a estrutura social e cultural na qual estão imersas.

Os idosos anseiam então pela continuidade das suas vidas cotidianas, ou seja, desejam viver. Acredita-se que o entendimento dessa pulsão de vida seja uma informação importante para nortear as políticas de saúde, o cuidar dos profissionais, e principalmente a quebra de preconceitos e a discriminação por idade. Nesse ínterim, a vontade da pessoa idosa precisa ser considerada como critério para admissão nas Unidades de Terapia Intensiva, se sobrepondo ao critério etário.

Sabe-se que os critérios adotados para a admissão de idosos na UTI variam de acordo com cada serviço, revelando-se, entretanto, polêmicos e não consensuais. No que se referem aos aspectos clínicos, as seguintes situações justificam a admissão: instabilidade de órgão ou sistema que coloque o indivíduo em risco de morte ou de complicação imediata; pós-operatório de cirurgia de urgência ou eletiva de grande porte ou de risco de morte; necessidade de ventilação mecânica; necessidade de monitorização hemodinâmica e cardíaca; o melhor prognóstico; e existência de comorbidades (SITTA; JACOB FILHO, 2002).

O objetivo da terapia intensiva para a pessoa idosa é a restauração da estabilidade clínica, visando preservar a capacidade funcional e a qualidade de vida (SITTA; JACOB FILHO, 2002). Uma vez que a internação de uma pessoa idosa em UTI se faz necessária, devem ser utilizados os recursos disponíveis no intuito de aumentar as chances de alta e otimização da terapêutica. No entanto, autores relatam que os idosos são, preteridos na liberação de vagas em UTI, sob a justificativa de um pior prognóstico e pela dificuldade para restabelecer as funções vitais (GOMES et al, 2015).

A *Society of Critical Medicine*, organização norte-americana que agrega profissionais de diferentes áreas e que atuam em terapia intensiva, desenvolveu critérios baseados em prioridades para a admissão na UTI. Esses critérios não se baseiam na idade, mas no quadro clínico e na possibilidade de benefícios: no grau de prioridade 1 estão os pacientes que mais se beneficiarão da terapia intensiva, como os que se encontram em pós-operatório de cirurgia

cardíaca; na prioridade 2 estão os que requerem tratamento intensivo, podendo vir a necessitar de intervenção imediata, inclusive cirúrgica; na prioridade 3 estão os pacientes instáveis e graves, mas com pouca possibilidade de recuperação por causa de doença subjacente ou aguda; e na prioridade 4 estão os que não se beneficiam da UTI, como os que estão em morte cerebral e não são doadores de órgãos (AZOULAY et al, 2001).

Está claro, então, que tomar a idade como único critério para a admissão na UTI é controverso e discriminatório. O pior prognóstico dos doentes internados em UTI não está relacionado com a idade, mas sim com a gravidade, presença de comorbidades e o estado funcional prévio. Também deve ser levada em consideração a qualidade de vida prévia e posterior à hospitalização na UTI (SANTANA CABRERA *et al.*, 2008).

Estudos relatam que o dilema da admissão do idoso na UTI deve ser solucionado tomando-se por base a não transgressão dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (FREITAS; SCHARMM, 2009). Além disso, está descrito no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que o atendimento nos serviços de saúde deve ser igualitário e a idade não pode ser tomada como fator de exclusão.

No contexto do SUS, seguindo o princípio norteador da universalidade, o atendimento à saúde é considerado um direito de todos e dever do Estado. Somados a este princípio, estão a integralidade e a equidade. Dessa maneira, deve ser considerada a necessidade de saúde e todas as pessoas devem ter igualdade de oportunidade no que se refere ao recebimento de atendimento oportuno e digno (FREITAS; SCHARMM, 2009).

Diante da escassez de recursos para o atendimento a todos, devem ficar claros quais os critérios adotados, sendo estes, entretanto, embasados em razões objetivas e na vontade da pessoa idosa. Ao final, entende-se que deve prevalecer a pessoa em sua dignidade, com seu valor único. Deseja-se então que o cuidar dos profissionais alcance o patamar da busca do valor único da vida, da dignidade e da não discriminação.

#### **5.4.3 Classe três - Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais**

A classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”, destaca-se no dendograma representativo da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* da pesquisa (Figura 03) na terceira partição. Está situada na região central da figura, em cor verde, gerada automaticamente pelo *software* ALCESTE. A partir da representação gráfica,



observa-se que o conteúdo desta classe diferencia-se da primeira e segunda e aproxima-se das classes quatro e cinco.

O conteúdo da classe três possui 363 UCEs, representando 35% do total que foi classificado e 27% do *corpus* inicial. Suas palavras mais significativas são diss+ (Phi 0,35; disse, disser, disseram, disserem, disso), filh+ (Phi 0,25; filha, filhas, filho, filhote), senhor (Phi 0,25; senhor, senhora), dig+ (Phi 0,22; diga, digo), homem (Phi 0,19; homem), mãe (Phi 0,16; mãe), vai (Phi 0,16; vai), med+ (Phi 0,15; médica, médico, médicos), eu (Phi 0,15; eu), carro (Phi 0,15; carro, carros). As formas mais representativas da classe, com os respectivos valores do Phi, frequência no *corpus* e na classe, valor percentual na classe e o contexto semântico podem ser verificados no Quadro 12, a seguir.

**Quadro 12** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Forma reduzida	Phi	f <i>corpus</i>	f classe	% na classe	Contexto semântico
diss+	0,35	200	139	70	disse, disser, disseram, disserem, disso
filh+	0,25	138	91	66	filha, filhas, filho, filhote
senhor+	0,25	99	71	72	senhor, senhora
dig+	0,22	108	72	67	diga, digo
homem	0,19	31	27	87	homem
mae	0,16	33	26	79	mãe
vai	0,16	162	86	53	vai
med+	0,15	170	88	52	médica, médico, médicos
eu	0,15	833	319	38	eu
carro+	0,15	16	15	94	carro, carros
ele	0,15	87	51	59	ele
mao+	0,14	34	25	74	mão, mãos, mãozinha
chor+	0,14	29	22	76	chora, chorando, chorar, chorava, chore, chorei, choro
embora	0,14	42	29	69	embora
bat+	0,14	17	15	88	bate, bater, bateu, bato
v_d+	0,14	19	33	65	deu, dou
porta+	0,14	81	16	84	porta, portão
v_vir	0,13	13	22	73	vir
ia	0,13	159	46	57	Ia
va	0,13	29	12	92	vá
vou	0,13	37	79	50	vou
braco+	0,13	12	21	72	braço, braços
mulher+	0,13	44	25	68	mulher, mulheres
homens	0,12	17	11	92	homens
perna+	0,12	14	28	64	perna, pernas
cachorro+	0,12	58	14	82	cachorro, cachorros
vo	0,12	68	12	86	vó

dar	0,12	74	34	59	dar
lev+	0,11	68	38	56	leva, levar, levaram, levava, leve, levei, levou
banho	0,12	74	41	55	banho
maqueiro	0,12	08	08	100	maqueiro
cort+	0,11	34	22	65	corta, cortada, cortar, corte, cortei, cortou
teve	0,11	33	16	73	teve
men+	0,11	81	43	53	menina, meninas, menino, meninos, menor

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Como pode ser verificado no Quadro 13, os participantes que mais contribuíram para a formação desta classe foram os entrevistados que concederam as entrevistas um e seis (\*e\_01; \*e\_06), formada pelo grupo de idosos mais velhos, sendo mais significativa na faixa etária a partir dos 80 anos (\*id\_3). O local de realização da entrevista que se destacou foi o local um (\*lc\_1), ou seja, corresponde às entrevistas que foram realizadas no domicílio. O conteúdo desta classe foi mais significativo para o sexo feminino (\*s\_1) e para idosos que foram hospitalizados nos anos de 2013 e 2014 (\*int\_1), ou seja, antes do início da coleta de dados.

**Quadro 13** - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Variáveis	Phi	f corpus	f classe	% classe
*e_01	0,36	138	109	79
*id_3	0,22	254	135	53
*s_1	0,16	642	263	41
*lc_1	0,16	366	165	45
*int_1	0,14	344	153	44
*e_06	0,07	79	37	47

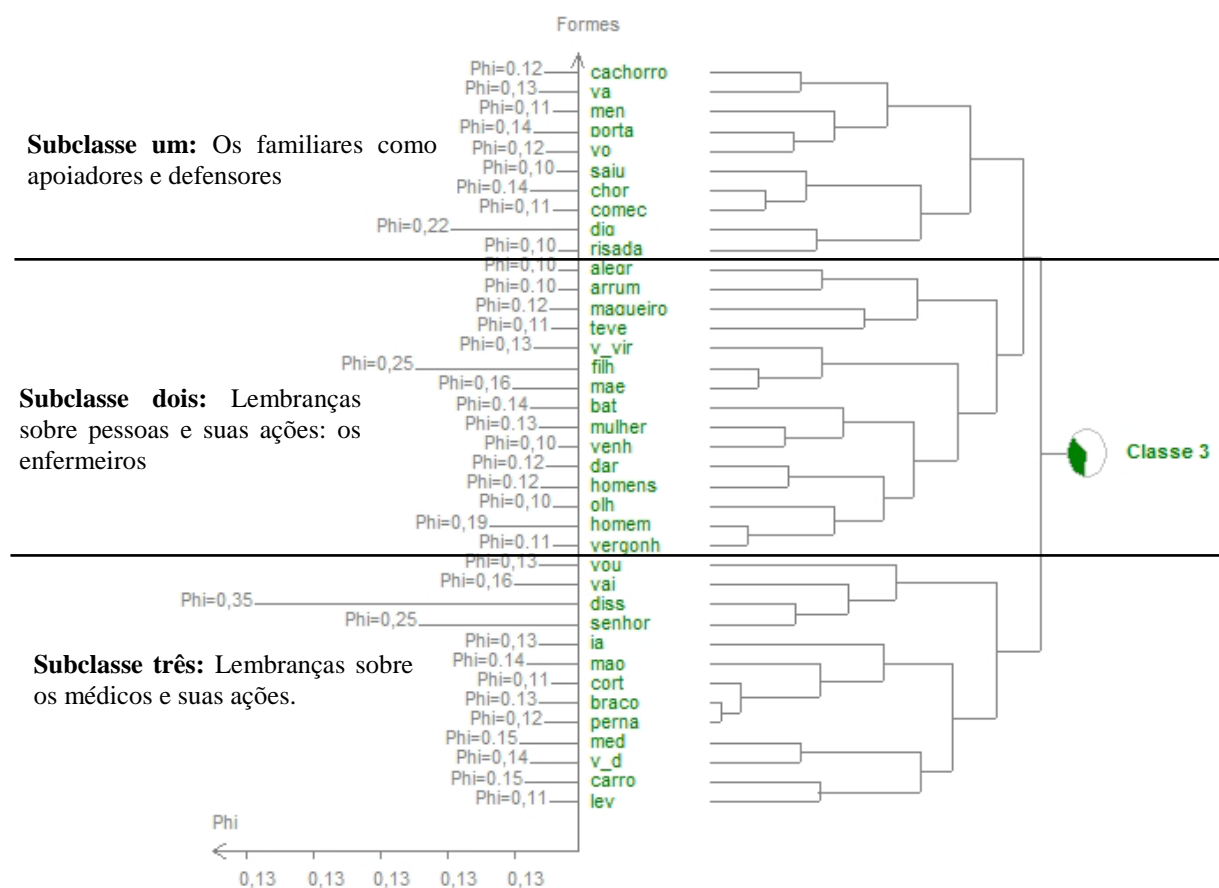
**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”, expressa as memórias das pessoas idosas sobre os movimentos nos quais estiveram envolvidas no processo de adoecimento, busca pelo atendimento hospitalar e hospitalização. Os verbos ir, vir, sair, levar, chegar, voltar, correr e passear estão presentes e traduzem os movimentos que aconteceram e que permaneceram vivos em suas lembranças.

Os participantes lembraram-se e relataram os deslocamentos feitos da casa para o hospital, quando do adoecimento, e quando foi necessária a hospitalização; os movimentos dentro do hospital; e do hospital para a casa, após a alta. Os meios de transporte lembrados são o carro, táxi, maca e até cadeira de rodas. A família, os filhos e os netos, além de vizinhos, às vezes tratados genericamente como meninos ou meninas, e até o cachorro, aparecem como agentes de suporte e defesa diante das dificuldades e da necessidade de mobilização. Os profissionais da saúde, enfermeiros e médicos, e os maqueiros, são lembrados por meio de suas ações, sentimentos e pela associação com os papéis desempenhados.

O dendograma representativo da Classificação Hierárquica Ascendente da classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais” (Figura 12), gerada automaticamente pelo programa ALCESTE, apresenta 50 formas com valor do coeficiente Phi entre 0,10 e 0,35. Essas formas foram as mais significativas para a constituição da classe.

**Figura 12** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais, pelo *software* ALCESTE 2012, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



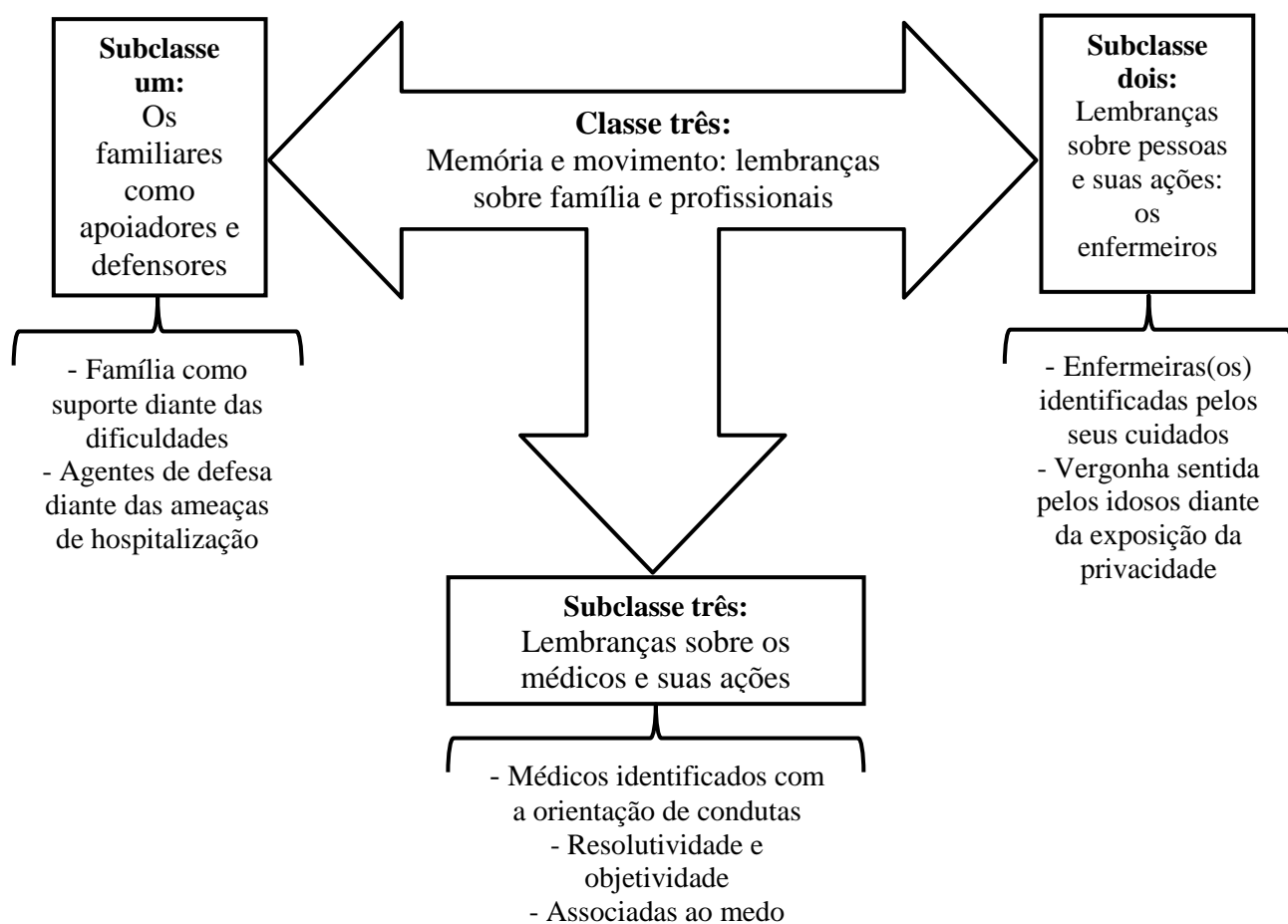
**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Observa-se que o dendograma (Figura 12) apresenta duas partições principais na primeira análise. A partição da porção superior da figura divide-se em duas ramificações principais. O conteúdo extraído a partir das formas da primeira ramificação deu origem à primeira subclasse, “Os familiares como apoiadores e defensores”; a segunda ramificação originou a segunda subclasse, “Lembranças sobre pessoas e suas ações: os enfermeiros”. A partição inferior da figura originou a terceira subclasse, “Lembranças sobre os médicos e suas ações”.

Identifica-se, a partir dos resultados, o dinamismo que envolveu e envolve a memória dos idosos, a partir de um evento crítico, como a doença. Eles narram em detalhes as cenas nas quais estiveram envolvidos, com os personagens significativos para eles. Disto, depreende-se que não são passivos e alheios ao que ocorre à sua volta, mas entendem, sentem e opinam. Existe uma vivacidade em suas memórias que parece ser gratificada pela melhora clínica, pois relatam o que ocorreu com certo alívio, apesar do sofrimento passado.

A classe três, com suas respectivas subclasses, são mais bem explicadas na figura seguinte (Figura 13).

**Figura 13** - Ilustração da classe três, Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

#### 5.4.3.1 Os familiares como apoiadores e defensores

A subclasse “Os familiares como apoiadores e defensores” diz respeito às memórias das pessoas idosas sobre a confiança que sentem nos seus familiares como pontos de suporte diante das dificuldades vivenciadas. As pessoas de sua confiança constituem sua rede de suporte e o tecido de sustentação frente às ameaças sofridas.

Conforme pode ser verificado nas falas a seguir, por vezes houve a necessidade de um deslocamento do domicílio para o hospital, e, em outras vezes, houve medo de um deslocamento forçado. Diante dessas ameaças, alguns agentes funcionam como defensores.

UCE n.º. 891, Phi = 0,04(UCI n.º 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Aí eu disse assim, oh menino, vai ali ver se esse menino [vizinho] já chegou da feira para ele me levar em Ibiquera. Para ele me levar em Ibiquera porque lá eu pego um carro para Itaberaba ou qualquer um canto.

UCE n.º. 52, Phi = 0,03(UCI n.º. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Quando minha filha sumia assim eu gritava para ver se ela estava dentro de casa ou se estava na rua. Ela disse, minha mãe assim eu não posso fazer nada e não posso ficar com a senhora. Aí me dava assim um nervoso tão grande que eu não chorava, não, eu gritava; aí a casa enchia, aí todo\_mundo dizia assim, eu não vou deixar ele lhe levar, não.

UCE n.º. 39, Phi = 0,03(UCI n.º. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aquilo eu fiquei calma, porque se eu comesse a chorar, aí todos me acompanhavam... Eu aí chorei, chorei, chorei... Ele [o neto] disse, quer deitar vó? Ninguém vai mandar... Ele não vai levar a senhora porque eu não vou deixar! Vá dormir que eu estou aqui junto de você, ninguém vai abrir a porta para ele entrar, não, deita aí.

A partir da fala do idoso que concedeu a entrevista onze, interpreta-se que o menino – ora filho, ora vizinho – atua como agente de suporte diante das dificuldades enfrentadas no momento. Frente à impossibilidade do idoso de locomover-se devido à instalação de uma doença aguda, recorre ao seu filho, que solicitará ajuda ao vizinho. Este, por sua vez, possui o meio de transporte que poderá levá-lo à cidade mais próxima, em busca de atendimento médico. Conforme pode ser verificado na caracterização sociodemográfica, o participante que concedeu a entrevista número onze mora em uma zona rural, no interior do estado da Bahia, distante 372 km de Salvador – Bahia.

A partir do que foi dito pelo idoso, entende-se o movimento que precisará ser feito até alcançar o atendimento de que necessita. Então, primeiro o filho chamará o vizinho, que conduzirá o idoso até a cidade mais próxima. Desta cidade, será conduzido a um município maior, onde, provavelmente, há mais recursos e melhores condições de atendimento à saúde. O município referido, Itaberaba, é referência para a Microrregião de Saúde, atendendo quatorze municípios com total de 260.323 habitantes<sup>22</sup>.

As cenas, os personagens e as memórias não são, entretanto, ficção. Pode-se captar o quanto os familiares são importantes para os idosos e o quanto são significativos para a manutenção da saúde, na busca pela cura e na manutenção da vida. O pano de fundo que se

<sup>22</sup> [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/result\\_REGIAO\\_SAUDEch.asp?REGIAO\\_SAUDE=Itaberaba](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDEch.asp?REGIAO_SAUDE=Itaberaba).

faz presente na cena são todas as dificuldades oriundas da realidade social, com dificuldades de locomoção, de acesso a meios de transporte e aos serviços de saúde.

Destaca-se que, conforme determina o Estatuto do Idoso, o cuidado às pessoas idosas é uma responsabilidade compartilhada entre a família, o estado e a comunidade (BRASIL, 2003). A partir dos resultados, identificou-se a presença marcante da família e da comunidade. O estado aparece como mantenedor dos serviços de assistência à saúde. Conforme predição da Teoria do Cuidado Cultural, é uma tendência que as pessoas necessitadas de atenção à saúde procurem em primeiro lugar aqueles que cuidam delas e que estão mais próximos. Nesse contexto, destaca-se o filho e o vizinho. Os prestadores de cuidados profissionais são procurados depois, se os recursos disponíveis não forem mais eficazes, o estado de saúde piorar ou se houver ameaça de morte (WELCH, 2004).

Conforme relata Menezes (2010), é árduo o percurso feito pela pessoa idosa e sua família até acessar o serviço de saúde. Muitas vezes deslocam-se do interior, a centenas de quilômetros de distância, ou das periferias, ajudados por familiares, vizinhos e pela comunidade, que, tecendo uma rede de solidariedade, mobilizam todos os recursos e os meios de transporte disponíveis para conduzir o idoso doente até um hospital. Uma vez no hospital, a dificuldade seguinte é conseguir uma vaga e suportar a espera pelo atendimento.

Assim, desenha-se o itinerário das pessoas idosas que vivem em lugares distantes. De ponto em ponto, deslocam-se por conta própria para acessar o sistema de saúde. Ocorre que, como pode ser depreendido da fala do idoso que concedeu a entrevista onze, a rede de serviços regionalizada não oferece a resolutividade esperada, culminando com os deslocamentos inevitáveis para os hospitais da capital. Decorre daí, então, a superlotação, demora nos atendimentos, desgastes físico e emocional para o paciente e seus familiares.

A regionalização é uma das diretrizes do SUS e se constitui num eixo estruturante do Pacto de Gestão. O princípio da regionalização em saúde atende ao dispositivo de agregar municípios geograficamente próximos e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, compartilhando redes de comunicação e infraestrutura de transportes dentro da regional de saúde no SUS. A finalidade da regionalização é integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde. Dentre os objetivos de uma regional de saúde está a garantia de acesso resolutivo e em tempo oportuno às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, e efetivar o processo de descentralização entre os entes federados (BRASIL, 2014).

No entanto, conforme reconhecido até mesmo pelos documentos do Ministério da Saúde, a organização da atenção e a gestão do SUS configura um cenário caracterizado por fragmentação intensa dos serviços, programas e ações. As evidências dessa desorganização e da baixa efetividade podem ser demonstradas principalmente pelas lacunas assistenciais; financiamento insuficiente; baixa eficiência no emprego dos recursos, traduzida pela redução da capacidade do sistema em promover a integralidade; incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, caracterizadas, sobretudo pelo descompasso com a elevação de doenças crônicas não transmissíveis; fragilidades na gestão, com precarização do trabalho e carência de profissionais; e pouca inserção da vigilância e promoção à saúde nos serviços e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2014).

Conforme discussão na classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, a hospitalização e a doença causaram impactos negativos sobre os idosos. Em determinadas situações, identificam-se manifestações emocionais que se assemelham à síndrome do estresse pós-traumático. A manifestação do medo de ser novamente hospitalizado também permeia a classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”. A participante que concedeu a primeira entrevista sofreu amputação de um braço e de uma perna, em hospitalização anterior. No momento da entrevista, manifestava medo de ser levada contra sua vontade para o hospital e ser submetida a novas amputações, em outros membros.

Interpreta-se que há manifestação de medo pela avó (vó), por meio de choros, gritos e ameaças de agressão física. Nesse sentido, a família, representada pela filha e pelo neto, funcionou como apoiadora e defensora diante da ameaça real ou imaginária, sentida pela idosa. Destaca-se que, em sua casa e com seus familiares, muitas vezes em lares multigeracionais, os idosos se sentem mais seguros do que em lugares desconhecidos, como hospitais, por exemplo.

A casa e o ambiente domiciliar têm um valor econômico, social, afetivo, emocional, exercem influência no seu bem-estar e até no estado de saúde dos seus habitantes. A casa, bem sonhada por todos, pode representar o resultado de uma vida de trabalho e pelo seu significado de segurança, privacidade, independência e autonomia leva ao desejo de permanecer nela. É o local de consolo ao ser humano e o espaço individual de domínio e controle. Muitas memórias frequentemente estão associadas a espaços físicos, podendo ser uma casa, bairro, cidade ou país. Para o idoso, considera-se como benéfica a permanência no



próprio domicílio, pela expressão da sua identidade, das características pessoais e pela referência à proteção e bem-estar (MENDES; CÔRTE, 2009).

Entende-se que é na própria casa que os valores e estilos de vida culturais e os fatores de parentesco e sociais se manifestam mais fortemente como expressão da cultura da pessoa idosa (LEININGER, 1985; 2008). É no contexto ambiental de suas casas, e com suas famílias, onde e com quem se sentem seguros, acolhidos e autônomos, que se reconhecem como as pessoas que são.

Assim, entender o envelhecimento é também compreender as questões que estão além da dimensão física – como a psicológica, social e histórica –, chegando-se à complexidade da pessoa idosa. A valorização dos sentidos e das emoções também se faz importante no estabelecimento de uma relação da memória com o ambiente do idoso. Os sentidos provocam emoções e juntos, fortalecem as lembranças (MENDES; CÔRTE, 2009).

Os sentidos transmitem emoções externas e internas à consciência e permitem maior interação com o ambiente. O tato associa-se ao calor, frio, pressão e à dor; a audição relaciona-se à sensação de equilíbrio e à noção de orientação espacial, por meio do labirinto e propriocepção. Assim, a interação entre o organismo e o meio leva às interpretações do mundo à sua volta e à personificação conforme as próprias características e a identidade pessoal. Essas características são notadamente presentes no ambiente domiciliar, logo, falar desse ambiente significa falar das pessoas que o habita (MENDES; CÔRTE, 2009).

A casa e o apoio recebido pelos idosos de sua família conotam uma sensação de conforto e segurança. Interpreta-se, a partir das falas, que em seu ambiente cotidiano se sentem seguros e aptos a enfrentar adversidades e possíveis ameaças. Conforme relata Beauvoir (1990), o amor dos filhos é uma das formas de proteção mais eficazes para as pessoas idosas. Esse amor, que se transforma em proteção resulta igualmente do amor e da proteção, envidados pelos pais na infância e, dessa forma, há correspondência entre o bem-estar nos dois extremos da vida.

Sabe-se que importância tem, no desenvolvimento ulterior de sua personalidade, a maneira como uma criança foi tratada. Frustrada na alimentação, na proteção, na ternura, cresce no rancor, no medo e até mesmo no ódio; quando adulta, suas relações com os outros são agressivas: negligenciará seus velhos pais quando estes forem incapazes de se bastarem. Ao contrário, quando os pais alimentam bem os filhos e os mimam, fazem deles indivíduos felizes, abertos, benevolentes, nos quais se desenvolvem sentimentos altruístas: em particular serão apegados aos seus ascendentes; reconhecem que tem deveres em relação a estes, e cumprem esses deveres (BEAUVOIR, 1990, p. 100).

Nas UCEs 93 e 99, identifica-se também a referência ao cachorro como agente de defesa frente às ameaças sentidas. Interpreta-se que o cachorro funciona como uma extensão da família, sendo recrutado como agente de defesa, no caso em questão, contra possíveis ameaças de hospitalizações forçadas.

UCE n°. 93, Phi = 0,03 (UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Ele [o neto] dizia, [...] Vá embora que eu vou soltar o cachorro; ele vai lhe morder e você vai morrer. Esse mesmo que estava aqui conversando com você, foi um deles.

UCE n°. 99, Phi = 0,03 (UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Teve uma vez que chegou um rapaz lá, que foi me visitar e os meninos não conheciam; aí eu disse para ele, vá embora que aqui tem um cachorro que morde! Eu vou soltar o cachorro, ele vai lhe morder. Ele disse, a senhora tem meio\_mundo de cachorro.

Sabe-se que o cachorro é um animal doméstico comum entre as famílias e serve como defesa, diversão ou auxiliar em caçadas. No caso da participante que concedeu a primeira entrevista, a função do cachorro é auxiliar a família a protegê-la de ameaças de hospitalizações contra a sua vontade. No auge da manifestação traumática, a mesma idosa expressa também a utilização de revólver, arma de fogo, que poderá ser usada caso haja persistência da ameaça.

Conhecem-se indícios da relação entre humanos e cães há cerca de 12 mil anos. Essa relação pode ser considerada como favorável para ambos, trazendo benefícios inclusive para a saúde das pessoas. Algumas instituições utilizam animais em planos terapêuticos. Os cães podem ser considerados como parte ou extensão das famílias, dado o papel afetivo que desempenham e a atenção que recebem. Dentre as suas funções, está a companhia, o preenchimento do espaço e um bem-estar psicológico proporcionado pela sua presença (SANTOS, 2008). De acordo com os dados encontrados nesta pesquisa, o cachorro funciona como um membro da família e pode ser utilizado como agente de defesa da idosa.

Diante do exposto, destaca-se o movimento que precisa ser feito; que foi feito e deixou trauma; e a ameaça de um novo movimento, real ou imaginário, os quais envolvem as pessoas idosas. A rede de suporte é constituída pelos familiares, mas identifica-se também o apoio dos vizinhos. Quando houve ameaças de hospitalizações contra a vontade, uma participante relatou que pode se defender com o apoio do cachorro ou mesmo com o uso de revólver, instrumentos utilizados contra ameaçadores.

Conclui-se que o itinerário e a hospitalização das pessoas idosas são permeados por dificuldades e barreiras que precisam ser transpostas para se acessar o sistema público de

saúde. Além disso, a própria hospitalização e a submissão a procedimentos terapêuticos necessários para a manutenção da vida, como as amputações, podem deixar marcas traumáticas nas memórias dos idosos com a criação da necessidade de se proteger de ameaças reais ou imaginárias.

Embora se saiba que o fato de ter filhos não garanta o amparo na velhice e que não ter filhos seja sinônimo de solidão e abandono, identificou-se que a família é um ponto de apoio valioso para os idosos pesquisados. Os filhos, filhas, netos, irmãos e cônjuges se mostraram presentes e envolvidos no cuidado. O exercício do papel de cuidadores dos idosos é uma função esperada dos familiares, tanto do ponto de vista moral quanto cultural. Nesse sentido, o que parece mover essa relação de cuidado é o afeto e a atenção dispensados nos seios das famílias, no curso da vida.

À enfermagem, cabe conhecer a visão de mundo das pessoas idosas, que nesta classe está fortemente representada pela valorização da casa, do parentesco e das relações sociais. As decisões e ações do cuidar em enfermagem devem ser direcionadas no intuito de evitar conflitos e buscar a congruência cultural. Uma vez hospitalizados, inevitavelmente os idosos se veem apartados do contexto ambiental de suas casas. Entretanto, pode-se buscar uma negociação quanto à presença de familiares acompanhantes e ao estímulo a visitas de pessoas significativas, no intuito de acomodar o cuidar cultural, conforme a Teoria de Madeleine Leininger (LEININGER, 1985; 2008).

#### 5.4.3.2 Lembranças sobre pessoas e suas ações: os enfermeiros

A subclasse “Lembranças sobre pessoas e suas ações: enfermeiros” diz respeito às memórias das pessoas idosas enquanto hospitalizadas e a todo o movimento que se sucedeu nesse ínterim, destacando a enfermagem. Identifica-se a ação dos profissionais da enfermagem, mas também de maqueiros; a referência a vínculos afetivos fortes entre mãe e filhos; e a vergonha sentida pelas mulheres idosas frente à exposição do corpo diante de profissionais do sexo masculino.

O conhecimento e a cumplicidade entre mãe e filha podem ser traduzidos pelo excerto a seguir. Da mesma forma, a presença dos filhos como acompanhantes e os papéis que estes exercem também são rememorados.

UCE n°. 525, Phi = 0,03(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

E eu aí chamei minha filha, ô minha filha, vem ver como está meu o\_pé; [...] Eu peguei [comecei] gemer. Ela disse, mas mãe, a senhora já esteve pior do que isso, a senhora nunca gemeu! Agora eu estou acreditando que a senhora está doente mesmo!

UCE n°. 401, Phi = 0,02 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Dois dias depois o homem fechou [morreu]. Quem viu foi a outra minha filha. [...] Ele parece que morreu. Eu disse, chama ele aí! Quando a outra chamou, ele... Chama aí o enfermeiro; ele disse, é... Ele já v\_deu a luz [morreu].

O conhecimento e o vínculo entre mãe e filha se traduzem no melhor suporte para a idosa. Conforme discutido na subclasse “Os familiares como apoiadores e defensores”, a família se constitui numa referência para as pessoas idosas, sobretudo as filhas, que as acompanham no dia a dia e na hospitalização.

Interpreta-se, a partir da UCE 401, que, para o idoso que concedeu a quarta entrevista, a presença de um filho como acompanhante protege contra possíveis abandonos e situações de negligência no hospital. Conforme relato, a partir de uma situação vivenciada pelo idoso, outro paciente morreu sozinho, sem familiares. A figura do enfermeiro surge, nesse caso, como o primeiro profissional a detectar o óbito.

Interpreta-se, nas UCEs a seguir, que há destaque também para o papel do maqueiro como agente que viabiliza a movimentação das pessoas. Entende-se que a definição de papéis é importante para que os profissionais sejam identificados como tais.

UCE n°. 565, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Ô minha mãe, minha mãe; quando eu olhava assim, ela só fazia, minha mãe [referindo-se à reação da filha diante do transporte pelo maqueiro]; o homem, tome lhe perna, tome lhe perna; faz uma curva aqui, outra curva acolá. [Se refere à forma como foi levada da UTI para a enfermaria, pelo maqueiro].

UCE n°. 564, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu olhando assim para trás, o homem metia lhe o pé [o maqueiro corria com a maca], não sei nem como ela [filha] aguentou [acompanhar] porque ela é doente, não sei como ela aguentou chegar aqui, coitada.

UCE n°. 567, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu disse a uma colega minha, minha filha vou te contar o que o coisinha [maqueiro] fez comigo, quase que perco minha filha, eu na frente, ele na frente e ela atrás [risos]; o maqueiro fazia cara...

Para a idosa, o maqueiro é a pessoa que realiza o transporte entre a UTI e a enfermaria, com tamanha rapidez que é quase impossível de ser acompanhado. Este fato é justificado quando fala de sua filha, que devido à velocidade, não conseguia segui-la. Assim, vem à tona o movimento feito pela participante entre a UTI e a enfermaria.

Nas UCEs a seguir, as pessoas idosas expressam a vergonha que sentiram ao terem sua intimidade exposta diante de outras pessoas desconhecidas, como os profissionais do sexo oposto.

UCE n°. 407, Phi = 0,03(UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Uma corrida de homem nu, uma corrida de mulher nua a\_doidado! [em grande quantidade] Foi quando eu perguntei à enfermeira, digo, venha cá minha\_filha, a corrida daqui é de todo\_mundo nu? Ela começou dando risada...

UCE n°. 69, Phi = 0,03(UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Que falta de vergonha desse pessoal! [...] aí um me olhava, outro me olhava, tudo nu para eu dar banho [confusa, coloca-se no lugar do profissional]. Que gente descarada! Ele [profissional da enfermagem] disse, ô dona, aqui não se xinga, não. Eu digo, olhe, se você tocar a mão em mim em vou lhe bater; essa mulher que está aqui junto de você, hein?!

UCE n°. 708, Phi = 0,03(UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

A enfermeira, vergonha de quê? Eu disse, filha, você é mulher, você tem vergonha de um homem lhe ver nua? Você não é casada, é? Ela disse, não.

UCE n°. 75, Phi = 0,03(UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Quem quiser que venha me tocar a mão para me dar banho para ver se eu não v\_dou um tapa! Venha! Se vocês são homens, venha, pode v\_vir!

UCE n°. 709, Phi = 0,02(UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu disse, uma dia você vai casar e você vai sentir vergonha do seu próprio esposo; porque eu digo, eu tenho vergonha até hoje do meu próprio esposo, eu tenho! Eu era uma mulher que paria uma filha, engravidava, a regra [menstruação] ia embora, a regra chegava, meu marido nem via a cor da minha regra que eu não deixava ele ver.

Conforme discutido na classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, a nudez e a exposição corporal é um tema que incomoda mais as mulheres do que aos homens. O idoso que concedeu a quarta entrevista trata do assunto com graça, pois, para ele, a exposição corporal é inevitável durante hospitalização na UTI e trata do assunto sem estranhamento. No entanto, para as idosas que concederam as entrevistas um e sete, a exposição corporal é um “descaramento” e uma falta de vergonha. Ou seja, interpretam a exposição do corpo como uma ação deliberada dos profissionais da enfermagem, desnecessária em tal medida e que poderia ser evitada.

Interpreta-se que a manipulação do corpo feminino por homens é algo inconcebível conforme os hábitos culturais das idosas. A participante que concedeu a primeira entrevista reagiu à possibilidade de tomar o banho no leito com a presença de profissionais do sexo masculino, com a ameaça de agressão física. Para a idosa autora da sétima entrevista, seu estranhamento foi fundamentado em sua cultura, nos costumes que aprendeu com sua mãe e

que passou para suas filhas. Para ela, o homem, mesmo que seja o marido, não deve ver a região íntima da mulher e nem mesmo os resíduos menstruais.

Considera-se que esses aspectos da cultura fortemente arraigados nas mulheres idosas precisam ser tomados em conta pelos profissionais da enfermagem. Nesse sentido, é pertinente o estabelecimento de uma comunicação efetiva, buscando-se conhecer os valores culturais das idosas e negociando a melhor forma de cuidar.

As ações e movimentos dos enfermeiros e enfermeiras são identificados pelas pessoas idosas por meio do que fazem e como fazem. Esses profissionais são rememorados como pessoas que dão o banho, arrumam os pacientes, que prendem e soltam. Ou seja, fazem a contenção mecânica, – trabalham sem parar, amedrontam, mas também são legais e dão carinho aos pacientes, como pode ser verificado nas UCEs a seguir.

UCE nº 71 Phi = 0,02 (UCI nº 1 : \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

O enfermeiro aí disse, ele aí chamou não sei quem lá, ele aí disse, não tem jeito não, não tem jeito não, do jeito que essa mulher está falando comigo... [não vai permitir o banho]

UCE nº 1321 Phi = 0,02 (UCI nº 14 : \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Arruma [o paciente] todinho. Agora, só dá um banho por dia. Quinta-feira, eu falei, moço me dê um banhozinho aí, ele disse, não; já não lhe dei banho hoje cedo? Só é um banho, não é dois, não. [por dia]

UCE nº. 239, Phi = 0,02(UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Mas a enfermeira era tão legal! Todo dia ia me ver, conversar comigo, é... Fazer carinho na mão, no o\_pé...

UCE nº. 128, Phi = 0,02(UCI nº. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aí o enfermeiro me solta, [...]. Já pensou, eu ali no meio dos homens; só tinha homem, tudo para [...] dar banho [...], cada um pior do que outro. [confunde-se com papel dos profissionais]

UCE nº. 926, Phi = 0,02(UCI nº. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Moço, mas tudo\_bem; foi beleza. Tinha um pouco de barulho, viu? Ê nossa\_senhora! Vocês não dormem não, né? [risos] E arruma uma coisa e arruma outra e é aquela... E a gente naquela ideia ali, o sono demora de v\_vir e vai, vai, vai.

UCE nº. 1222, Phi = 0,02(UCI nº. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

A enfermeira trabalhava em\_cima [enfermaria] também, ela dava plantão em cima; ah hoje eu vou subir, vou trabalhar em\_cima, vou para cima. Ela não era mal não, era só coisa da minha cabeça; só eu que tinha medo mesmo [da enfermeira]; eu e uma menina que chamava [...]; [...] também tinha medo dela.

UCE nº. 409, Phi = 0,02(UCI nº. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu perguntei, venha cá, enfermeiro, que dia é que o maqueiro vem me buscar? Ele disse, não, nós estamos esperando um parente seu trazer sua roupa.

Por meio de suas ações, os profissionais da enfermagem expõem a privacidade dos pacientes, quando há nudez durante o banho, sem o adequado isolamento do ambiente com cortinas, biombos ou fechamento de portas, como pode ser interpretado das falas acima. Os profissionais da enfermagem ainda são identificados como pessoas que assustam e

amedrontam, pela forma incisiva com que atuam, criando uma barreira entre si e os pacientes. Para o participante que concedeu a entrevista número onze, os profissionais da enfermagem são aqueles que não dormem nos plantões noturnos e estão sempre a arrumar ou a fazer alguma coisa. Há ainda a vinculação da imagem dos enfermeiros como alguém que presta informação, conversa, é legal e dá carinho aos pacientes.

Pumpulim e Sawada (2012) consideram que o ambiente do hospital, às vezes hostil, contribui para a exacerbação das fragilidades humanas, expondo vulnerabilidades emocionais. Não raro, na percepção das autoras citadas, a hospitalização requer aceitação, adaptação, submissão e resignação. A privacidade é comprometida a depender do grau de dependência do paciente e da gravidade da doença (PUMPULIM; SAWADA, 2012).

Na UTI, onde os pacientes são geralmente mais graves e dependentes da equipe, há mais exposição e toque ao corpo, podendo ocorrer violação da privacidade física das pessoas. Sabe-se que a exposição e o toque, em alguns contextos, fazem parte da assistência à saúde. No entanto, o que precisa ser esclarecido é a linha tênue entre as normas para as ações dos profissionais e os direitos dos pacientes de não terem sua privacidade exposta (PORCHET; SILVA, 2008; PUMPULIM; SAWADA, 2010).

As relações que se estabelecem no hospital, entre profissionais e pacientes, são tidas como assimétricas pelas diferenças de poder e posições. Os profissionais detêm o poder do conhecimento e o dever de prestar assistência para salvar a vida. Já os pacientes estão em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade devido à doença e à necessidade da hospitalização (PORCHET; SILVA, 2008; SOARES; DALL'ANGOL, 2011). Os pacientes internados frequentemente manifestam um comportamento de resignação, aceitação e submissão às normas e rotinas hospitalares, em face do internamento e da necessidade do tratamento (PORCHET; SILVA, 2011).

Uma das características do trabalho da enfermagem é o acesso a informações de vida e de saúde dos pacientes, assim como o acesso ao corpo. No ambiente hospitalar, emergem questões relacionadas com a privacidade e a preocupação com a sua não violação deve ser constante do cotidiano profissional (SOARES; DALL'ANGOL, 2011). A manutenção da privacidade nos serviços de saúde é uma tarefa difícil de ser preservada pelos profissionais. Cabe a estes a compreensão da necessidade do respeito à dignidade, integridade e privacidade dos pacientes, sobretudo das mulheres idosas (PUMPULIM; SAWADA, 2010; PUMPULIM;

SAWADA, 2012). É importante estar atento também para questões relacionadas com a diversidade cultural, sexo, idade e classe social (SOARES; DALL'ANGOL, 2011).

De acordo com estudo realizado por SILVA *et al.* (2001), para os enfermeiros, o cuidado de enfermagem está relacionado com a satisfação das necessidades dos pacientes, englobando as dimensões física e emocional. No que diz respeito aos aspectos físicos, há uma preocupação com a realização de procedimentos técnicos curativos, administração de medicamentos, banho no leito e a introdução de sondas. Os enfermeiros também relatam a priorização do cuidado aos pacientes mais graves. Quanto aos aspectos emocionais, há esforço no sentido de promover o bem-estar, de atender às necessidades psicoespirituais. As autoras citadas destacam como fundamental, no papel da enfermagem, a prestação de orientação aos pacientes e aos seus familiares como complementar no processo de educação em saúde.

Outro estudo realizado por Souza e Ribeiro (2013), sobre a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas, sugere que ainda é incipiente a preparação dos enfermeiros para cuidar de idosos, dada a complexidade envolvida. No entanto, esse tipo de cuidado favorece a reflexão sobre a visão social da velhice, com criação de imagens mais realistas, a compassividade, e a sensibilidade diante das situações de vulnerabilidade. Para as autoras, é imprescindível a valorização da família, da dimensão ética, econômica e a vinculação com seu local de origem.

Os pacientes identificam os cuidados de enfermagem com a demonstração de atenção, carinho, paciência, educação no lidar, preocupação, afetividade, amizade e demonstração de preocupação. Ou seja, há maior valorização da dimensão subjetiva, de um cuidado humano e situada no plano relacional. Para os pacientes, também importante ser atendido prontamente após uma solicitação e receber orientações para uma vida melhor, no que diz respeito aos cuidados com a própria saúde (SILVA *et al.*, 2001).

Para Faller e Macon (2013), o desenvolvimento de um plano de cuidado em consonância com a dimensão cultural leva a uma maior aproximação do idoso e de sua família com os profissionais. As atividades precisam ser planejadas de acordo com a cultura da pessoa idosa, visto que a centralização apenas na doença não valoriza a individualidade e tem alcance limitado nas práticas de saúde.

#### 5.4.3.3 Lembranças sobre os médicos e suas ações



Os resultados da classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”, evidenciam que as movimentações ficaram gravadas nas memórias das pessoas idosas. Nesta subclasse, há também referência aos movimentos que podem traduzidos por meio da interpretação dos sentidos dos verbos empregados: ir, vir, andar, voltar, correr, sair e levar. Por vezes, tais verbos estão associados a meios de transporte, como carro, táxi, cadeira de rodas. Analisando-se o contexto das UCEs, identifica-se que a memória sobre os movimentos executados estão relacionadas a pessoas significativas, frequentemente familiares, como filhas, filhos e netos. As referências aos familiares estão presentes nas três subclasses, associadas aos papéis que desempenharam e à sua importância para os idosos.

Nesta subclasse, enfatizam-se as ações dos médicos, como será descrito nas UCEs a seguir.

UCE n°. 1288, Phi = 0,02(UCI n° 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Que conversa é essa, eu quero ver ele [sobre a intervenção de uma médica para viabilizar a admissão]; oxe, também logo, logo providenciou minha admissão, força de vontade... Quem tem força, a força maior cessa a menor.

UCE n°. 635, Phi = 0,02(UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Acho que foi [refere o nome de um médico] que conversou comigo, porque eu não conheço ele; ele me disse assim, olhe, se você operar você se dar de bem.

UCE n°. 840, Phi = 0,02(UCI n°. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Foi a pressão que subiu. Eu digo, ô doutor, como subiu assim, sem quê, sem para quê, sem eu ter raiva, sem eu ter pena, sem eu ter nada? Sem eu fazer certas\_coisas, como é que subiu?

UCE n°. 549, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

O médico que cuida daqui brinca comigo; outro dia mesmo me pegou daqui para me levar, para me pesar, ele... Ele e minha neta me levou para me pesar; tudo beleza, não vou sair daqui falando mal de pessoa nenhuma, que não merece! Nem daqui, nem de lá da UTI.

UCE n°. 119, Phi = 0,02(UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu digo, que dia? Ele chegava e dizia, ah o dia eu não sei. Eu digo, qualquer dia para mim é dia. Eu já estava querendo ir embora; ele disse, vou mandar lhe levar. Eu digo, eu quero ir de carro, viu?

UCE n°. 898, Phi = 0,02(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Uma pessoa legal [médico], trabalha bem e dei muito louvor por isso aí, sabe? Fiquei muito agradecido. Aí vai, vai, vai; é só naquele dia da cirurgia; depois disso ele esteve lá, seu médico sou eu; mas só que eu estava assim tonto, com a ideia assim meio fraquinha, que se eu vê-lo agora eu não conheço mais também não.

UCE n°. 347, Phi = 0,02(UCI n°. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Depois os médicos disseram... Aí depois disse, ó seu [...], o senhor já está de alta. Já doutor? Já, pode ir, o senhor já está de alta. Disse, tá. Aí disse, e a bolsa? É, tem que tirar a bolsa, a bolsa de um lado, né; a bolsa tem que tirar. [refere-se a sonda vesical de Foley].

Conforme as UCEs citadas acima, o que permanece na memória das pessoas idosas é a ideia do médico ligada à pessoa que orienta, diz o que precisa ser feito, que realiza

intervenções, a quem se deve recorrer na doença, que admite no hospital e que dá alta. Interpreta-se que há uma associação entre da imagem dos médicos à resolutividade e à objetividade.

As pessoas idosas entendem que compete aos médicos o diagnóstico de doenças e o tratamento, muitas vezes cirúrgico. Interpreta-se a partir do fragmento “Quem tem força, a força maior cessa a menor”, que o idoso atribui a força maior ao médico. No caso citado, foi um médico quem conseguiu a vaga para sua admissão na enfermaria, pois esse idoso passou por um longo período de espera na unidade de emergência. Traz à tona também, segundo a ótica dos participantes, uma relação de hierarquia no hospital, com relação às outras profissões. A força maior é dos médicos e, dentre estes, alguns tem maior poder ou força de vontade para resolver os problemas dos pacientes do que outros.

A forma senhor (Phi 0,25; senhor, senhora) destaca-se no dendograma representativo da classe três (Figura 9). Observa-se, no contexto das UCEs, que essa forma está relacionada com a reprodução de diálogos nos quais se emprega esse pronome de tratamento. Os idosos relatam suas conversas com seus familiares e também com os profissionais da saúde, frequentemente com enfermeiros e médicos.

Emprega-se o pronome de tratamento senhor / senhora quando se fala a uma pessoa com a qual não se tem intimidade; quando se espera um tratamento respeitoso, como entre pais e filhos, avós e netos; e quando as diferenças de posições o exigem, como no caso do tratamento aos médicos. Nesses casos, não se considera adequado o tratamento informal, com o emprego dos pronomes tu ou você.

No tratamento entre pais e filhos, avós e netos, faz parte da cultura das pessoas idosas zelar pela manutenção do hábito do tratamento como senhor ou senhora. Do ponto de vista cultural, significa que existe uma hierarquia que deve ser reconhecida e respeitada. A hierarquia, conforme se pode depreender a partir do contexto das UCEs, é proveniente das diferenças de idade e da crença de que se deve “respeitar os mais velhos”.

Para além do respeito fundamentado somente na idade, reconhece-se também, quando se emprega o tratamento por senhor / senhora, que a pessoa com quem se fala é dotada de história de vida, de saber acumulado e de posição que merece reconhecimento, respeito e reverência. Além disso, outra forma de manifestação de respeito às pessoas idosas é o pedido da bênção, nas famílias, pelos filhos, netos e bisnetos aos avós, pais, tios, padrinhos. Esse costume também se estende às pessoas mais novas, em relação aos idosos. Pelo que pode

ser compreendido a partir dos resultados, a tradição do tratamento respeitoso aos idosos como senhor / senhora se mantém, pelo menos entre os participantes desta pesquisa. Assim, precisa ser compreendido e mantido no cuidado cultural.

Ainda há ênfase no emprego do pronome Senhor para se referir a um ser superior, Deus e Jesus, conforme o cristianismo. Nesse caso, também cabe o tratamento respeitoso e identifica-se a referência à entidade religiosa na qual se crê e à qual se recorre nos momentos de dificuldade.

Além da figura dos médicos, entretanto, também é rememorada de forma negativa. A despeito de todos os descritores positivos identificados nas UCEs da classe três, a participante apresenta a imagem do médico ligada ao medo de sofrer novas amputações. Para ela, a cirurgia de amputação é de competência dos médicos e, algumas vezes, não consegue desvincular o medo da imagem dos médicos.

UCE n°. 43, Phi = 0,05(UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

E quem vai levar? [para o hospital] Eu disse, é ele. Aí elas disseram assim, cadê sua mãe? Minha mãe foi ali, não demora, não [respondeu o neto]. A casa encheu. Aí quando minha filha chegou, essa que estava aí conversando com o senhor, disse: porque minha mãe está gritando desse jeito? É porque a gente disse que o médico vem buscar ela para cortar a outra perna e o braço.

UCE n°. 26, Phi = 0,02(UCI n°. 1: \*e\_01 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aí sentava junto de mim. Eu comecei a chorar, me v\_deu aquelas coisas por dentro assim, eu digo, eu vou morrer! Não tenho outra perna, não tenho outro braço, não tenho outra mão...

Conforme pode ser observado, o medo da idosa tomou tal proporção que ela o manifestava por meio de choros, gritos e com ameaça de agressão física. Para a idosa, a ameaça de novas amputações era algo que lhe aterroriza e tira o sono. Em sua visão, era muito doloroso viver, ou sobreviver com os membros amputados, com perda total da autonomia para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Mesmo fora do hospital e sem a presença de um quadro clínico que justificasse qualquer necessidade de amputação, o medo associado ao médico se fazia muito presente. Qualquer ameaça da presença de médicos, ainda que imaginária, a fazia reviver seus traumas e o estresse vivido pela experiência da cirurgia mutiladora. Acredita-se que tal trauma possa ter se originado da falta de uma comunicação clara e efetiva com a idosa, ou da falta de negociação para a acomodação do cuidar, quando da necessidade de amputação. A não compreensão de que foi necessária a amputação de dois membros e que isto foi preciso para preservar sua vida pode ter influenciado na ideia de que todos os médicos fazem mutilações deliberadamente e sem qualquer justificativa.

A amputação caracteriza-se como um problema real no qual a pessoa se situa em uma circunstância negativa, proveniente tanto pela dor física quanto pela percepção de invalidez. A ideia da convivência definitiva com a deformidade poderá levar a um estresse emocional, com a ocorrência de quadros depressivos e a pessoa pode ou não se adaptar à nova realidade (OROL, 2010).

A necessidade da convivência com a falta de uma parte do corpo demanda uma adaptação no modo de viver e uma nova compreensão do seu mundo. A experiência da amputação assemelha-se uma tragédia pessoal e pode ter efeitos devastadores sobre o bem-estar. As preocupações mais frequentes manifestadas pelas pessoas idosas em relação à amputação é a dependência para as atividades da vida diária. O choque, a angústia e a descrença surgem como primeiras manifestações. Podem também surgir sintomas depressivos como tristeza, pesar, choro, isolamento social, inapetência e insônia (BELLO *et al.*, 2014).

A convivência com amputações decorrentes especificamente do diabetes significa viver um cotidiano permeado por dificuldades e restrições, tristeza, perceber uma ameaça constante de sofrer outras complicações (BELLO *et al.*, 2014). As autoras citadas também destacam que, em seu estudo, houve uma falha no esclarecimento de informações sobre a necessidade da amputação e os idosos frequentemente manifestam arrependimento por terem se submetido à cirurgia.

Existem relatos de que a experiência da amputação pode ser traumática e com potencial desestruturante – tanto para o idoso quanto para a família –, dando lugar a quadros de ansiedade, medo e insegurança. A adaptação depende das características pessoais e, principalmente, da visão que a própria pessoa tem do problema que levou à amputação e à própria convivência com a mutilação (OROL, 2010).

A amputação, para a pessoa que a vivencia, assemelha-se a uma perda. Significa a mudança de um padrão de vida para um patamar inferior, com limitação física, funcional, às vezes com dor, descondicionamento físico e modificação na imagem corporal. Existem menos informações sobre os efeitos psicológicos da amputação em idosos do que em pessoas em outras faixas etárias. No entanto, as pessoas idosas podem se adaptar melhor às perdas do que os jovens, principalmente se são esperadas e compreendidas (OROL, 2010).

A pessoa que vivencia a amputação passa por determinadas fases até a aceitação completa do problema. A primeira fase é a de negação, que é um estado de choque mais comum nas amputações traumáticas ou inesperadas. A negação protege emocionalmente

contra o primeiro impacto da mudança. Em seguida, pode ocorrer a fase de raiva, com a presença de irritabilidade e a busca por culpados pela situação. Os culpados poderão ser os médicos, Deus ou outros. Após a cessação dessa fase, entra-se na fase de barganha, no intuito inútil de adiar a amputação, ou a sua aceitação. Como a pessoa percebe que a barganha é inútil, entra em estado de ânimo depressivo. Esta fase é descrita como a mais complicada no processo de adaptação, porém não significa um quadro depressivo autêntico. Podem ocorrer alterações no sono, sentimentos negativos sobre a realidade, o futuro, desespero e ideias relacionadas à morte. Após esta fase, chega-se à etapa de aceitação emocional. Nesse patamar, a pessoa torna-se capaz de enfrentar a situação e se adaptar às circunstâncias impostas (OROL, 2010).

Os efeitos das cirurgias mutiladoras para as pessoas idosas têm sido relatados pela literatura. Silva (2013), em estudo realizado com o objetivo de analisar o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora, encontrou que a percepção dos enfermeiros sobre os impactos da cirurgia mutiladora para as pessoas idosas está relacionada com a perda da autonomia e da independência. Nesse estudo, os profissionais reconhecem a submissão às amputações como uma situação difícil e complexa, que repercute negativamente na capacidade do idoso para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Para Silva (2013), a amputação de membros para as pessoas idosas tem potencial para conduzir a um quadro de estresse, com a manifestação de sentimentos negativos como medo do desconhecido, da dependência, de não receber cuidados e da invalidez. Nesse sentido, conforme ressalta o autor, é importante que haja um acompanhamento terapêutico com uma equipe multidisciplinar, no intuito de esclarecer sobre a necessidade da cirurgia, a convivência com a limitação física e as necessidades de adaptação no cotidiano.

Outro resultado destacado por Silva (2013) é o fato de que a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a realização da cirurgia, é assinado não pela pessoa idosa, mas pelo seu responsável. Nesse sentido, destaca-se o não reconhecimento da autonomia e capacidade do idoso de decidir por si; de pensar sobre o efeito da amputação em sua vida. Ao contrário, essa responsabilidade é transferida pelo profissional responsável a outrem. Então, compreende-se a reação de medo, choro, gritos, ameaças de agressão física e até a utilização de cachorro ou arma de fogo para se defender uma situação que possivelmente ela não compreendeu a necessidade, ou seja, não foi negociada e nem acomodada.

Paralelo a isso, também pode haver uma dificuldade do idoso de adaptar as atividades que pode fazer para manter a sua autonomia, dentro das suas limitações. O papel dos profissionais da saúde é importante para estimular o autocuidado, a aceitação das limitações e a retomada das atividades (BELLO *et al.*, 2014).

Destaca-se que o início da reabilitação física e psicológica precoce ajuda na aceitação e na adaptação das pessoas à nova realidade. A falta de compreensão prévia, imediata e posterior da necessidade de amputação; e a atribuição das causas a outras pessoas estão relacionados com o desenvolvimento de processos emocionais patológicos. Além disso, uma integração social pobre antes da amputação, o baixo desenvolvimento de atividades físicas, o risco de reamputações e a demora entre a adaptação as próteses favorecem a instalação do quadro depressivo (OROL, 2010).

O papel dos profissionais da saúde, dentre eles a equipe de enfermagem, é a implementação de um plano de cuidados que inclua as orientações sobre o processo de amputação, os cuidados, as adaptações posteriores. É importante o estabelecimento de uma comunicação clara, efetiva, honesta e que permita o questionamento e a expressão das dúvidas. Sabe-se que o momento é permeado por estresse, medo, insegurança e dúvidas. Esses sentimentos poderão dificultar a compreensão real do que se passa, mas o idoso precisa ser respeitado em sua autonomia de decidir e ser entendido em suas manifestações emocionais e na sua visão de mundo.

#### **5.4.4 Classe quatro - Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI**

A classe quatro, “Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI”, é composta por 179 UCEs, que representam 17% das unidades textuais classificadas e 13% do *corpus* inicial. Seu vocabulário é caracterizado por formas como *deit+*(deita, deitada, deitado, deitar, deitava, deite, deito), *dorm+*(dorme, dormem, dormente, dormia, dormiam, dormir, dormiu), *cobert+*(cobertas, coberto, cobertor) e *zuada*. Os advérbios lá, aqui, mas, já e os verbos auxiliares *tem* e suas conjugações são exemplos de categorias gramaticais de palavras mais representadas nesta classe.

O Quadro 14, a seguir, apresenta as formas reduzidas do *corpus* da pesquisa com valor de Phi (valor de associação com a classe), maior ou igual a 0,13. Também apresenta as

frequências das formas na classe e no *corpus*, o seu percentual de aproveitamento para a constituição da classe e a exemplificação com as palavras provenientes da mesma raiz.

**Quadro 14** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe quatro, Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Forma reduzida	Phi	f <i>corpus</i>	f classe	% na classe	Contexto semântico
dorm+	0,32	52	36	71	dorme, dormem, dormente, dormia, dormiam, dormir, dormiu
agu+	0,23	28	20	71	água, águas, aguinha
deit+	0,21	27	18	67	deita, deitada, deitado, deitar, deitava, deite, deito
levant+	0,21	20	15	75	levanta, levantar, levantava, levantei, levanto, levantou
cobert+	0,19	08	08	100	cobertas, coberto, cobertor
zuada	0,19	11	09	90	zuada
banheiro	0,17	21	13	62	banheiro
fri+	0,16	14	10	71	frieza, frio
amarr+	0,16	14	10	71	amarrada, amarrado, amarrar, amarrou
causa	0,16	19	12	63	causa
usava	0,16	07	07	100	usava
ar_condicionado	0,16	07	07	100	ar_condicionado
luz	0,16	10	08	80	luz, luzes
molh+	0,16	08	07	88	molha, molhada, molhado, molhava, molhavam, molho
fic+	0,15	184	55	30	fica, ficado, ficar, ficaram, ficava, fico, ficou
so	0,15	139	44	32	só
sede	0,15	05	05	100	sede
agoni+	0,15	11	08	73	agonia, agoniada
enrol+	0,14	08	06	86	enrolando, enrolar, enrolava, enrolavam, enrole
incomd+	0,15	05	05	100	incomodava, incomodei
tranquil+	0,14	07	06	86	tranquila, tranquilo
a_vontade	0,15	05	05	100	à vontade
estou_bem	0,15	16	10	63	estou bem
visit+	0,14	19	11	58	visita, visitar, visitas, visitava, visitinha
sono	0,14	22	12	55	sono
corpo	0,14	14	09	64	corpo
pass+	0,14	106	35	33	passa, passando, passar, passava, passavam
banho	0,14	74	27	36	banho
era	0,13	156	46	29	era

xixi	0,13	04	04	100	xixi
barulho	0,13	04	04	100	barulho
mal_estar	0,13	04	04	100	mal_estar

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

As formas reduzidas ilustradas no Quadro 14 sinalizam para os confortos e desconfortos sentidos pelas pessoas idosas quando da sua hospitalização na UTI. Esses confortos e desconfortos estão relacionados, geralmente, com a satisfação de necessidades humanas básicas, como sono, repouso, mobilidade, hidratação, higiene e eliminação. Além disso, destacam-se também as necessidades psicoespirituais, visto que a fé é rememorada pelos participantes de modo a se constituir como um atributo de conforto, motivo para o enfrentamento da doença e para a busca de melhora. A necessidade psicoespiritual é reforçada pela necessidade psicossocial, evidenciada pelo valor atribuído pelos participantes às visitas de familiares e pessoas significativas.

No Quadro 15, destacam-se as variáveis identificadoras das UCIs que contribuíram para a formação da classe quatro.

**Quadro 15** - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe quatro, Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Variáveis	Phi	f corpus	f classe	% classe
*e_12	0,25	51	30	59
*e_11	0,17	85	33	39
*id_2	0,13	511	114	22
*lc_2	0,13	684	136	21
*s_2	0,12	409	93	23
*e_03	0,11	42	16	38
*int_2	0,11	707	141	20
*e_08	0,04	30	08	27

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A partir da leitura do Quadro 15, depreende-se que quatro dos participantes contribuíram mais significativamente para a formação da classe quatro, “Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI”. São eles os idosos que concederam as entrevistas



três, oito, onze e doze. A idade que mais contribuiu foi a referente aos idosos classificados na segunda faixa etária da pesquisa, ou seja, a que compreende entre 70 e 79 anos. No que se refere ao local de realização da entrevista, o conteúdo desta classe é mais representativo para as pessoas idosas que foram entrevistadas ainda no hospital, após a alta da UTI, pertencentes ao sexo masculino e com internamento ocorrido no ano de 2015.

As informações contidas nos Quadro 14 e 15 levam à interpretação de que o conteúdo relacionado com o conforto e os desconfortos sentidos pelas pessoas idosas na UTI povoa, sobretudo, o campo das memórias de formação mais recente. Outra suposição que pode ser levantada é o fato de que a intensidade das experiências também reforçou a formação dessa memória. Essa ideia pode ser aventada com base no fato de que pessoas que foram entrevistadas no domicílio também contribuíram para a formação da classe, embora com menor força de associação.

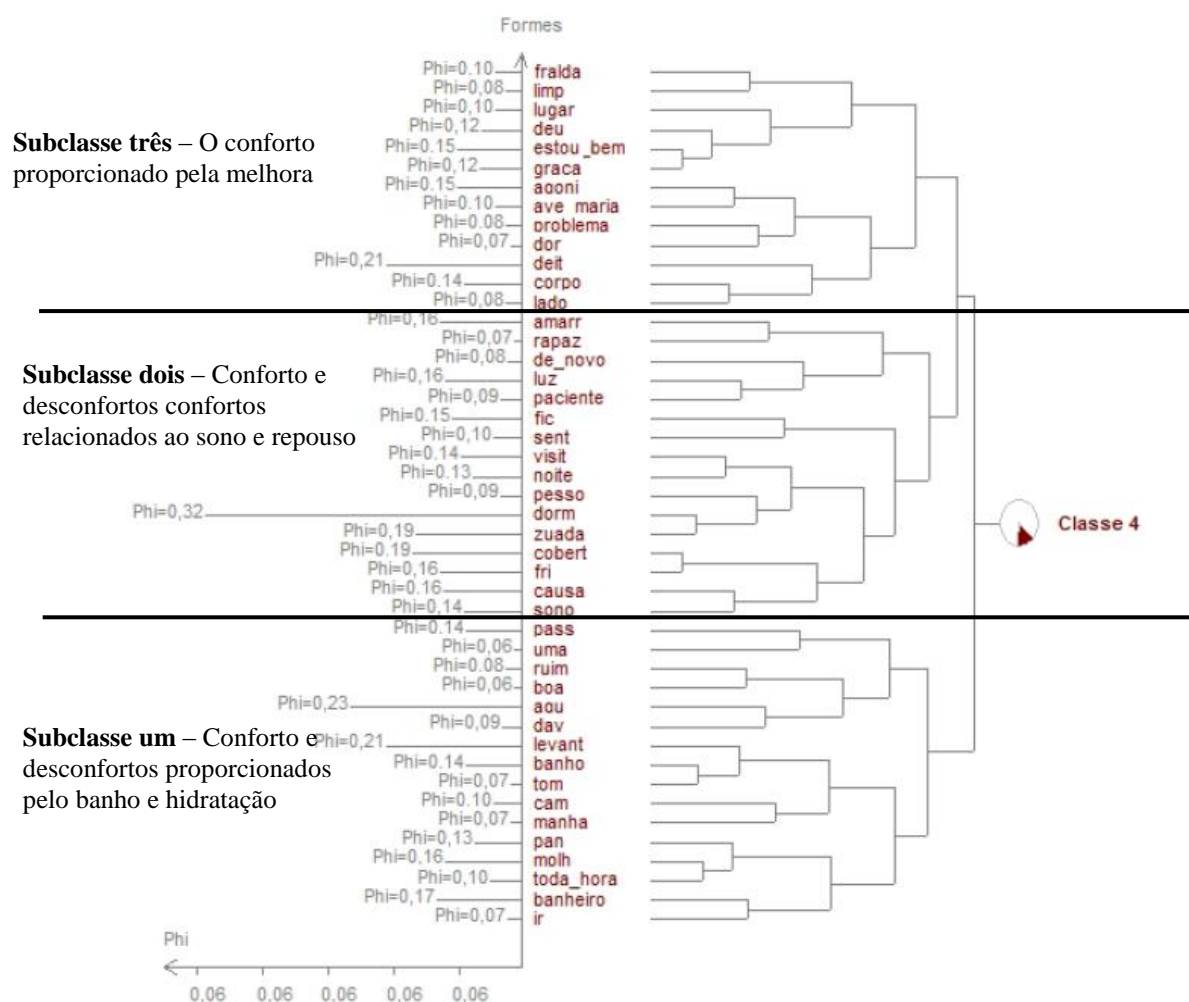
Poder-se-ia supor que as memórias relacionadas com o conforto e os desconfortos são mais presentes nas pessoas idosas, cujas hospitalizações foram próximas ao período de realização das entrevistas, e naquelas que, mesmo com hospitalizações há mais tempo, tiveram suas memórias marcadas pela intensidade da experiência.

A diferença entre sexos leva a supor que os homens se mostraram menos resignados frente às situações de desconfortos. Por oposição, as mulheres parecem ter aceitado com mais naturalidade as experiências desconfortáveis.

Como pode ser verificado na Figura 04, que ilustra a CHD do *corpus* da pesquisa, a classe quatro, “Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI”, destaca-se no dendograma no quarto nível de ramificação ou análise. Desse modo, diferencia-se em conteúdo da classe um, “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos”, destacada no dendograma na primeira análise; da classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, destacada no segundo nível de análise; e da classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”, destacada no terceiro nível de análise. Assim, conforme pode ser verificado na referida Figura 04, a classe quatro aproxima-se da classe cinco, por se encontrar no mesmo nível de ramificação ou análise.

A Figura 14, apresentada a seguir, ilustra a Classificação Hierárquica Ascendente das formas mais significativas da classe quatro.

**Figura 14** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe quatro, Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI, pelo *software* ALCESTE 2012, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A CHA da classe quatro, assim como das demais classes, representa a agregação das formas mais significativas para a classe ora em discussão. O valor de associação Phi ilustrado varia entre 0,07 e 0,32.

O primeiro nível de análise da CHA (Figura 14) mostra que as formas da classe foram separadas inicialmente em duas ramificações. Na porção inferior do dendograma, estão representadas as formas que dizem respeito ao banho e à hidratação das pessoas idosas. Desse modo, originaram a primeira subclasse, denominada de “Conforto e desconfortos proporcionados pelo banho e hidratação”.

Nas porções média e superior do dendograma (Figura 14), destacam-se duas ramificações, em um segundo nível de análise feita pelo *software* ALCESTE. Dessa forma, como pode ser verificado na ilustração, seus conteúdos são mais próximos entre si. As formas presentes na porção média da CHA têm seus significados associados às necessidades de sono e repouso, originando assim a segunda subclasse, “Conforto e desconfortos relacionados ao sono e repouso”.

Já na porção superior do dendograma (Figura 14), estão presentes formas que vão ao encontro das forças propulsoras da melhora, como a fé em Deus, ainda que tenham experienciado situações de dor e sofrimento. Desse modo, originaram a terceira subclasse, “O conforto da melhora”.

#### 5.4.4.1 Conforto e desconfortos proporcionados pelo banho e hidratação

A subclasse um, da classe quatro, “Conforto e desconfortos proporcionados pelo banho e hidratação”, está relacionada com o conforto e os desconfortos sentidos pelas pessoas idosas na UTI, no que diz respeito à hidratação e ao banho. A hidratação, no contexto das entrevistas, refere-se à restrição da ingestão hídrica pelas pessoas idosas, possivelmente devido à prescrição médica. Quanto ao banho, é rememorado com vivacidade segundo a forma como acontecia e é qualificado com descritores peculiares.

A história dessa subclasse leva ao entendimento de como a água é referida pelas pessoas idosas (Figura 14). Inicialmente, deparando-se com a necessidade de restrição hídrica e com a sede, pediam água (Phi 0,23) para beber a uma (Phi 0,08) enfermeira que passava (Phi 0,14) pelo local onde estavam. Em seguida, aparecem as formas ruim (Phi 0,08) e boa (Phi 0,06) relacionadas e próximas à enfermeira que passava, na mesma ramificação das

formas “água” e “dava”. Ou seja, subtende-se a formação de um juízo de valor a partir da ação de oferecer água ou não e também uma autoavaliação quanto ao próprio estado de saúde.

Na sequência, a água relaciona-se também à lembrança de tomar (Phi 0,07) banho (Phi 0,14). Como as pessoas idosas não podiam levantar (Phi 0,21), o banho era dado na cama (Phi 0,10), como o uso de pano (Phi 0,13), pela manhã (Phi 0,07), quanto ao período do dia, segundo a lembrança dos idosos. Assim, rememoram que o banho procedia dessa forma enquanto não podiam ir (Phi 0,07) ao banheiro (Phi 0,17) e nem levantar (Phi 0,21).

Nas UCEs 742 e 903, pode ser constatada a memória das pessoas idosas quanto à restrição hídrica e a forma como internalizam a norma estabelecida de não ingerir água.

UCE n°. 742, Phi = 0,02(UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

É dez dias sem água, sem nada, dá para desnutrir bastante; isso aí eu sei que eu estou; e eu não bebo muita água porque eu estou sem sonda, estou sem equilíbrio de me levantar sozinha para ir ao banheiro.

UCE n°. 904, Phi = 0,02(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Passava assim, eu pedia água também; água não, que para mim não vai ter; eu digo, eu vou ficar logo quieto porque de qualquer sorte...

De acordo com a fala da participante que concedeu a sétima entrevista, a restrição hídrica já durava dez dias e isto foi-lhe um motivo de preocupação com a própria hidratação e, ao mesmo tempo, demonstrou atitude de resignação. O fato de não ingerir água, ou seja “ficar sem água, ficar sem nada”, preocupava a idosa pelo medo de que isto lhe causasse desnutrição. Entende-se o termo “sem nada” como sendo também restrição de dieta por via oral. De fato, um período de dez dias sem hidratação e sem alimentação pode levar à desnutrição e desidratação.

Entretanto, destaca-se que o fato de terem sido submetidas à restrição da ingesta por via oral não equivale a dizer que não foram alimentadas ou hidratadas. Na terapia intensiva e em todo o ambiente hospitalar, a hidratação pode ser feita por via venosa e a alimentação pelas vias enteral ou parenteral, desde que haja restrição de uso das vias normais.

Para as pessoas idosas, a alimentação e hidratação estão relacionadas ao hábito de beber a água e de comer o alimento. Ou seja, para além da preocupação nutricional e com a hidratação, entra em cena a satisfação mental com o prazer de sentir o gosto, o cheiro, mastigar e deglutir os alimentos. Para a água, senti-la na boca e deglutir causa semelhante efeito de satisfação mental.

Para Ackerman (1992), a sensação do paladar depende do contato direto com a fonte se saciedade e não pode ser satisfeita à distância. Esse sentido é aprendido desde o

nascimento, quando se tem contato com o leite materno, e acompanha as pessoas por toda sua vida, mantendo-as integradas com suas origens e com a necessidade de sobrevivência.

A primeira coisa de que sentimos o paladar é o leite do seio de nossa mãe<sup>23</sup>, acompanhado de amor, afeição, carinho, sensação de segurança, calor e bem-estar, enfim, nossa primeira sensação intensa de prazer. Mais tarde seremos alimentados com comida sólida dada por suas mãos ou até mesmo mastigada e colocada em nossa boca, parcialmente digerida. Essas associações poderosas não desaparecem facilmente, e algumas pessoas nunca as esquecem. Dizemos comida como se fosse algo simples, absoluto, [...]. Mas para muitas vidas, é grande fonte de prazer, um momento complexo de satisfação tanto fisiológica quanto emocional, que guarda grande parte das lembranças de nossa infância (ACKERMAN, 1992, p. 163).

Na fala da participante autora da entrevista onze, constata-se também a experiência da restrição da ingesta por via oral. A despeito de pedir água, a resposta lhe era negativa: “água não, que para mim não vai ter”. O pensamento dos participantes que concederam as entrevistas sete e onze é concluído com uma ideia que traduz certa resignação, frente à restrição. O sentimento de desconforto é amenizado pela impossibilidade de ir ao banheiro e pela ideia de que é preciso acatar as regras hospitalares. A ingesta hídrica aumentada acarreta em elevação do débito urinário e, uma vez que a idosa não podia ir ao banheiro, ocasionava a necessidade do cuidado da enfermagem para oferecer-lhe a aparadeira.

O ponto de convergência no pensamento dos idosos está no sentimento de resignação. Eles aceitam a sede ou a ingesta hídrica reduzida impostas pelas restrições clínicas. Em ambas as situações, entretanto, parece haver uma incompreensão quanto a utilização de outras formas de hidratar e nutrir, e também um déficit de conhecimento quanto às justificativas para as restrições impostas.

Assim, traz-se a discussão da problemática para o âmbito da enfermagem, uma vez que esta pode atuar junto aos pacientes orientando-os quanto aos cuidados e sua correlação com o estado clínico. No caso da alimentação, cabe explicar a indicação para o jejum e o uso de vias alternativas, como a enteral e a parenteral. O mesmo raciocínio vale para a hidratação.

A falta de compreensão quanto à satisfação de necessidades humanas básicas foi motivo de desconforto para as pessoas idosas. Ao correlacionar-se os pontos em discussão com a Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER, 1985; 2008), compreende-se que, na visão de mundo das pessoas idosas, a alimentação e a hidratação devem ocorrer por via oral,

---

<sup>23</sup> Apreende-se que autora citada considera, por meio da generalização, que todas as crianças são amamentadas ao seio materno. No entanto, sabe-se que nem todas as mães amamentam, seja por livre escolha ou por alguma impossibilidade. Nesses casos, a primeira experiência sensorial para o paladar não seria o aleitamento, mas a primeira alimentação introduzida após o nascimento.

conforme seus costumes. Isso faz parte de suas crenças e de seus hábitos. Assim, alimentar-se e hidratar-se interferem na percepção da saúde e sensação de bem-estar.

No sistema de cuidado profissional, conforme a forma lógica do Sol Nascente, a enfermagem faz a ponte com as pessoas idosas e pode aplicar as ações de manutenção; acomodação e negociação; e remodelação ou reestruturação do cuidado (LEININGER, 1985; 2008; WELCH, 2004). Nesse caso, cabe a negociação para a acomodação, uma vez que deve levar à compreensão das restrições e do uso de vias alternativas para alimentar e hidratar; e da manutenção, reforçando a crença sobre a importância dos nutrientes e da água para a manutenção da saúde e da vida.

Frente à sede e à impossibilidade do oferecimento de água às pessoas idosas, alguns cuidados podem ser negociados e implementados pela enfermagem. Por exemplo, a realização da higiene oral, para retirar secreções e resíduos; o bochecho com água, sem a deglutição; e a umidificação dos lábios e cavidade oral com um chumaço de gaze ou algodão embebido em água. Assim, pode-se chegar a um nível de compreensão pelas pessoas idosas, proporcionar-lhes mais conforto e até chegar à convergência cultural para o cuidado.

Dando continuidade à discussão do conforto e dos desconfortos sentidos pelas pessoas idosas na UTI, apresentam-se, nas UCEs a seguir, as lembranças quanto ao banho no leito. Nesta classe, o banho é lembrado como um cuidado de higiene corporal, recebido pelos idosos como um procedimento necessário, dada a impossibilidade de tomarem o próprio banho. Assim, fica claro que, embora o banho dado não seja plenamente satisfatório, auxilia na sensação de conforto.

UCE n°. 1021, Phi = 0,03(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Lembro sim [do banho na UTI]. A pessoa tomava banho na cama porque não estava podendo levantar, por causa da dor.

UCE n°. 503, Phi = 0,02(UCI n°. 5: \*e\_05 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_1)

Eu nunca esperava por [banho frio e no leito]... Eu sempre gostei de tomar meu banho... Apesar que era muito frio, tinha vez que tinha que esquentar a água.

UCE n°. 541, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

[...][O banho] Era de pano, era de pano, era de pano... Elas molhavam um pano e me dava banho que eu mesma não podia, não. Não levantava, só era deitada; não levantava, nem nada.

UCE n°. 1104, Phi = 0,02(UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

O banho, houve de início, banho de gato, que realmente não pude levantar; no outro dia não, mas depois me levaram para o banheiro, mas muito bem, não tenho o que reclamar.

UCE n°. 810, Phi = 0,02 (UCI n°. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

Tomei muito, quando eu estava na UTI tomava [banho] na cama. Era... Virava para um lado, esfregava, passava um pano, sei lá, coisa aí; e aí virava para o outro e aí vai e levava passando.

UCE n°. 178, Phi = 0,02(UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Banho de gato, né? Molhava aquele pano e passava em mim. O banho era de... Molhava um pano, passava... O banho, meu\_filho, o banho não era legal, não.

UCE n°. 1023, Phi = 0,02(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

[...] A enfermeira pegava, dava banho. Tinha que me sentir confortável; era bom porque elas passavam o sabão, depois vinha com a água, jogavam uma aguinha; é como se tivesse tomando um banho de chuveiro, quase.

UCE n°. 323, Phi = 0,03(UCI n°. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

[...] Ah, o banho, as meninas lá mesmo na cama passavam um buchazinha... Aquele banho... Aquele banho de soldado... E aí para lá e para cá, e aí, pronto! Era assim. Oh meu irmão, todo\_mato\_é\_caminho, não é? [melhor do que ficar sem tomar banho] Refrescava mais, não é? É... Refrescava mais; você quando está com sede, passando num lugar que tem água, não está nem escolhendo se está boa ou ruim, não é não? É... Ou se está boa ou ruim.

UCE n°. 192, Phi = 0,04 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

[...] Ah elas me davam banho de pano... De paninho, de pedacinho de coisa [pano]; botava fralda; passava creme, que eu fiquei toda queimada, toda coisa [assadura e flictenas]... Isso aqui meu tem cada coisa, cada negócio parecendo uma... [apontando para as cicatrizes nas coxas].

Depreende-se, a partir das UCE's destacadas acima, que o banho é definido pelas pessoas idosas pelos descritores “banho de gato” e “banho de soldado”. Para realizá-lo, as enfermeiras se utilizaram de um “pano”, de um “paninho” (Phi 0, 13) ou de uma “buchazinha”. Usavam água (Phi 0,23) e sabão; esfregavam, viravam “para lá e para cá” e concluía com a colocação da fralda e a realização do curativo em lesões de pele que surgiram no decorrer da hospitalização. As lesões referidas foram assaduras, flictenas e lesões por pressão, que podem ser decorrentes tanto do uso de fraldas quanto do repouso prolongado no leito sem a mudança de decúbito.

As fraldas geriátricas são artefatos comumente empregados no ambiente da terapia intensiva para a absorção de eliminações urinária e intestinal, além da higiene. Devem ser aplicadas na presença de incontinências e quando a pessoa não esteja capaz de comunicar-se com a equipe por inconsciência ou desorientação, restrições de mobilidade e impossibilidade de uso de artigos auxiliares de eliminação (SILVA *et al.*, 2015). Podem ser usadas associadas a outros dispositivos auxiliares, como aparadores, e tem como objetivo proporcionar conforto, segurança, tranquilidade e manutenção do equilíbrio. Entretanto, significados e impactos negativos também podem estar associados ao seu uso (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

Dentre os impactos negativos estão: maior risco de perda da integridade da pele (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014); maior incidência aumentada de úlcera por pressão,

dermatites ou assaduras; diminuição da mobilidade; aumento de risco de infecção do trato urinário (ITU); e diminuição da autoestima (SILVA *et al.*, 2015). Para os idosos, a fralda é vista tanto como facilitadora quanto como algo incomodativo, causando dor, incômodo e aversão. Dessa forma, pode interferir na autoimagem, na autopercepção e no enfrentamento (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

Silva *et al.* (2015) afirmam que o uso de fralda é uma prática corriqueira entre a enfermagem no Brasil e tem ocorrido, geralmente, de forma generalizada e indiscriminada. Mesmo em pacientes que poderiam utilizar artigos auxiliares na eliminação – como papagaio, comadre ou mesmo o sanitário –, são aplicadas fraldas, conotando a falta de critérios embasados cientificamente para justificar o uso. Como dispositivo auxiliar, a fralda substitui os antigos lençóis impermeáveis e diminui o número de trocas das roupas de cama. Nesse sentido, trouxe mais conforto e segurança ao paciente.

Estudo realizado por Alves, Santana e Schulz (2014), sobre a utilização de fraldas por idosos durante a hospitalização, detectou que a principal causa do uso deste dispositivo foi a imobilidade física (45%), possivelmente associada a uma maior incapacidade funcional. No mesmo estudo, 32,5% dos idosos participantes utilizaram fralda por um período entre 11-15 dias. Para as autoras, esses dados revelam que os idosos estão expostos a um risco maior de complicações associadas, como a perda da integridade da pele. Segundo o entendimento dos idosos, o que justifica o uso da fralda é a manutenção do leito limpo, a comodidade na eliminação, a conservação da autonomia, segurança e tranquilidade. As autoras citadas consideram que as limitações motoras justificam o uso de fraldas, sobretudo por reduzir o desconforto causado pela manipulação.

Os idosos não sabem, porém, indicar precisamente porque estão utilizando fraldas, enquanto hospitalizados. Isso revela que há um descompasso na comunicação entre a equipe e o idoso, interferindo na sua capacidade de discernimento. Dessa forma, caracteriza-se como algo comum no ambiente hospitalar, feita sem critérios bem definidos. Para Alves, Santana e Schulz (2014), o uso de fraldas deve ser feito conforme padrões de indicação e carece ainda de avaliação contínua quanto aos possíveis riscos físicos e emocionais desencadeados nas pessoas idosas.

Em estudo realizado por Silva *et al.* (2015), sobre as consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos, cuja média de idade dos participantes foi de 65,5 anos, foram identificados eventos adversos subsequentes ao uso de fraldas, como a necessidade de



utilização de dispositivos urinários, de sonda vesical de demora, infecção do trato urinário (ITU), alterações no estado de consciência, desorientação, dermatites e lesões por pressão.

Nesse mesmo estudo, a fralda foi utilizada tanto por pessoas com alteração no nível de consciência quanto nos conscientes e até mesmo naqueles que estavam utilizando cateter urinário de demora e dispositivo urinário. Dessa forma, assume o papel de facilitadora do trabalho da enfermagem, porém sem um juízo clínico associado. Ainda, a qualidade das fraldas utilizadas faz diferença no resultado final. As de menor custo, com baixa capacidade de absorção e sem materiais gelificantes, extravasam com mais facilidade. Assim, é comum ver a enfermagem aplicando duas unidades ou ainda usando lençol sobre a fralda para diminuir as trocas e impedir que o leito fique úmido. No entanto, o paciente permanece mais tempo sobre a umidade e em contato com substâncias químicas irritantes e lesivas à pele (SILVA *et al.*, 2015).

A utilização de fraldas incorre na necessidade específica de cuidados de enfermagem. Assim, após cada troca, a região perineal precisa ser higienizada e hidratada devido ao risco de lesões pelo contato com a urina e de maceração do tecido. Sabe-se também que a ureia, as enzimas presentes nas fezes e bactérias intestinais são capazes de atuar sobre a pele de região perineal e sacrococcígea prejudicando a sua integridade (BUSANELLO *et al.*, 2015).

O processo de envelhecimento altera as características da pele de várias formas. Processos internos e externos contribuem simultaneamente para a progressiva perda da integridade da pele, alterações na estabilidade estrutural e no funcionamento fisiológico. Com o avançar da idade, ocorre redução da taxa de crescimento celular na epiderme, induzindo a alteração da estrutura e função da pele (FARAGE *et al.*, 2013). A pele torna-se flácida e mais fina, com redução do tamanho dos queratinócitos e queda no crescimento das células do estrato basal (PAPALÉO NETO; BORGONOV, 1999).

A maior alteração na estrutura da pele com o envelhecimento ocorre na junção dermo-epitelial, resultado da redução das papilas dérmicas e da redução dos interdígitos entre derme e epiderme, com menor adesão e menor resistência. Disto decorre uma menor suplementação celular de oxigênio e nutrientes, favorecendo o aumento da separação entre as camadas e o enrugamento. A menor resistência às forças de tração e cisalhamento leva à maior vulnerabilidade às lesões provocadas por agentes mecânicos (FARAGE *et al.*, 2013).

O colágeno também está reduzido devido à maior atividade proteolítica, à alteração estrutural e à redução dos fibroblastos que sintetizam o colágeno e a elastina (FARAGE *et al.*,

2013). As glândulas sudoríparas e sebáceas diminuem em número e função, favorecendo o ressecamento da pele e a ocorrência de quebras cutâneas, ou seja, feridas provocadas por agentes mecânicos, podendo ser resultado de tração e cisalhamento (MENOITA; SANTOS; SANTOS, 2013).

O processo de envelhecimento da pele, devido a condições externas e internas ao organismo, expõe a pessoa idosa ao maior risco de lesões e doenças de pele, como eczema de contato, dermatite alérgica por contato, dermatite seborreica, doenças autoimunes de manifestação cutânea, entre outras (FARAGE *et al.*, 2013).

Os riscos de perda da integridade a que os pacientes estão expostos durante a hospitalização, sobretudo na UTI, sinalizam para a necessidade de discussão e implementação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, projeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) lançado em 2004. Este projeto tem como objetivo prevenir danos aos usuários dos serviços de saúde em decorrência de qualquer atendimento recebido (WHO, 2013). Nessa direção, a prevenção de lesões decorrentes do uso de fraldas ou mesmo pela contenção mecânica faz parte da política de segurança do paciente (BUSANELLO *et al.*, 2015).

Quanto ao banho no leito, a conotação que lhe foi atribuída pelos participantes é semelhante a algo que não é completo ou plenamente satisfatório. Essa interpretação é confirmada pelos qualificadores “banho de gato” e “banho de soldado”. Ou seja, é feito com pouca água e não causa a sensação de completude como no banho de aspersão, em que o corpo é totalmente molhado e todas as partes são umedecidas ao mesmo tempo.

Depreende-se que as pessoas idosas compreendem a necessidade de ser realizado o banho. Para elas, não poderiam tomar o próprio banho no chuveiro porque não tinham condições clínicas de ir ao banheiro, condição esta revelada quando afirmaram que ficavam tontas quando se levantavam, sentiam dor ou não conseguiam deambular. Ainda assim, percebem o banho no leito como desconfortável, pois às vezes era feito com água fria, no frio ambiente da UTI. E assim, “não era legal, não”, como afirmam.

A despeito de todo o desconforto causado pelo banho e pela impossibilidade de ir ao banheiro, também se sobressai a ideia do conforto obtido. Já que não era possível tomar o banho de outro modo, conformam-se com o conforto sentido pelo banho no leito. Para o idoso que concedeu a terceira entrevista, diante das restrições, as oportunidades que surgem devem ser usufruídas, pois o banho “refrescava mais” e, diante da necessidade, “não está nem

escolhendo se está boa ou ruim.” Ainda, conforme a idosa que concedeu a entrevista número doze, tinha que se “sentir confortável” com o banho dado.

A vivência da hospitalização não é um momento neutro e estanque no tempo. Para Martins (2009), tal experiência é marcada pelas memórias passadas e expectativas sobre o futuro. Nesse sentido, as situações vivenciadas no hospital traduzem uma combinação de comportamentos típicos da sociedade na qual se está inserido, de experiências passadas em internamentos anteriores, dos sentimentos gerados pelo momento e das expectativas. Esse raciocínio pode ser aplicado, por exemplo, para entender as reações das pessoas idosas frente à exposição corporal e de sua privacidade, pois ajudam a compreender suas crenças, valores e comportamentos.

O banho está no bojo dos cuidados básicos de manutenção da vida, essenciais para manter as condições de higiene corporal. Fonseca, Penaforte e Martins (2015) salientam que existem diferentes perspectivas a respeito do banho como medida de higiene. Ao mesmo tempo em que esse procedimento é visto como uma oportunidade para a continuidade de cuidados; de interação entre a enfermagem e o paciente, com o estabelecimento de uma relação de confiança e para a comunicação; de oferecimento de conforto e bem-estar; importante oportunidade para a troca de saberes; de avaliação das condições físicas e psicológicas, para o estabelecimento do plano de cuidados, também é encarado pela enfermagem como uma ação repetitiva, vazia, sem significado simbólico, simples e rotineira.

Fonseca, Penaforte e Martins (2015) relatam que, segundo a perspectiva dos pacientes que receberam banho no leito, o seu significado também é diverso. Os pacientes rememoram que se sentiram deixados de lado, ficando no meio de conversas paralelas diversas com outras pessoas e tratados somente como um corpo. Nesse sentido, o paciente é visto como sujeito passivo, receptor de técnicas. Assim, a pessoa não participa do cuidado, perde a possibilidade de colaborar e configura-se como mero receptor.

Como já foi destacado, o banho é um momento propício para a realização de diversos cuidados pela enfermagem, além de favorecer o conhecimento acerca do paciente e a coleta de informações que subsidiarão o planejamento dos cuidados (FONSECA; PENAFORTE; MARTINS, 2015).

O desejo das pessoas idosas, como fica evidente nas UCEs apresentadas na sequência, é de tomar o próprio banho, no banheiro. Dessa forma, sobressai-se a ideia da recuperação da

própria capacidade funcional para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, como antes do adoecimento e da hospitalização na UTI.

UCE nº. 743, Phi = 0,03(UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas se eu tivesse equilíbrio de ir ao banheiro... Olha, quando eu sentei hoje o mundo escureceu, ficou tudo assim nos meus olhos, tudo! Eu falei, [nome da filha], me deite aqui que eu estou tonta.

UCE nº. 1030, Phi = 0,03(UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Já troco minha roupa de cama, já serve. Aí levanto de manhã, escovo os dentes. Se é de eu ficar para lá e para cá com o corpo sujo, vou logo tomar meu banho.

UCE nº. 1022, Phi = 0,03(UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Hoje já levanto, já tomo meu banho de manhã, já escovo o dente. Não dava para levantar da cama só, hoje já levanto, já vou no banheiro, já tomo um banho, já jogo água nas costinhas [costas] que é melhor do que tudo, do que tomar banho de cama.

UCE nº. 866, Phi = 0,02(UCI nº. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Pode está quente... Pode ser meio\_dia, só tomo morno. Eu tomava banho no banheiro, ele botava uma cadeira lá para eu me sentar e lá mesmo eu tomava meu banho.

A partir das UCEs apresentadas acima, enfatiza-se a necessidade da negociação para o banho. Nesse aspecto, as pessoas idosas externam como e onde querem o banho. Querem que lhes seja oferecido suporte para ir ao banheiro, como a cadeira higiênica, e que a água seja morna ou quente. É-lhes habitual tomar o próprio banho usando água morna. Esse conhecimento precisa ser apreendido pelos enfermeiros quando do levantamento de informações para o histórico de enfermagem ou nas avaliações subsequentes.

Para a implementação de um cuidado culturalmente congruente (LEININGER, 1985; 2008), é válido conhecer as formas habituais dos idosos de cuidarem de si mesmos. Ao prestar o cuidado em caráter substitutivo, deve-se almejar a congruência. Ou seja, cabe ao profissional o questionamento de qual adequação precisa e pode ser feita no momento do banho, para proporcionar o máximo de conforto. É importante buscar a convergência quanto à temperatura da água, produtos de higiene pessoal e utensílios utilizados. Além disso, a preocupação com a prevenção de lesões de pele deve ser constante.

Chama-se a atenção de que as memórias das pessoas idosas nesta classe, quanto ao banho, estão voltadas para os aspectos da técnica, suas justificativas e o conforto ou desconforto propiciado. Como já foi dito no início da discussão da classe e conforme o Quadro 15, o sexo que apresentou o resultado mais elevado para esta classe foi o masculino (\*s\_2). O tópico relacionado ao banho também está presente na classe três, “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”, porém com um enfoque voltado para os aspectos da violação da privacidade. Na classe três, as maiores contribuições estão

representadas pelo sexo feminino (\*s\_1). Desse modo, expõe-se que homens e mulheres idosas guardam diferentes memórias quanto ao banho no leito. Já o ponto de convergência entre ambos os sexos é o conforto ou o desconforto propiciado.

O termo conforto provém da palavra latina *confortare*, significando bem-estar material, comodidade, conjunto de comodidades, aquilo que conforta, aconchego, alívio moral, consolação e ato de confortar (FERNANDES; LUFT; GUIMARÃES, 1996). O seu significado pode ser diferente, variando conforme cada pessoa, cada contexto vivenciado e revela um estado de equilíbrio pessoal e ambiental. Ponte e Silva (2015) complementam que o conforto é uma necessidade básica do ser humano, independente do estado de saúde. Entretanto, é uma sensação subjetiva e, para a sua promoção, alguns fatores precisam ser pensados individualmente (PONTE *et al.*, 2014).

O “conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar físico, psicoespiritual e social, em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida” (SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2011, p. 54).

Mussi (2005) descreve que confortar é uma meta central e um imperativo moral do cuidado de enfermagem. Na história da enfermagem, identificam-se ações voltadas para o conforto físico, como a colocação de travesseiros, coxins, almofadas e sacos de areia para um melhor posicionamento; uso de talas; aplicação de compressas; alívio da dor com banhos terapêuticos; massagens; enemas; cuidados voltados para a higiene pessoal; e prevenção de lesões por meio de cuidados com a pele. Preocupações com o ambiente também se fazem presentes, como alisamento de lençóis, para evitar dobras; travesseiros de tamanho adequado; limpeza, iluminação e ventilação natural (MUSSI, 2005).

Sentir-se confortável é imprescindível no ambiente hospitalar, devendo permear os planos de cuidados da enfermagem (SILVA, 2008). Pode resultar de um cuidado de enfermagem, embora nem todos os cuidados levem ao conforto (SILVA, 2008; PONTE; SILVA, 2015). Para a aplicação na prática, é necessário o domínio do contexto das unidades hospitalares, vivenciado pelos profissionais da enfermagem e pacientes. Em estudo realizado entre enfermeiros, o conforto foi predicado como bem-estar, satisfação das necessidades dos pacientes, manutenção da estabilidade clínica, harmonia e tranquilidade (SILVA, 2008; SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2011).

As dimensões física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental, estão no âmbito das dimensões do conforto. Fazem parte da dimensão física, por exemplo, o alívio da dor, o posicionamento adequado no leito, a alimentação, higiene corporal, respeito à privacidade e pudor. Na dimensão sociocultural do conforto estão a presença e o apoio da família, prestar orientações, disponibilidade para o atendimento, integração dos aspectos psicológicos e espirituais e valorização dos aspectos socioculturais. Quanto aos aspectos necessários à promoção do conforto psicoespiritual, engloba a manutenção da esperança e fé, busca por um significado para a vida, manter comunicação efetiva e chamar pelo nome. Já no que diz respeito ao conforto ambiental, os aspectos relacionados com a limpeza, iluminação, silêncio, acolhimento, temperatura, visão externa, cor e odor, estão incluídos nessa categoria (PONTE; SILVA, 2015).

Ponte *et al.* (2012) destacam que a promoção do conforto no ambiente de UTI passa pelo estabelecimento de vínculo, diálogo e confiança entre os profissionais e os pacientes. A partir de então, as necessidades de conforto podem ser identificadas e os respectivos cuidados, implementados.

Estudo de revisão integrativa sobre conforto realizado por Ponte e Silva (2015), encontrou, entre os artigos publicados por enfermeiros brasileiros, a predominância da abordagem da dimensão física do conforto, voltada para a manutenção da integridade da pele, o alívio da dor e a realização de procedimentos técnicos. Já a dimensão ambiental foi a menos citada no estudo. No entanto, as autoras salientam a importância da divulgação de resultados de pesquisas sobre o tema por enfermeiros, uma vez que este faz parte dos objetivos dos cuidados da enfermagem (PONTE; SILVA, 2015).

O estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais e os pacientes, com espaço para diálogo, escuta, ajuda, toque, afeto e demonstração de preocupação estão no bojo das tecnologias leves e como tal, são medidas importantes para o conforto. Essas medidas fortalecem as relações interpessoais e assim precisam ser valorizadas pela enfermagem quando da prestação de cuidados. Contribuem para tornar o ambiente e a permanência no serviço de saúde mais agradável, proporcionado conforto, respeito à dignidade humana e melhora do quadro clínico (PONTE *et al.*, 2014).

A preocupação com o ambiente está no bojo da Teoria do Conforto, pois esta considera que condições e influências externas como cores, iluminação, sons, ruídos e temperatura são capazes de favorecer ao conforto ambiental. Somado a isso está o fator

humano propiciado pelos enfermeiros, como a atenção e afeto, que contribuem para o alívio, a sensação de segurança e bem-estar aos pacientes (PONTE *et al.*, 2014).

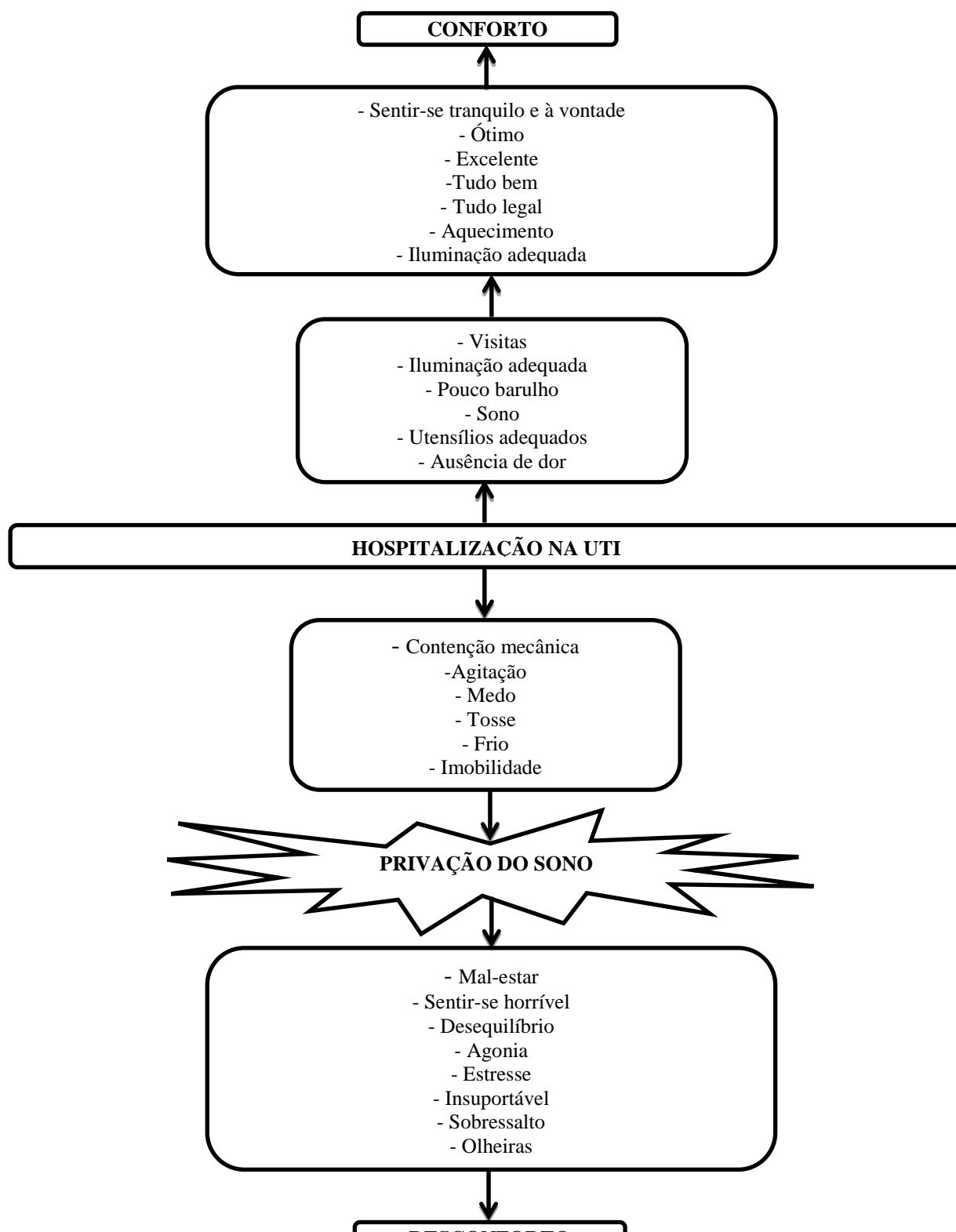
Para Mussi (2005), a perspectiva que deve nortear a hospitalização é a busca pelo bem-estar das pessoas. Na ótica da autora citada, as tentativas de promoção do conforto precisam conduzir o olhar da enfermagem para a visualização do paciente como um ser humano com subjetividades e necessidades próprias. A limitação imposta pelo modelo biomédico de atenção à saúde – que enxerga as pessoas como uma máquina, a doença como um defeito a ser corrigido e os cuidados como o conserto dos defeitos – precisa ser superada para tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor. Segundo tal visão, o conforto é unidimensional, o paciente é somente um corpo e os enfermeiros são instrumentos a serviço de tal racionalidade. Ficam então submersas a história de vida da pessoa, sua sensibilidade, subjetividade e a cultura.

#### 5.4.4.2 Conforto e desconfortos relacionados ao sono e repouso

A subclasse dois, “Conforto e desconfortos relacionados ao sono e repouso”, está relacionada com os confortos e desconfortos sentidos pelas pessoas idosas na UTI no que diz respeito às interferências da hospitalização na necessidade de sono e de repouso. Identificou-se como maior causa de desconforto a privação do sono (Phi 0, 14), explicitada pelo radical *dorm+* (Phi 0,32), maior valor de associação dentre todas as formas da classe quatro, “Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI”.

Os participantes relataram que tiveram o sono e o repouso prejudicados a partir da exposição ao ambiente da UTI. Este ambiente é remorado como frio (Phi 0,16); barulhento, sinônimo da palavra *zoada*, (Phi 0,19); agitado; muito iluminado (*luz*, Phi 0,19); e onde foram submetidos à ventilação e contenção mecânica (*amarr+*, Phi 0,16). Já as causas de conforto também se relacionam com a satisfação com a quantidade de tempo que dormiram; a percepção da iluminação e dos ruídos como adequados; à disponibilidade de utensílios utilizados para auxiliar na eliminação urinária; e, principalmente, à presença de visitantes (Phi 0,14), como pode ser verificado na Figura 15, que representa a CHA da classe quatro. A Figura 15, construída a partir dos resultados dessa subclasse, ilustra de forma esquemática as causas e consequências de conforto e desconforto sentidos pelas pessoas idosas na UTI.

**Figura 15** - Causas e conseqüências do conforto e do desconforto sentidos pelas pessoas idosas na Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016





Conforme pode ser verificado na Figura 15, a hospitalização na UTI proporcionou desconfortos às pessoas idosas, com repercussões negativas sobre o sono e repouso. Os motivos referidos para tal interferência foram: a iluminação excessiva, o barulho, o frio, a contenção mecânica com restrição da mobilidade, a agitação proveniente da dinâmica do setor, a intubação orotraqueal e a impossibilidade de se levantar. As UCEs a seguir exemplificam tais desconfortos.

UCE n°. 1033, Phi = 0,05(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu, se não dormir, sou assim; se não dormir, fico sentindo mal\_estar, um desequilíbrio no corpo, toda agoniada; o problema é tomar um banho, deitar, dormir de dia, dormir à noite, aí a pessoa fica com o corpo tranquilo. Mas se não dormir, pronto, fica horrível.

UCE n°. 586, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

[...] Lá no coisinha [na UTI] que eu não dormia noite quase nenhuma, uma tosse!

UCE n°. 329, Phi = 0,02(UCI n°. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

[Sobre a contenção mecânica]... Foi, foi... Era para eu não me virar. Os braços, aqui; e as pernas também, amarradas para eu não... Para eu não me virar nem para um lado, nem para o outro, para eu ficar ali mesmo naquele lugar...

UCE n°. 321, Phi = 0,03(UCI n°. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Do mesmo jeito que me botava, dormia ali mesmo, era... Com duas cobertonas [cobertores grossos] por causa do frio, era... Era um frio que não era mole! O frio não era mole lá! Mas Deus é bom. [...]

UCE n°. 985, Phi = 0,03(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

O frio vinha, mas era um frio nos os\_pés, rapaz... Eu estava ruim que não podia enrolar tudo para poder respirar; eu estava amarrado aqui e aqui e o frio batia assim...

UCE n°. 373, Phi = 0,02(UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

É por causa do ar\_condicionado; e mesmo que lá é todo fechado. [...] O sono já viu...

UCE n°. 1168, Phi = 0,02(UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Que negócio que dava ruim; era ruim aquele ar\_condicionado, viu; oxe, eu amanhecia gelada com os beijos\_roxos; as pessoas dormiam mais por causa do ar\_condicionado; me enrolava, me lembro que me davam duas cobertas.

UCE n°. 579, Phi = 0,04(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Era uma zuada que não tinha filho de Deus que aguentasse. Só quem estava lá mesmo que já está acostumado. Lá onde eu moro também, a zuada é de carro, mas não empatava a pessoa dormir; eu que não tinha sono. Eu vim ter sono de ontem para cá, que eu dormi.

UCE n°. 1020, Phi = 0,03(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Não dormia por causa da zuada do pessoal trabalhando. [...]

UCE n°. 1013, Phi = 0,02(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Só tem zuada! É porque trabalham a noite toda lá e você não dorme, por causa do movimento. [...]

UCE n°. 578, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Tinha [barulho]. Uma zuada! Aqui é que é quieto, mas lá? Ave\_maria! Uma zuada irada! Alguma vez eu passava uma madorna, alguma vez.

UCE n°. 1032, Phi = 0,02(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Não quero voltar de\_novo! Aí, aí não... É um lugar assim meio agitado; para a gente ficar o dia todo é meio agitado. Agitado porque você não pode dormir direito; quem não pode dormir, fica agitado.

UCE n°. 581, Phi = 0,02(UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Na UTI é de luz acesa; é... Eu cobria o rosto assim com o pano, ó... Quando eu queria dormir, eu cobria o rosto.

UCE n°. 986, Phi = 0,02(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Parece que eu estava dormindo; eu dormia, na cama eu dormia, rapaz... Não foi fácil não, foi fácil não. Não, é... É... de primeiro eu tinha muito medo, mas de um tempo para cá eu sou mais é espantado, qualquer coisa eu tomo um choque; não sei se também é medo...

UCE n°. 374, Phi = 0,01(UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Quando eu estava lá, com aquela impressão, sabe como é? Eu tinha de ficar bom e aquele\_negócio, tirava aquele cochilo e assustava. [...]

A partir das UCEs apresentadas, percebe-se que há um estranhamento por parte dos idosos pela diferença entre seus hábitos cotidianos e a realidade experienciada na UTI. Para os idosos, é grande a diferença entre o conforto de suas casas, onde estão habituados e existe um ritmo próprio de vida. Na UTI, sabe-se que diversos fatores contribuem para a alteração do sono e do repouso. Muitos desses fatores estão relacionados ao próprio ambiente, como os ruídos e a agitação. Outros, entretanto, dizem respeito à condição clínica do paciente e à necessidade de implementação de cuidados preventivos ou de suporte, objetivando a segurança do paciente.

A tosse é proveniente da condição clínica. A intubação orotraqueal faz-se premente quando a pessoa não está capaz de proteger as vias aéreas e manter uma ventilação/oxigenação adequada às necessidades fisiológicas do organismo.

O emprego de contenção mecânica como uma forma de restringir ou impossibilitar a mobilização de pacientes hospitalizados deve ser evitada. Autores sinalizam que essa técnica só deve ser aplicada quando houver avaliação clínica do paciente e seu uso seja justificado para a segurança e melhora clínica. Ainda assim, medidas menos restritivas devem ser empregadas (FILIPPI *et al.*, 2011).

O uso de qualquer dispositivo ou ação que interfira na capacidade do paciente em tomar decisões, na sua liberdade para mobilizar-se, na sua capacidade de raciocínio, na atividade física ou acesso livre a partes do corpo, caracteriza-se como restrição. Já a contenção mecânica diz respeito ao ato de amarrar, atar ou prender o corpo; e a contenção física caracteriza-se pela imobilização de um paciente por membros da equipe, porém sem uso de dispositivos (FILIPPI *et al.*, 2011).

Um estudo sobre os cuidados da enfermagem para pacientes com risco de quedas identificou a prescrição de cuidados com a contenção mecânica em 18,4% do total de cuidados prescritos, em um hospital universitário do sul do Brasil (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014). A contenção física é empregada para pacientes que possuam risco de agitação, de agressividade contra si e contra a equipe, semiconscientes, inconscientes, demenciados, drogados, em abstinência, incorrendo assim no risco de queda do leito. Para as autoras citadas, embora seja comum a contenção mecânica, essa técnica é bastante controversa no contexto hospitalar. Questões como a dignidade da pessoa e os possíveis impactos psicológicos precisam ser ponderados, assim como uma rigorosa avaliação clínica para justificar os benefícios do procedimento. Em todo caso, deve ser feita conforme protocolos institucionais e a política de segurança do paciente.

Estudo realizado com o objetivo de conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre o uso da restrição mecânica em pacientes hospitalizados revelou a inexistência de protocolos institucionais para a esse procedimento, e o seu emprego se dá de acordo com o comportamento que o paciente apresenta. Os profissionais entrevistados afirmaram que a agitação, desorientação, a necessidade de continuação do tratamento, a proteção do paciente e da equipe e a prevenção de quedas são situações nas quais empregam a contenção mecânica (FILIPPI *et al.*, 2011).

Não há consenso na literatura quanto ao emprego da contenção mecânica, embora esta seja uma prática comum no ambiente da terapia intensiva. As ideias em contrário vão no sentido de que este é um procedimento coercitivo, punitivo e que choca, pois literalmente amarra-se o paciente ao leito. Como tal, é antiética e atenta contra a dignidade da pessoa humana (FILIPPI *et al.*, 2011). Timby (2007) acrescenta que os seus riscos podem ser maiores do que o seu benefício, pois pode levar o paciente a sofrer de desorientação, confusão, constipação, incontinência, lesões por pressão, infecções e descondicionamento físico, com

perda progressiva para a realização das atividades cotidianas. Segundo Barros *et al.* (2015), a contenção mecânica é ainda, um fator de risco para o *delirium*.

De acordo com Timby (2007), as formas de restrição só devem ser empregadas depois que o paciente for avaliado criteriosamente e se for detectado algum risco para a sua integridade, não passível de resolução por outros meios. O objetivo da contenção mecânica é zelar pela segurança e proteção dos pacientes, evitando quedas, lesões e retirada de dispositivos terapêuticos, como sondas, cateteres, tubos e monitorização. Não deve ser empregada para a comodidade da equipe ou como punição.

Nos casos em que seja necessário utilizar a contenção mecânica, o paciente deve ser avaliado continuamente, a fim de se determinar o momento da descontinuidade da medida referida. Como medida terapêutica, a contenção deve caminhar no sentido de proporcionar conforto, segurança e garantia da continuidade do tratamento ao paciente (FILIPPI *et al.*, 2011).

No que diz respeito à interferência da temperatura no conforto, encontrou-se que determinados pacientes se sentem mais confortáveis com uma temperatura ambiental mais baixa; outros preferem que a luz permaneça acesa, enquanto determinados pacientes se incomodam com a iluminação. Porém, no geral, o ambiente da terapia intensiva, a despeito de não poder sempre ser individualizado, precisa ser descontraído e harmonioso para o paciente e a equipe.

A temperatura corporal é regulada pelo hipotálamo, pequena região do sistema nervoso central, localizada no diencéfalo. O hipotálamo funciona recebendo informações sobre a temperatura do corpo e enviando respostas que possibilitam a maior perda de calor para o ambiente ou evitando-a. Quando a temperatura da superfície cutânea está elevada, ocorre vasodilatação e sudorese, com perda de calor. Quando a temperatura corporal está baixa, o hipotálamo estimula a vasoconstrição e evita maiores perdas para o ambiente. A sensação de calor depende da temperatura e da perfusão sanguínea da pele. Assim, é assegurado um equilíbrio entre a produção e a perda (GUYTON; HALL, 2006).

A temperatura normal do corpo humano nos órgãos vitais como o coração, pulmão, cérebro e baço, varia entre 36,6°C e 37,6°C. Uma temperatura menor do que 35°C já caracteriza a hipotermia. A manutenção da temperatura corporal dentro da faixa de normalidade é vital para a homeostase do organismo (SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009).

A hipotermia é uma condição clínica grave, que afeta o funcionamento de todos os órgãos (WEINBERG, 1993), devendo ser evitada e tratada como uma urgência. Vários órgãos podem ser afetados pela temperatura corporal baixa, incorrendo em graves alterações com risco de morte (SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009). A redução da taxa metabólica basal, induzida pela perda de calor, leva a uma progressiva redução da taxa de consumo de oxigênio, resultando em tremores, desequilíbrio ácido-básico, interferência na coordenação motora fina, confusão e letargia. Nos casos de hipotermia grave, podem ocorrer dilatação pupilar e redução da atividade cardiovascular (WEINBERG, 1993). Os pacientes com hipotermia podem desenvolver pancreatite, isquemia coronariana, arritmias cardíacas e colapso circulatório (SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009).

A sensação de frio e a hipotermia podem ser provocadas pela exposição ambiental prolongada a temperaturas baixas, sem a devida proteção contra a perda de calor (WEINBERG, 1993). No ambiente hospitalar, podem ser causadas pela exposição ao frio, por fármacos que induzem a vasodilatação e que agem sobre o sistema nervoso central, distúrbios nutricionais (SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009); infusão de líquidos frios, como a transfusão sanguínea ou falta de cuidados para prevenção. Também se reconhece a hipotermia acidental perioperatória, provocada pela administração de anestésicos com ação sobre o sistema nervoso central, cirurgias de grande porte, com exposição de cavidades e órgãos centrais, facilitando assim a perda de calor para o ambiente (MUNIZ *et al.*, 2014).

Reconhece-se que os idosos estão entre os grupos de maior risco para desenvolvimento da hipotermia (WEINBERG, 1993; SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009). A elevação do risco está associada à menor taxa metabólica no organismo dos idosos, sendo então mais difícil manter uma temperatura corporal normal, principalmente quando a temperatura do ambiente está abaixo de 18°C (WEINBERG, 1993).

Condições como a sepse, hipotireoidismo, distúrbios hormonais, e diabetes, com risco maior na vigência de hipoglicemia, incrementam a possibilidade de redução na temperatura corporal entre os idosos (WEINBERG, 1993). Seman, Golim e Gorzone (2009) acrescentam também a relação entre a presença de comorbidades que limitam a movimentação, inconsciência, falência do sistema de termoregulação pelo hipotálamo, com menor produção ou elevação da perda de calor, como fatores de risco adicionais nesse grupo etário.

As pessoas idosas podem não apresentar sinais e sintomas clássicos da hipotermia, como tremores e calafrios, sendo mais comum a presença de pele abdominal fria à palpação

(SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009). Isto justifica o controle rigoroso da temperatura entre os idosos, pela enfermagem; vigilância de quadros infecciosos; a valorização das queixas de frio; e a preocupação com a manutenção da temperatura ambiental em um nível confortável; além de utilizar dispositivos para aquecimento, como manta térmica e cobertores (MUNIZ *et al.*, 2014).

Em estudo realizado com idosos institucionalizados, encontrou-se prevalência anual de 7,2% de hipotermia acidental – ou seja, não intencional –, sendo provocada por quadros infecciosos, com taxa de mortalidade de 62,8%. Os autores também encontraram associação entre a hipotermia e alterações nos resultados de exames como coagulograma, leucograma, cálcio, proteína total e albumina, glicemia e na função renal (SEMAN; GOLIM; GORZONE, 2009). Entre os idosos com sepse, a hipotermia é um preditor de mortalidade (TIRUVOIPATI *et al.*, 2010).

Questões como ruídos, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes e extremos de temperatura na UTI vêm sendo discutidos sobretudo sob o ponto de vista ergonômico e pela possibilidade de riscos aos profissionais. Com relação aos ruídos, discute-se que a exposição por um tempo prolongado é capaz de desencadear alterações físicas, mentais e sociais no desempenho do trabalho. Já o desconforto térmico é citado como de risco para acidentes (MARINHO; ALMEIDA; ANDRADE, 2015). Porém, esses agentes também precisam ser discutidos quanto aos seus danos potenciais aos pacientes na UTI.

O barulho é definido como um som indesejável, podendo afetar as pessoas tanto no aspecto fisiológico quanto no psicológico; além de produzir efeitos negativos sobre a estimulação cardiovascular, perda auditiva, aumento de secreção gástrica, estimulação das glândulas pituitária e adrenal, supressão da resposta imune às infecções e sobre a fertilidade e a reprodução feminina (XIN; KANG; MILLS, 2009).

Conforme a Norma Regulamentadora 15 (NR 15), a perda auditiva pode ser induzida pela exposição de oito horas diárias a ruídos de 85 decibéis (dB) (BRASIL, 1978). A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) estabelece que o nível de conforto acústico para os hospitais é de 35 a 55 dB, em diferentes ambientes (ABNT, 1987).

Sob o ponto de vista da saúde ocupacional, os ruídos são discutidos como um problema devido à sua potencialidade para causar doenças nos trabalhadores. Os principais sintomas descritos são a irritabilidade, alterações no sono, dor de cabeça, zumbido e baixa concentração. Barulhos intensos estão presentes em todos os ambientes do hospital, incluindo

áreas de circulação e unidades assistenciais, como a UTI (COSTA; LACERDA; MARQUES, 2013).

Em estudo realizado em um hospital público de Curitiba, Paraná, encontrou-se uma variação de ruídos entre 52,3 dB a 84,6 dB, acima dos níveis recomendados. As principais causas de ruído descritas são os alarmes, conversas, risadas e movimentação de pessoas (COSTA; LACERDA; MARQUES, 2013). Estudo realizado em um hospital público de São Paulo revelou que os valores médios de ruído, aferidos nos três períodos do dia e em diferentes setores, também ficaram acima da média recomendada (SILVA; LUZ; GIL, 2013).

Para Xin, Kang e Mills (2009), a maioria dos estudos internacionais mostra que o nível de barulho nos hospitais está acima do recomendado. Nas UTIs, os níveis de barulho variam geralmente entre 50 e 75 dB, podendo chegar a 103 dB, nos momentos de pico. Para os autores citados, os distúrbios do sono são as principais repercussões para os pacientes.

A UTI é descrita como um local barulhento dentro do hospital. Neste setor, os barulhos são produzidos principalmente por aspiradores, nebulizadores, monitores, ventiladores mecânicos, computadores, impressoras, saídas de ar comprimido, alarmes; além dos produzidos por ar condicionado, toque de telefone, televisão, rádio, batidas de tampas de coletores de lixo, pelos instrumentos de trabalho, grande número e circulação de pessoas, transporte de pacientes e até por reformas estruturais. As conversas entre profissionais, visitantes e outros pacientes contribuem para a geração de ruídos (XIN; KANG; MILLS, 2009; FILUS *et al.*, 2014).

Acredita-se que a interferência no sono e repouso das pessoas idosas está para além do barulho produzido pelos equipamentos utilizados na UTI. Cabe assim entender o que significa ter suas vias aéreas aspiradas, estar em uso de ventilação mecânica, ou de monitorização.

Para a aspiração das vias aéreas superiores e inferiores, utiliza-se uma pressão de sucção a fim de remover as secreções. No entanto, além do barulho produzido pela utilização do vácuo, a sonda de aspiração em contato com a mucosa dos idosos pode causar dor, incômodo, náusea, hipoxemia e até mesmo lesões com sangramentos. A primeira reação dos pacientes, ao se iniciar o procedimento de aspiração, quando estão conscientes, é o reflexo de retirada da cabeça e, em várias situações, muitos tentam utilizar suas mãos no intuito de reduzir o desconforto provocado pela sonda. Na prática do cuidado em terapia intensiva, a destreza manual dos profissionais e a sensibilidade para a realização de uma técnica com

agilidade e que cause o menor desconforto às pessoas idosas faz diferença na percepção do procedimento.

A ventilação mecânica promove artificialmente o movimento de inspiração e expiração. Para tal, se utiliza de uma via aérea artificial, que pode ser um tubo orotraqueal, nasotraqueal ou uma cânula de traqueostomia. Nesse caso, o desconforto sentido pelos pacientes é potencializado pela presença do dispositivo empregado para o estabelecimento da permeabilidade da via aérea. O tubo com sua fixação à pele causa uma sensação de pressão potencializada pelo peso das extensões do ventilador mecânico, que algumas vezes são deixadas sobre o paciente, ao invés de ficarem presas no suporte específico do aparelho. Em pacientes que possuem a pele mais frágil, como os idosos, frequentemente aparecem lesões na face provocadas pela fixação do tubo orotraqueal.

A experiência do cuidado na terapia intensiva também mostra que, não somente os barulhos produzidos pelos alarmes, equipe, equipamentos e luminosidade interferem no conforto das pessoas idosas. O desconforto é potencializado pelo incômodo dos fios de monitorização que algumas vezes ficam sobre o tórax dos pacientes e, caso se deitem sobre esses fios e extensões, deixam marcas na pele. Entende-se também que todo o desconforto sentido pelas pessoas idosas na UTI pode levá-las a uma conceituação negativa sobre a experiência, provocando medo, desânimo e a sensação de que a equipe não se importa com o bem-estar dos pacientes.

Determinados ruídos produzidos na UTI são inevitáveis, como os alarmes, que têm a função de alertar sobre alterações no estado clínico de pacientes ou sobre o mau funcionamento dos aparelhos. Assim, a necessidade de silêncio e tranquilidade para a recuperação dos pacientes é quebrada pelo barulho, podendo trazer como repercussões a ansiedade, aumento da sensação algica, alterações do sono e maior tempo de recuperação (FILUS *et al.*, 2014).

Algumas intervenções podem ser adotadas no sentido de melhorar a quantidade de horas dormidas e a qualidade do sono dos pacientes hospitalizados em UTI. Dentre elas estão a utilização de *plugs* ou dispositivos para a proteção auricular e auditiva, modificação do comportamento da equipe e absorção acústica (XIN; KANG; MILLS, 2009).

Sabe-se que a preocupação com o conforto ambiental era uma constante no trabalho e ensinamentos de Florence Nightingale, que o tinha como meta do cuidado (NIGHTINGALE, 2010). Nesse sentido, Ponte *et al.* (2014) elencam cuidados de enfermagem que podem ser



implementados no intuito de gerar conforto ambiental. Medidas como o oferecimento de cobertores diante da sensação de frio; massagem de conforto; controle do excesso de iluminação; visão externa; campanhas para amenizar barulhos provenientes de bombas de infusão contínua, monitores multiparamétricos e ventiladores mecânicos; identificação e controle de odores desagradáveis, por exemplo, caminham no sentido do conforto ambiental.

O medo referido pelas pessoas idosas pode ser exemplificado pela fala do idoso que concedeu a quarta entrevista. Para ele, a sua preocupação com a doença gerou o medo de não melhorar e, por consequência, o medo de morrer. Diante o ambiente da UTI, que lhe era desconhecido, considerava importante se manter vigilante e atento ao que acontecia à sua volta. À proporção que evoluiu com melhora, o medo foi amenizado e ele pode cursar com mais tranquilidade, ficando assim, mais “à vontade”.

Ponte *et al.* (2012) destacam em seu estudo que o medo da morte, da submissão a procedimentos invasivos, de sentir dor, medo de outros pacientes, saudades de casa, medo da exposição corporal e até da visualização de almas são fatores presentes em pacientes que se internam em UTI. Nesse sentido, as autoras destacam a importância de se prestar informações aos pacientes, esclarecendo sobre o ambiente e o que esperar dele. A UTI é, sim, espaço para o cuidado de pessoas graves, mas também é lugar de luta pela manutenção da vida e do restabelecimento da saúde.

Leite *et al.* (2015) salientam que o cuidado em UTI é mais voltado para o atendimento das necessidades biológicas primeiramente, e com menos valorização dos fatores biopsicossociais. Ou seja, há uma tendência em se dar mais ênfase à doença e a procedimentos do que a necessidades mais subjetivas. A abertura de espaço para a escuta e para o estabelecimento de um canal de comunicação pode fazer diferença no que diz respeito à valorização das pessoas idosas como únicas, com história de vida e cultura próprias. Por meio da escuta é possível se conhecer a perspectiva da pessoa idosa e de sua família, e assim qualificar e diferenciar o cuidado da enfermagem. Como estratégia de comunicação, é importante usar uma linguagem de fácil compreensão para facilitar o estabelecimento de um vínculo de confiança.

De acordo com Resnick (2011), o cuidado às pessoas idosas na UTI precisa ser individualizado, não somente devido à doença aguda instalada, mas também pelas alterações orgânicas e psicossociais associadas. As alterações físicas modificam o funcionamento dos

sistemas orgânicos, com possibilidade de reduzir a capacidade funcional da pessoa idosa. Já as alterações psicossociais modificam o significado da vida.

Estudo realizado com o objetivo de compreender, a partir da perspectiva do paciente adulto, a experiência de se vivenciar uma internação em UTI, revelou que essa unidade é associada à ideia da morte e do sofrimento, levando ao estresse, medos e incertezas. Foi qualificada como um lugar amedrontador, de terminalidade e assustador (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011). Leite *et al.* (2015) discutem que há a cultura da associação da UTI com um local de alta tecnologia, destinado a pacientes graves, onde se realizam muitos procedimentos invasivos e dolorosos; paralelamente, também há a separação dos familiares e rigidez de normas. Os qualificadores mais associados à UTI são: “gravidade, risco de vida, medo, lugar horrível, final da vida, morte, lugar sem vida, sala de recuperação, equipe sempre de prontidão, lugar para salvar vidas e lugar bem preparado” (LEITE *et al.*, 2015, p. 541).

Os estigmas associados à UTI são provenientes de vivências, crenças e informações anteriores à hospitalização. Por outro lado, toda a estrutura e arsenal tecnológico da UTI também transmite a sensação de segurança e esperança aos pacientes, uma vez que a vigilância contínua de profissionais qualificados e a disponibilidade de equipamentos possibilita a recuperação dos casos mais complexos (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011; LEITE *et al.*, 2015).

A privação do sono é descrita pelos idosos como uma consequência importante para o desconforto sentido. Frequentemente, utilizam qualificadores como mal-estar, ficar horrível, agonia, estresse, olheiras, insuportável e sobressalto, para se referir ao que sentiram por não terem dormido bem na UTI (Figura 15).

Os distúrbios do sono, por sua vez, é um fator de risco para o desenvolvimento do *delirium*, além de produzir efeitos respiratórios, cardiovasculares e sobre o sistema imunológico. Os pacientes críticos são especialmente propensos ao *delirium*, como também no padrão circadiano de liberação dos hormônios adrenocorticotróficos e melatonina. Esses episódios levam a alterações de memória com a probabilidade de provocar estresse pós-traumático (XIN; KANG; MILLS, 2009).

Por outro lado, alguns fatores qualificados como causadores de desconforto também foram percebidos de forma oposta por outros idosos, como será apresentado nas UCEs abaixo.

[...] Os alarmes não, não incomodava, não incomodava, não... Eu mesmo não ouvia, eu não ouvia o alarme. Eu fiquei intubado, é... Intubado, a pessoa fica lá, todo amarrado, não está vendo nada...

UCE n°. 506, Phi = 0,02(UCI n°. 5: \*e\_05 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_1)

Mas, foi tudo\_bem. A luz, tinha lá um horário que ela diminuía a intensidade, baixava a iluminação, diminuía a iluminação, aí conseguia dormir tranquilo. O único barulho que tinha lá era desse paciente, que não sei se era minha mente ou não sei se o paciente era...

UCE n°. 1312, Phi = 0,02(UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Outros, fulano, outros, fulano, tal, tal... Barulho só esse, não era barulho a brincar e a sorrirem a problema não; barulho que tinha, só esse. Ótima, luz toda ótima.

UCE n°. 505, Phi = 0,02(UCI n°. 5: \*e\_05 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_1)

O sono, bastava fechar os olhos, era tranquilo. Não tenho, não tinha problema nenhum. O barulho, principalmente o paciente que estava deitado lá, falando alto, gritando, não sei se foi impressão minha, se realmente existiu...

UCE n°. 925, Phi = 0,02(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Tocar o barco para a frente, não é? Logo no início, foi... Uma mangueirinha\_verde, uma mangueirinha\_verde [sonda de Foley]... Não incomodava não... Aí v\_deu para v\_vir um papagaio lá embaixo; aí rapaz, papagaio bom para verter água, só você visse. Quando acabava encostava lá, ela desocupava e tornava trazer...

UCE n°. 1313, Phi = 0,01(UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Agora quando dava três horas, três e pouco, ficava uma enfermeira de plantão, cuidar daqueles pacientes que estavam lá, aí mesmo ela dizia assim, eu apago a luz seu Fulano? Eu dizia...

UCE n°. 404, Phi = 0,01(UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Ali só para os pacientes mesmo e as enfermeiras que estão andando para lá e para cá, aquela correria; a gente tem que botar um lençol e uma colcha dessas aqui ó...

Para alguns idosos, a iluminação da unidade era adequada e podia ser controlada pela enfermeira. O barulho era encarado como normal, não chegando assim ao nível de causar desconforto; e o frio podia ser amenizado com o uso de cobertores. Assim, expressaram como qualificadores do conforto sentido a ausência de dor, a tranquilidade e a iluminação adequada.

Sabe-se que a percepção do ambiente da UTI pode variar entre os pacientes e cada um pode atribuir-lhe um valor conforme a própria experiência, a subjetividade e ao estado clínico. Um dos fatores que pode ser influenciado na percepção ou falta de percepção de agentes estressores na UTI pode ter sido a sedação. Como expressa o participante que concedeu a terceira entrevista, por meio da afirmação “Eu fiquei intubado, é... intubado, a pessoa fica lá, todo amarrado, não está vendo nada...”.

No que diz respeito à visita de familiares na UTI, os idosos revelaram que estas lhes proporcionaram conforto e bem-estar, como pode ser verificado nas UCEs, a seguir.

UCE n°. 1054, Phi = 0,02(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Era bom também. Ah eu me sentia uma pessoa renovada, me sentia bem. [Quando as visitas chegavam]. Quem que não ama uma visitinha? É... Era bom demais; eu gostava muito de receber...

UCE n°. 819, Phi = 0,01(UCI n°. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

[Sobre as visitas] Só entrava uma pessoa. Eram meus parentes mesmo. Ah eu ficava tranquilo. Fica mais com uma impressão boa, né? A alta eu recebi já era meio\_dia. Aí ligou para aqui, quando foi à noite meu menino foi me buscar.

UCE n°. 1055, Phi = 0,01(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Gostava não, gosto de receber visita; vem aqui, dá uma conversinha e tal; vai ali onde os doentes, dos clientes, dos doentes, dos pacientes deles lá, conversa, depois volta de\_novo até ir embora.

Diante da doença, das incertezas do tratamento e da exposição ao ambiente da UTI, por vezes hostil, a presença de pessoas significativas pode funcionar como um bálsamo frente ao sofrimento e à apartação da realidade cultural cotidiana da pessoa idosa. Nesse momento, recobram a consciência de quem são, do lugar de onde vieram e fortalecem a noção de pertencimento. Os idosos sentem-se amados e valorizados. Supõe-se que esses sentimentos possam levar ao enfrentamento positivo da doença, mobilizando força e motivação para a cura.

Em estudo realizado com o objetivo de investigar a conduta de enfermeiros ao assistir idosos hospitalizados, encontraram-se, como principais cuidados, a preocupação com a garantia da presença de um acompanhante e com a manutenção da autonomia das pessoas idosas (LIMA *et al.*, 2014).

Sabe-se que é rotina em grande parte das UTIs a restrição do número de visitantes por dia, por paciente, bem como a limitação de horários. Destaca-se que, segundo a Portaria n.º 280, do Ministério da Saúde, publicada em 1999 (BRASIL, 1999), é obrigatória a presença de um acompanhante para as pessoas idosas nos serviços de saúde pertencentes ou conveniados ao SUS. Entretanto, esta legislação ainda carece de implementação, sobretudo na realidade do SUS. Por vezes, embora seja um direito da pessoa idosa, a inadequação da estrutura física é utilizada como justificativa para a não permanência do acompanhante do idoso em tempo integral na UTI.

A ausência da família na UTI é descrita como causa de desconforto, sobretudo nas primeiras horas, críticas para a adaptação ao ambiente desconhecido. O distanciamento de casa, o contato com pessoas estranhas e a utilização de equipamentos desconhecidos também são citados como motivo de desconforto, ansiedade e preocupação durante o internamento na UTI. A aproximação e envolvimento da família propiciam um cuidado humanizado (PONTE *et al.*, 2012).

A família e pessoas significativas são apresentadas como importante fonte de sentido à vida dos idosos, além de ser fonte de força para o enfrentamento da doença e da hospitalização. Acredita-se que isto seja decorrente do sentimento de pertença, do sentir-se amado, cuidado e protegido, favorecendo o enfrentamento de dificuldades pelas pessoas idosas, uma vez que lhes acrescenta sentido à vida (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Segundo Lima *et al.* (2014), as pessoas idosas hospitalizadas evoluem com melhora geral quando estão acompanhados, seja por um familiar ou outra pessoa significativa. Sabe-se que a presença da família é importante para manter o idoso conectado com a sua realidade fora do hospital, além de conhecer os seus hábitos e costumes. O afastamento da família é um fator de risco para o *delirium* (BARROS *et al.*, 2015).

Está provado que é importante a presença de pessoas significativas para os idosos, principalmente durante a hospitalização na UTI, as quais podem lhes transmitir sensação de conforto, segurança e prevenir a ocorrência de *delirium*. Apesar da legislação e das rotinas de cada serviço, à enfermagem cabe reconhecer a importância do assunto, os seus benefícios para as pessoas idosas e suas famílias. Feito isto, pode-se tentar uma negociação junto à equipe multiprofissional, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), familiares e a própria pessoa idosa.

Nesse sentido, após uma análise das possibilidades do serviço, dos recursos disponíveis, da rotina e do desejo da pessoa idosa de ter um acompanhante, acredita-se ser possível a presença do acompanhante na UTI. Caso o acompanhamento seja inviável, também pode se pensar na possibilidade da visita com horário estendido, haja vista a possibilidade de ampliação do horário para visitas, sem restrição apenas aos horários fixados. Outra negociação que pode ser feita é a liberação da entrada de uma quantidade maior de pessoas para visitar os idosos.

Em todo caso, acredita-se que é importante a avaliação individualizada, buscando considerar o desejo do idoso e da família, a realidade do serviço, o consenso da equipe multiprofissional e o respaldo da CCIH. Nesse ponto, se destaca o papel da enfermagem como crucial para a orientação dos acompanhantes e visitantes em geral, e mesmo da própria pessoa idosa.

#### 5.4.4.3 O conforto proporcionado pela melhora

A subclasse três, “O conforto proporcionado pela melhora”, retrata as dificuldades, os desconfortos e o sofrimento vivenciados pelas pessoas idosas durante ao período da doença e da hospitalização. Revela também o sentimento da fé em Deus e a crença como suportes para o enfrentamento da doença e da hospitalização na UTI. Diante de todas as dificuldades que vivenciaram, sentem-se agradecidas pelo conforto proporcionado pela melhora e pretendem dar continuidade à vida mantendo a saúde e evitando piora clínica.

O fio condutor desta subclasse foi construído a partir das formas agrupadas na CHA da classe quatro, “Rememorando o conforto e os desconfortos sentidos na UTI”, conforme a Figura 14. A reconstituição das formas mostra que os idosos se sentem bem (estou\_bem, Phi 0,15) e dão graças (Phi 0,12) a Deus (deu+, Phi 0,12) por isto. No bojo da doença e da hospitalização, passaram por problemas que causaram dor (Phi 0,07), agonia (Phi 0,15) e desconforto; e que levaram à necessidade de alternar o lado (Phi 0,08) do corpo (Phi 0,14) para deitar (Phi 0,21). Relatam também o uso de fralda (Phi 0,10) e fecham suas memórias com a interjeição marcante “ave-maria” (Phi 0,10).

UCE nº. 1011, Phi = 0,04(UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Estou\_bem, graças a Deus. Mas no início não era brincadeira, não; era toda cheia de dor, era toda agoniada; falta\_de\_ar... Deitava de um lado, não estava boa; deitava de outro, não estava bem; hoje em dia, não... Hoje me deito, levanto, estou com meu corpo [melhor]... Oxe! Isso aqui, a dor dessa cirurgia aqui, isso incomodava de ficar ó [sentindo dor forte]...

UCE nº. 1049, Phi = 0,04(UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas graças a Deus, estou aliviada; graças a Deus, a dor aliviou; aliviou não, passou. Ah é... Por causa do problema da drenagem, ave\_maria, sofri muito; aquele mal\_estar, aquela agonia, aquela dor, virava para um lado, não podia, virava para outro, não podia.

UCE nº. 587, Phi = 0,02(UCI nº. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu estava assim num quarto, o homem tossia a noite toda, ave\_maria! Não sei se estava bebendo cachaça, não sei o que foi [não sabe se o homem bebia cachaça]. Era para tossir a noite toda; aquilo me fazia uma agonia! Mas depois que eu estou aqui [na enfermaria], não.

UCE nº. 811, Phi = 0,02(UCI nº. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

Usei fralda acho que na... Quando eu cheguei logo. Quando eu cheguei, eu ficava com fralda. Ela [filha] me levava no banheiro. A aparadeira eu usava para verter água; tinha uma aparadeira ali; quando ela estava lá, ela me dava; mas quando ela saía aí eu pegava e botava lá de\_novo.

UCE nº. 1004, Phi = 0,02(UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Entre em crise, tive uma crise horrível, fiquei sem poder respirar. O corpo cheio de dor, ficava com pressão [alta]... O coração estava muito alterado; graças a Deus passou; mas com isso tudo.

UCE nº. 1006, Phi = 0,02(UCI nº. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

É isso que estou dizendo a você o que aconteceu. Esse mal\_estar que eu estava; me sentindo mal mesmo dentro de casa, não aguentava andar, ia em um lugar a\_pulso [forçando], com falta\_de\_ar; aquele tipo assim parecendo que estava depressiva, mas graças a Deus, estou\_bem.

UCE n°. 987, Phi = 0,02(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Não, a gente quando vem com tanta fé em Deus, não é?, e nas pessoas que cuida, que a gente não pensa mal, não; também se tiver de acontecer... [...]

UCE n°. 188, Phi = 0,01(UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu ficava de fralda também, precisou comprar fralda porque eu não conseguia... Tinha que fazer xixi na fralda. Aí foi melhorando, melhorando, reagindo. Aí pronto! Deus me ajudou que eu comecei a andar, comecei a descer da cama... Quer dizer, as meninas me segurando, né?

UCE n°. 249, Phi = 0,01(UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Se o médico está dizendo que é assim, eu vou fazer o quê, né? Suportar, pedir a Deus força. Do jeito que eu cheguei aqui, que não andava, que era deitada, usava fralda, não ia no banheiro, agora eu faço tudo, eu posso agradecer a Deus que estou bem, né? Eu acho que eu estou\_bem! [risos]

UCE n°. 1008, Phi = 0,02(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas graças a Deus, estou\_bem; o importante é que passei por cima. Estou ótima! Não tenho o que falar mal, não... Ah na UTI foi bem; me alimentavam na hora\_certa [...].

UCE n°. 382, Phi = 0,01(UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

É Deus mesmo que... Que dá um [suporte para sobreviver]... Gostei, gostei, gostei! Embora que eu não gostei foi da morte, porque a morte é ruim! Mas ela passeou lá [na UTI] e passeia toda\_hora. A morte passeia por ali.

As lembranças das pessoas idosas são permeadas pela experiência de sofrimento que tiveram com o adoecimento, a hospitalização na UTI e da submissão a normas diferentes dos seus hábitos. As expressões “era toda cheia de dor”, “agoniada”, “falta de ar”, “não estava bem”, “mal-estar”, “crise” e “horrível” revelam a sensação da doença na fase aguda e como as pessoas idosas experienciaram os sinais e os sintomas. Ou seja, algo que lhes causava grande desconforto, mal-estar, sofrimento e mesmo o medo da morte.

Nesse ínterim, remeteram à utilização da fralda e da aparadeira para as eliminações fisiológicas, enquanto estiveram acamados. Além dos próprios qualificadores utilizados para descrever o sofrimento, se utilizam de interjeições como oxe e ave-maria para enfatizar a experiência vivida.

A interjeição oxe é derivada de oxente, utilizada para exprimir estranheza, espanto, surpresa e desdém; é derivada de ó gentes (ó xentes), por sonorização do “g” (FERREIRA, 1999; HOUAISS; VILLAR, 2001). Já ave-maria expressa apreensão, contrariedade, medo, e também espanto e surpresa (HOUAISS; VILLAR, 2001). Estas são expressões comuns entre o povo nordestino e empregadas para transmitir as emoções citadas acima nas experiências vividas.

A morte, conforme expressa o idoso que concedeu a quarta entrevista, é um acontecimento comum na UTI, “eu não gostei foi da morte, porque a morte é ruim! Mas ela passeou lá [na UTI] e passeia toda\_hora. A morte passeia por ali”. O idoso provavelmente

presenciou a ocorrência do óbito de outras pessoas. Conforme suas ideias, a morte está sempre presente no ambiente, como se estivesse passeando em busca de oportunidades para fazer novas vítimas.

No fragmento destacado no parágrafo acima, remonta-se à ideia da morte não como um ponto de chegada de um estado progressivo de piora da doença e como um evento ligado ao corpo físico. Mas, antes disso, como uma entidade personificada, invisível, com vontade própria e que passeia na UTI em busca de ceifar vidas. Assim, o idoso se sentiu sob a ameaça constante de morrer e esta experiência não lhe foi agradável. No imaginário popular, essa ideia é representada por uma entidade esquelética, vestida com uma túnica preta, e carregando uma gadanha, instrumento semelhante a uma foice, com cabo comprido, lâmina larga e curvada, usada para a ceifa (ROCHA, 2010).

A morte vem sendo representada iconograficamente como uma entidade ao longo da história, em diversas sociedades. Também é representada como figura mitológica, personificada por Tântatos e Hades, o deus do mundo da morte (ROCHA, 2010).

Há ainda que se pensar sobre os efeitos para as pessoas idosas do presenciar de acontecimentos com os demais pacientes na UTI e de como os interpretam. No caso da morte, a repercussão para o idoso foi o medo de morrer, sentindo-se em um ambiente de suspense e ameaçado constantemente. Como ele presenciou a morte de outras pessoas, em seu pensamento, ele poderia ser o próximo.

Ainda sobre a percepção do ambiente e dos acontecimentos, a idosa que concedeu a sexta entrevista relatou sobre os desconfortos que sentira ocasionado pela tosse constante de outro paciente. Para ela, causou-lhe incômodo presenciar o sofrimento alheio, além de lhe prejudicar no repouso.

A superação da doença, manifestada pela melhora, se expressa por meio do reconhecimento da ajuda divina e de uma postura de agradecimento. A ajuda divina pode ser exemplificada pela expressão “Deus me ajudou” e “pedir força a Deus”. O agradecimento é uma prática comum entre as pessoas idosas em várias circunstâncias, identificada pelo emprego da expressão “graças a Deus”. Percebe-se que o sentir-se bem e melhor é motivo de conforto tanto para o corpo quanto para o psíquico.

De acordo com Barricelli *et al.* (2012), a religiosidade está muito presente na vida das pessoas idosas, associando-se ao envelhecimento e à qualidade de vida. A religiosidade refere-se ao envolvimento religioso de uma pessoa e à sua influência no cotidiano, sendo



constituída pelas crenças, rituais, doutrinas, práticas e símbolos que promovem aproximação com o sagrado, leva à transcendência e é comum a um grupo de pessoas. A religiosidade pode ser usada como meio para a resolução de questões particulares e proporcionar consolo, segurança, sociabilidade, distração, *status* e a autoabsolvição.

Em estudo realizado com idosos, no interior de São Paulo, 98% da amostra afirmaram ter religião, com a predominância de católicos, 81%. Os demais participantes afirmaram ser evangélicos, 8%, espíritas, 3%, e pertencerem a outras religiões, 8%. (BARRICELLI *et al.*, 2012).

Não obstante a postura de agradecimento a Deus pela melhora obtida, as pessoas idosas mantêm a mesma coerência de pensamento ao olhar para o futuro. Se a fé lhes ajudou a superar a doença e por isso são gratas a Deus, também se mantêm assim quando pensam na continuidade da vida, como pode ser interpretado a partir das UCEs a seguir.

UCE n°. 1263, Phi = 0,02(UCI n°.13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Até agora está tudo\_bem, só uma dorzinha de cabeça de vez\_em\_quando; problema demais, mas não estou sentindo nada, não. Daqui para a frente, Deus é que sabe o que é que vai dar... [...]

UCE n°. 882, Phi = 0,02(UCI n°. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

[...] Ir para casa. Quero ir para casa, se Deus quiser. Eu espero em Deus que Deus não me deixe ficar muito tempo aqui, não; nem eu vou embora para tornar voltar para aqui não, Deus não vai deixar, não.

UCE n°. 869, Phi = 0,02(UCI n°. 9: \*e\_09 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Tenho fé em Deus que vai chegar o dia de eu ir para a minha casa, que na minha casa não tem zuada, não tem nada, tomo meu banho, me deito e fico à\_vontade.

As pessoas idosas também pedem a Deus pela chegada do momento da alta para retornarem às suas casas e continuarem suas vidas. Interpreta-se que há uma postura de entrega da própria melhora e da saúde nas mãos de Deus e este sentimento é permeado pela esperança de que nada grave lhes aconteça. Assim, as pessoas idosas se sentem confortadas e protegidas.

Outra questão a ser destacada, uma vez sentido o conforto da melhora, a partir das UCEs abaixo, é o desejo de mudança nos hábitos de vida para a manutenção da saúde e evitar novos adoecimentos.

UCE n°. 955, Phi = 0,02(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Olha, eu bebia bebida [alcoólica], mais nunca; eu fumava cigarro\_de\_fumo, mais nunca; já passei tantos dias e não estou fumando, para que fumar mais? Para que fumar mais? Deixa para lá. Prevendo a saúde, prevendo a saúde.

UCE n°. 248, Phi = 0,02(UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

[...] Aí, oxe, até hoje eu estou aqui, graças a Deus! Fui ao médico essa semana, ele disse que é assim mesmo, que está tudo bem, que é só fazer o acompanhamento, tomar o remédio direitinho e pronto! Aí eu disse a ele que a mão estava dormente, ele disse que é assim também.

UCE n°. 1065, Phi = 0,02(UCI n°. 11: \*e\_12 \*e\_12 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Mas pelo contrário, deixa as águas levar... Rapaz, tomar meu remédio certo, minha alimentação na hora certa, meu jantar, tudo na horinha certa; é só isso; passear mais um pouco...

UCE n°. 954, Phi = 0,01(UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Vou ter repouso, não vou tomar sol; é... Algumas coisas tem quem faz, eu oriento para fazer direitinho como eu e vou ter um repouso.

Pelo que pode ser interpretado das UCEs destacadas acima, as pessoas idosas pretendem adotar um estilo de vida que lhes possibilite um viver melhor e com mais saúde. Para isso, há a pretensão de abandonar o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, de fumar, se proteger do sol, evitar esforço físico excessivo e de se alimentar em horários regulares. Outra ideia destacada é a consciência de aderir a um plano terapêutico, seguindo à risca as orientações médicas.

Pode-se interpretar, a partir da expressão “deixa as águas levar”, o sentimento de que nada pode ser feito diante das consequências da doença. Deixar as águas levar pode significar também a aceitação da mudança do estilo de vida para a adoção de hábitos mais saudáveis; o responsabilizar-se pelo próprio tratamento e pela saúde. Uma vez que ficaram doentes, precisaram ser hospitalizados na UTI e sobreviveram, preferem continuar a viver mesmo com restrições e esquecer as experiências negativas. Estas, “as águas vão levar” e vai ficar a vida.

Conforme pode ser interpretado a partir das falas, o sofrimento sentido com a experiência do adoecimento e da hospitalização levou as pessoas idosas a reagir de forma positiva frente ao cuidado de si. A partir das adversidades, ancoram-se na fé em Deus para buscar a superação. E assim, continuam buscando diariamente a conquista de um novo estilo de vida que lhes traga um viver mais saudável e por mais tempo. Em suma, pode-se afirmar que os idosos agiram com resiliência em face dos eventos críticos vivenciados.

A religiosidade exerce papel significativo na vida humana, devido à proteção e segurança sentida pelos seus praticantes para enfrentar as situações cotidianas, o isolamento, a dependência, a solidão e a ansiedade. Esses fatores estão muitas vezes presentes na vida das pessoas idosas. A religiosidade estimula a adoção de um estilo de vida mais saudável, visto que imprime significado aos acontecimentos e à sensação de que se está ligado a uma dimensão maior (BARRICELLI *et al.*, 2012).

Estudo realizado por Pereira *et al.* (2016) evidenciou que há uma associação positiva entre a inteligência espiritual, a saúde mental e física em idosos, com redução de depressão e ansiedade. As autoras destacam que as competências espirituais são adquiridas e desenvolvidas desde a infância e o nível máximo é alcançado na velhice.

As pessoas mais espiritualizadas tendem a ter uma sensação maior de proteção, de conexão com os outros e elevação na autoestima. Também tendem a evidenciar menos sintomas depressivos e ansiosos, com maior sensação de bem-estar, menos afetos negativos, desespero, pensamentos suicidas e solidão entre idosos (PEREIRA *et al.*, 2016).

Para Rocha e Ciosak (2014), embora não seja clara a relação entre a espiritualidade e doenças crônicas, acredita-se que há importantes influências entre a saúde e a espiritualidade. Esta pode ser utilizada como um meio para o enfrentamento de momentos difíceis, visto que eleva a noção de propósito e sentido da vida e, assim, aumentam a resistência contra estressores e doenças. Para as autoras citadas, as situações de intenso sofrimento são ressignificadas a partir das crenças pessoais.

As estratégias pessoais de enfrentamento são utilizadas para suportar e moldar-se às adversidades da vida. Para os idosos, a força de vontade, a força interior e a resiliência levam à superação de obstáculos. A resiliência pode ser maior quando há uma boa relação pessoal com um ser superior, independente de religião. A espiritualidade pode se expressar na vida das pessoas de várias formas, podendo, entretanto, variar conforme a religião, cultura, idade e estado de saúde. Em situações críticas de saúde, ajuda as pessoas a terem otimismo e serenidade. O enfrentamento por meio da espiritualidade ocorre quando esta faz parte do seu elenco de valores, ideais e crenças, de modo que haja espaço para se manifestar no seu cotidiano (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Rocha e Ciosak (2014) afirmam que tanto a espiritualidade quanto a religiosidade e a fé favorecem o enfrentamento de situações críticas na vida, fortalecem a resiliência e crença em Deus como provedor da saúde.

Diante disso, a identificação da necessidade de conforto psicoespiritual, assim como o seu reforço, são imperativos aos cuidados da enfermagem. Por meio da aproximação e do conhecimento da cultura das pessoas idosas, pode-se identificar a sua crença religiosa e estimular a sua prática. Também pode ser identificado o meio utilizado pela pessoa idosa para o desenvolvimento de sua espiritualidade, respeitando a crença e a religião. Gestos como rezar

ou orar, o estímulo à confiança e à fé em Deus podem ser estimulados pela enfermagem (PONTE *et al.*, 2012).

Nesse sentido, é importante que os profissionais identifiquem as formas de enfrentamento da doença pelas pessoas idosas e entenderem o papel da resiliência como importante frente a situações difíceis. E mais, estimular a permanência de sua prática frente à hospitalização. A literatura correlata apresenta que uma maior resiliência leva a um melhor enfrentamento de situações críticas, com melhores resultados sobre a qualidade de vida (ROCHA; CIOSAK, 2014).

O conforto e os desconfortos sentidos pelas pessoas idosas, quando hospitalizadas na UTI, conduzem à apreensão de parte de suas visões de mundo, conforme a Teoria do Cuidado Cultural. Diante do que foi discutido, a dimensão da estrutura social e cultural que mais se destaca são os fatores religiosos e filosóficos, e os fatores tecnológicos. Conforme definições da referida Teoria, tais dimensões são capazes de influenciar o comportamento das pessoas, em contextos ambientais distintos (LEININGER, 1985; 2008).

Os fatores tecnológicos se fazem presentes sobretudo na UTI, quando as pessoas idosas se referem à terapêutica. Assim, destacam, por exemplo, a ventilação mecânica e o ar condicionado. Em suas visões de mundo, expõem como entendem tais tecnologias e quais os efeitos sentidos. Já os fatores religiosos ficam nítidos ao recorrerem à fé para buscar a superação, ao agradecerem a Deus pela melhora e buscar continuidade de uma vida saudável, ancorados na mesma fé.

Desse modo, as facetas da visão de mundo das pessoas idosas podem ser apreendidas pela enfermagem visando a convergência do cuidado cultural. Um cuidado que não leva em consideração a crença dos idosos, sua filosofia de vida e o conhecimento que trazem a respeito de uma UTI, resultará em incongruência. Assim, a falta de esforços para um entendimento entre o sistema de cuidado profissional e o popular, conforme a forma lógica do Sol Nascente (Figura 01), pode levar a insatisfações, estresses e desconfortos, conforme Leininger (1985; 2008).

Acredita-se que o conhecimento a respeito da visão de mundo das pessoas idosas possa ser alcançado a partir de uma comunicação efetiva, buscando-se a visão *émic*. O plano de cuidados de enfermagem parte da visão de mundo dos idosos e também da visão ética do profissional, ancorada nas necessidades identificadas, nos recursos disponíveis e nos ajustes necessários.

### 5.4.5 Classe cinco - Memórias sobre a trajetória no hospital

A classe cinco, “Memórias sobre a trajetória no hospital”, representa 10% (107) das Unidades de Contexto Elementares e 8% do *corpus* inicial, segundo a classificação realizada pelo *software* ALCESTE. Nesta classe, as palavras e formas mais significativas, em termos de valor de associação, foram: cheguei (Phi 0,25), UTI (Phi 0,25), anestesi+ (Phi 0,22, anestesia, anestesiada, anestesiado), fiqu+ (Phi 0,21, fiquei), vim (Phi 0,21, vim) e sexta-feira (Phi 0,20, sexta-feira).

No Quadro 16, a seguir, destacam-se as palavras e formas mais expressivas da classe cinco, “Memórias sobre a trajetória no hospital”, com os respectivos valores de associação (Phi) maiores e iguais a 0,12; a frequência no *corpus* e na classe; o percentual na classe e as palavras no contexto semântico.

**Quadro 16** - Distribuição das formas reduzidas do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Forma reduzida	Phi	f <i>corpus</i>	f classe	% na classe	Contexto semântico
cheguei	0,25	35	18	51	cheguei
uti	0,25	46	21	46	UTI
anestesi+	0,22	10	28	80	anestesia, anestesiada, anestesiado
fiqu+	0,21	87	28	32	fiquei
vim	0,21	29	14	48	vim
sexta-feira	0,20	05	05	100	sexta-feira
la	0,20	287	58	20	lá
maca	0,18	08	06	75	maca
doi+	0,18	11	07	64	dói, doía
oper+	0,18	35	14	40	operação, operada, operado, operar, operaram, operou
foram	0,18	06	05	83	foram
sala_verde	0,18	06	05	83	sala verde
foi	0,18	187	41	22	foi
hor+	0,16	63	19	30	hora, horas
dia+	0,16	147	33	22	dia, dias
intern+	0,16	16	08	50	internada, internado, internar, internaram, internei
der+	0,16	10	06	60	deram

pap+	0,15	03	03	100	papéis
gelo	0,15	03	03	100	gelo
desci	0,15	05	04	80	desci
injec+	0,15	05	04	80	injeção, injeções
raio_x	0,15	05	04	80	Raios X
corredor	0,15	03	03	100	corredor
fui	0,15	67	19	28	fui
exame+	0,15	14	07	50	exame, exames
lembr+	0,15	48	15	31	lembra, lembrada, lembrei, lembro
barriga	0,14	06	04	67	barriga
me	0,13	348	56	16	me
na	0,13	218	40	18	na
inch+	0,13	09	05	56	inchada, inchado, inchei, inchou
sai	0,13	35	11	31	saí, saía
dai+	0,12	18	07	39	daí
dali	0,12	14	06	43	dali

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A partir das formas e palavras em destaque no Quadro 16, acima, depreende-se que elas remetem à ideia de uma trajetória percorrida dentro do ambiente hospitalar. Desse modo, se diferencia da classe dois, “Memórias sobre o acesso ao sistema de saúde e a hospitalização”, na qual se discutem as dificuldades sentidas pelas pessoas idosas para terem garantido o direito ao atendimento à saúde. Expressam, assim, as memórias das pessoas idosas sobre como chegaram ao hospital; como foram recebidos e a permanência na UTI; como também a noção de tempo guardada a respeito da espera pelo atendimento; pela vaga; pela realização de cirurgia (operação), quando esta foi necessária; e o tempo de permanência até a alta.

O Quadro 17, a seguir, representa as variáveis do *corpus* da pesquisa, identificadoras das unidades de contexto inicial que mais contribuíram para a formação da classe cinco, “Memórias sobre a trajetória no hospital”.

**Quadro 17** - Variáveis dos participantes da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva, associadas à classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Variáveis	Phi	f <i>corpus</i>	f classe	% classe
-----------	-----	-----------------	----------	----------

*id_2	0,16	511	78	15
*e_03	0,15	42	14	33
*s_2	0,13	409	63	15
*e_15	0,13	50	14	28
*e_08	0,09	30	08	27
*lc_2	0,04	643	73	11
*e_07	0,04	132	18	0

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

A leitura das informações contidas no Quadro 17 leva à conclusão de que as pessoas idosas que mais contribuíram para a formação da classe cinco estão na segunda faixa etária estabelecida para esta pesquisa (\*id\_2), ou seja, tem entre 70 e 79 anos de idade. O sexo mais presente é o definido como sexo dois (\*s\_2), equivalente ao masculino. As maiores contribuições obtidas foram provenientes de entrevistas realizadas no próprio hospital (\*lc\_2); e os participantes que tiveram mais conteúdo relacionado à classe foram aqueles correspondentes às entrevistas três, sete, oito e quinze.

Essas informações levam à interpretação de que aspectos relativos às memórias da hospitalização foram mais comuns entre os homens. No contexto das falas agrupadas nesta classe, identifica-se que os aspectos destacados aproximam-se de um caráter narrativo. Também nota-se que há pouco envolvimento emocional, às vezes assemelhando-se à memória de algo externo e findo, cujas memórias evitam ou não querem se lembrar.

O maior destaque para o local de realização das entrevistas, o hospital, nesta classe, pode ser justificado pela proximidade temporal da hospitalização na UTI, quando detalhes como a espera pela vaga, a admissão, o tempo de espera e recuperação clínica estão mais vívidos na memória. Da mesma forma, supõe-se que o fato de a maioria dos participantes que contribuíram para esta classe ainda estar internada possa ter levado à modulação do discurso e ao posicionamento menos crítico quanto à experiência vivenciada.

Depreende-se que, mesmo com a garantia do sigilo, do anonimato e das explicações sobre a finalidade desta pesquisa aos participantes, ainda pode ter havido relutância quanto à emissão de uma análise mais crítica da situação. Pode-se supor, assim, que tenha sido em decorrência do medo de ser retaliado frente à expressão de seus pensamentos.

Frente a alguns entrevistados, percebeu-se que, ao ser feito convite para participar da pesquisa, a primeira reação era de esquiva mediante a afirmação de que foi tudo bem e que

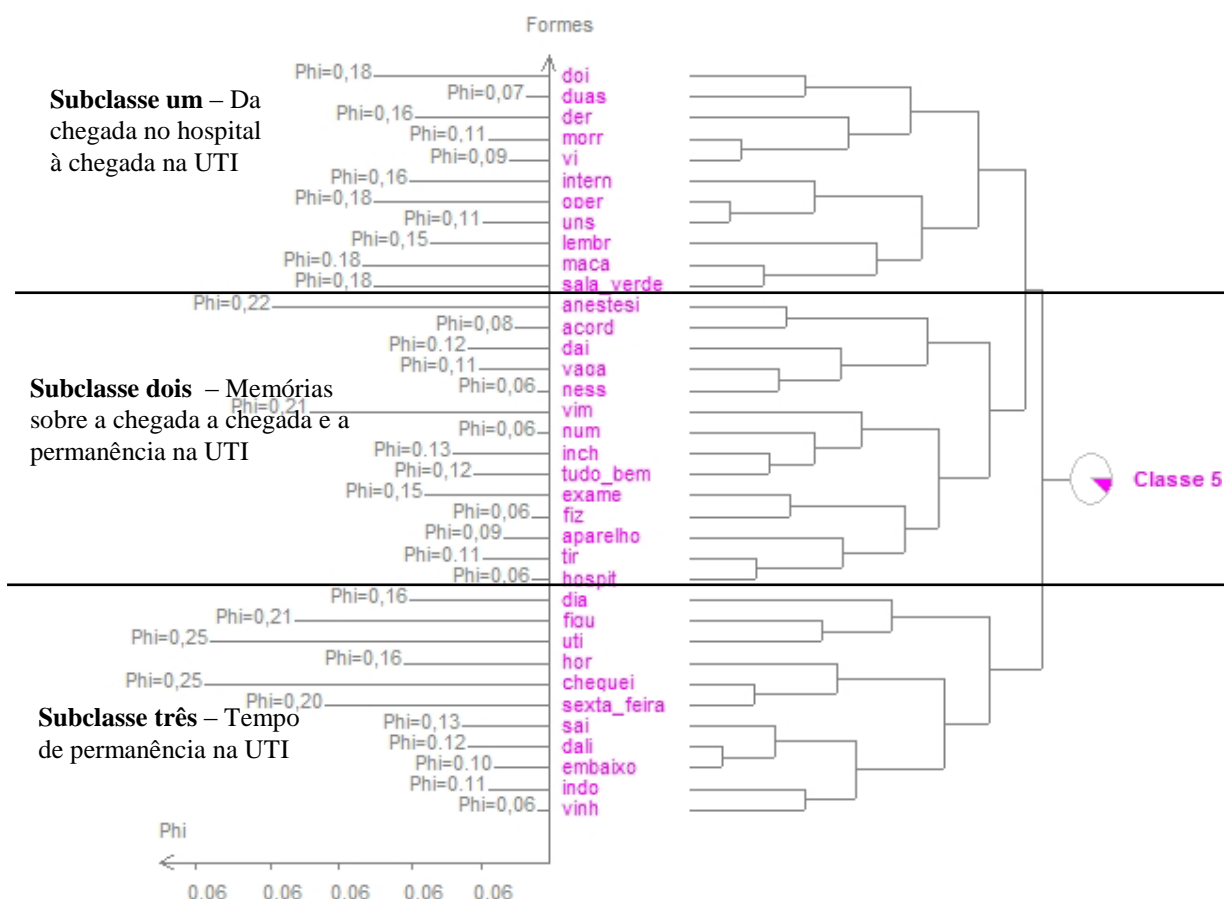
foram bem tratados durante a hospitalização. Somente após um tempo maior de aproximação, do estabelecimento de uma relação de mais confiança e das explicações sobre a pesquisa, se conseguia fazer a entrevista. Percebeu-se que foi preciso transpor a imagem do entrevistador como uma pessoa que ali estava para colher denúncias sobre os profissionais e o serviço para então conseguir entrevistar, conforme o objeto e os objetivos da pesquisa.

Outra questão a ser destacada é que talvez algumas pessoas idosas não guardem mesmo memórias negativas sobre a hospitalização. As vivências são individuais e subjetivas e cada pessoa as interpreta de forma diferente. Conseguir a admissão, o tratamento, a melhora clínica e a preservação da vida pode suplantam qualquer adversidade que possa ter existido. Em um sistema de saúde tão precário e caótico, conseguir acessá-lo já motivo para satisfação.

A Figura 16, a seguir, representa a Classificação Hierárquica Ascendente da classe cinco, na qual são apresentadas as formas reduzidas, valor de associação com a classe e a ramificação de acordo com a proximidade em conteúdo dos radicais.



**Figura 16** - Classificação Hierárquica Ascendente da classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital, pelo *software* ALCESTE 2012, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

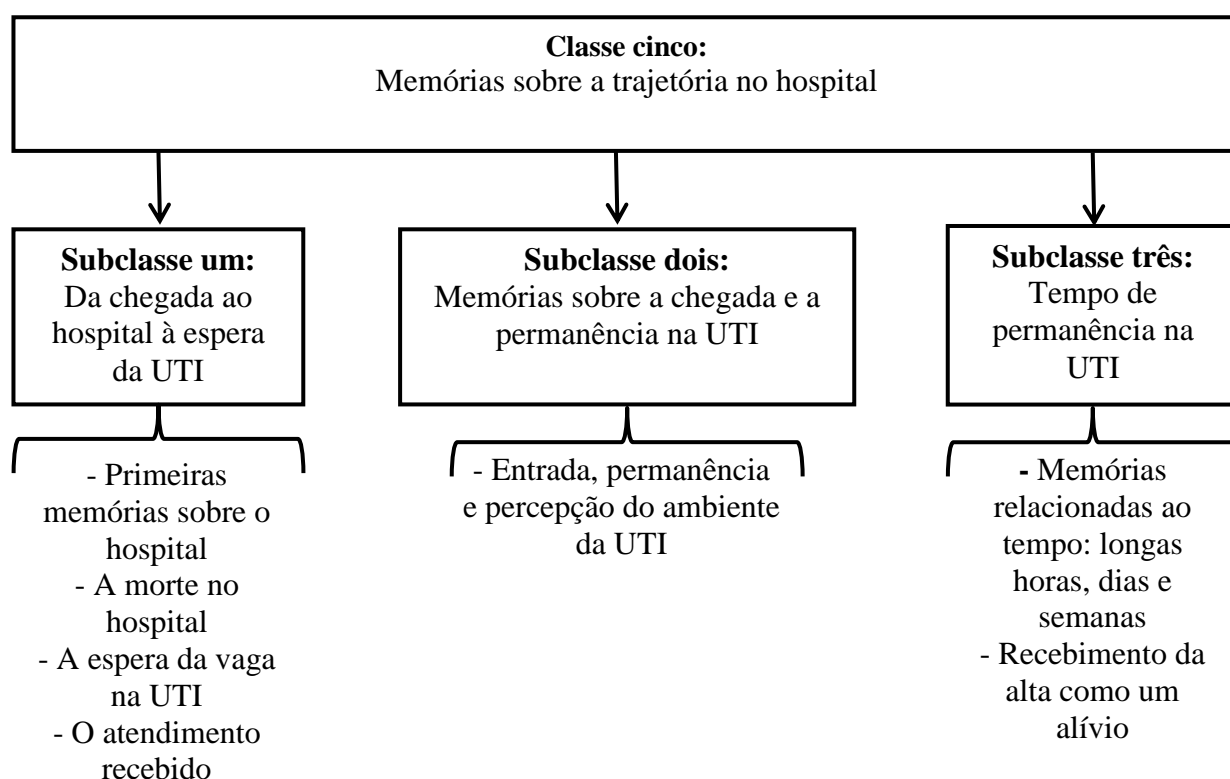
O dendrograma representativo da classe cinco apresenta as palavras e formas com valor de associação com a classe (Phi) entre 0,06 e 0,25. Apresenta também as associações entre as formas ou palavras, por meio das ramificações da figura.

No primeiro nível de análise, identifica-se que a árvore foi dividida em dois ramos. O primeiro, na porção inferior e o segundo na parte superior da CHA. No segundo nível de análise da ramificação superior, mostra que esta foi dividida em duas outras, com significados mais próximos entre si e mais distantes da porção inferior, originada na primeira partição.

Na porção superior da Figura 16, estão representadas formas e palavras ligadas por seus sentidos às memórias iniciais do acesso ao serviço e originaram a primeira subclasse,

denominada “Da chegada ao hospital à espera da UTI”. Na porção média do dendograma, estão presentes formas e palavras relacionadas à percepção da UTI, originando a segunda subclasse, “Memórias sobre a chegada e a permanência na UTI”. Já a porção inferior do dendograma ilustra formas e palavras relacionadas à noção de temporalidade na UTI, como dia, hora, sexta-feira, cheguei, fiquei, saí, entre outras. Essas formas originaram a terceira subclasse, “Tempo de permanência na UTI”.

**Figura 17** - Ilustração da classe cinco, Memórias sobre a trajetória no hospital, com as respectivas subclasses e assuntos relacionados, do *corpus* da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2016



**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

#### 5.4.5.1 Da chegada ao hospital à espera da UTI

A subclasse um, “Da chegada ao hospital à espera da UTI”, da classe cinco, trata das memórias das pessoas idosas a partir do que lembram sobre os primeiros momentos no

hospital, antes mesmo da admissão na UTI. O fio condutor dessa subclasse leva à elaboração do pensamento de que o lugar de referência para o primeiro contato com o hospital é o que chamam de sala verde (sala\_verde, Phi 0,18), parte da unidade de emergência. Nessa unidade, lembram (lembra+, Phi 0,15) que passaram uns (Phi 0,11) dias, aguardando operação (oper+, Phi 0,18), ou seja, aguardando a realização de cirurgia e internamento em um setor que oferecesse suporte para a implementação adequada do tratamento.

Os idosos relatam que ali viram (vi, Phi 0,09) morrer (morr+, Phi 0,11) várias pessoas. Lembram também que receberam medicamentos (deram, Phi 0,16; duas, Phi 0,07), injeções que deixaram o local de aplicação dolorido por muito tempo (dor, Phi 0,18).

Para Gomide, Pinto e Figueiredo (2012), a crescente demanda por atendimento nas unidades de emergência levou à necessidade de reorganização deste serviço para uma assistência conforme a gravidade, e não somente pela ordem de chegada. A avaliação com classificação de risco tem por objetivo agilizar o atendimento com base na análise da necessidade identificada do usuário, feita a partir de protocolos pré-estabelecidos. A necessidade de atendimento leva em consideração o potencial de risco, os agravos à saúde e o sofrimento. Assim, a prioridade passa a ser estabelecida pelo nível de complexidade e não pela ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A lógica do nível de complexidade otimiza os recursos tecnológicos, organiza o trabalho dos profissionais e o atendimento aos pacientes. A unidade de emergência passa então a ser organizada em setores identificados por cores, as quais são associadas ao perfil de gravidade dos pacientes. A área vermelha é destinada ao atendimento de urgências e emergências clínicas e traumáticas; a área amarela destina-se à assistência de pacientes críticos e semicríticos, com terapêutica de estabilização iniciada. Já a área verde é destinada aos pacientes considerados como não críticos, em observação, que estejam internados, mas aguardando vagas em outras unidades ou transferência para outros hospitais (BRASIL, 2004).

A regionalização do SUS não é um princípio observado pelos pacientes quando buscam atendimento à saúde, nas situações de emergência. Conforme Gomide, Pinto e Figueiredo (2012), as pessoas buscam atendimento em serviços que sejam capazes de atender suas necessidades imediatas, ainda que sejam geograficamente distantes do seu local de moradia, sem se prender a uma norma imposta e nem a uma rede de serviços desorganizada, que não dá conta do atendimento à população. Para as autoras citadas, “a atenção básica não tem sido efetivamente a porta de entrada para o sistema de saúde, mas, sim, os serviços de

urgência e emergência, representados pela expressiva lotação desses serviços” (GOMIDE PINTO; FIGUEIREDO, 2012, p. 24).

Nas UCEs apresentadas abaixo, interpreta-se que os idosos iniciam por se lembrarem dos sinais e sintomas que os levaram ao hospital e da emergência como porta de entrada no sistema público de saúde.

UCE n°. 214, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

O que eu me lembro? Eu me lembro que eu tive uma dor forte nas costas e aí fui lá para o hospital. Lá disse que ia tirar [o líquido da pleura]... É... Me internaram e botou uma mangueira... [dreno torácico]

UCE n°. 559, Phi = 0,02 (UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Passsei em outro, em outro hospital que eu passei... Mas não fiquei lá, não. Eu tive um atendimento bom, que eu não vou falar o contrário, para mim foi bom; até hoje está sendo bom, graças a Deus. Passei a primeira noite no quarto da emergência...

UCE n°. 1160, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Aí eu aguentando, aguentando, quando foi o ano passado eu não aguentei mais, a opção foi tirar ela fora [amputar a perna]. Fui para o hospital... Primeiro fui para o Hospital\_do\_Subúrbio, não fui atendida, aí fui para o hospital X<sup>24</sup>, lá Deus me ajudou que fui atendida. Daí para cá, graças a Deus, está tudo\_bem.

Para a participante que concedeu a entrevista número dois, o que demandou a busca pelo hospital foi uma sensação de forte dor na região dorsal. Já a participante que concedeu a sexta entrevista relata que, antes de conseguir o internamento, teve uma tentativa frustrada de atendimento em outro hospital. Identifica-se que, frente à dificuldade para acessar o SUS, obter o atendimento já é um motivo de satisfação. Destaca-se que a participante que concedeu a sexta entrevista é proveniente do interior do estado da Bahia e precisou percorrer um longo itinerário até o atendimento. Diante da necessidade de seu caso clínico, fazia-se necessário o atendimento especializado com médicos angiologistas, para cuja especialidade o lócus deste estudo é referência. Daí entende-se os deslocamentos até a entrada no serviço.

Conforme Gomide, Pinto e Figueiredo (2012), a estrutura do atendimento no SUS inicia-se na atenção básica. De acordo que o que está previsto na legislação, o funcionamento adequado das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) seriam capazes de absorver a maior parte da demanda por atendimento da população. Desse modo, causaria um impacto na redução da procura por serviços de média e alta complexidade.

O SUS está estruturado conforme princípios como a universalidade do acesso, a regionalização e a hierarquização da rede, que, juntos com os demais princípios, direcionam a atenção à saúde. Conforme Gomide, Pinto e Figueiredo (2012), o modelo técnico assistencial

---

<sup>24</sup> Empregou-se aqui a letra “X” em substituição ao nome real do campo da pesquisa.

organiza o SUS como uma pirâmide. Em sua base, estão as unidades de saúde responsáveis pela atenção básica, que devem funcionar como referência à população de uma determinada área de cobertura e como porta de entrada no sistema. Uma vez identificada a necessidade de atendimento fora da atenção básica, os profissionais fazem o encaminhamento para outros serviços de maior complexidade e detentores de mais densidade tecnológica, localizados no centro da pirâmide. Os hospitais, conforme o modelo citado, estão localizados no ápice da pirâmide e destinam-se ao atendimento das pessoas que já percorrem os níveis mais baixos de complexidade.

Com o funcionamento insuficiente da rede de atenção à saúde, pensada a partir da atenção básica, as pessoas buscam por atendimento em serviços que possam ser capazes de atender à demanda imediata. Muitas vezes, quando conseguem acesso, já perderam a oportunidade de um atendimento preventivo ou de controle de uma doença crônica não transmissível já instalada, sem a realização de seguimento ambulatorial. Desse modo, as unidades de emergência se caracterizam como principal porta de entrada no SUS. Tais unidades se destinam ao atendimento de pessoas que precisam de atendimento imediato, devido ao agravo à saúde que pode incorrer em risco de morte. Conforme O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009, p. 1882), essa realidade traz como consequência a constituição das unidades de emergência como “depósitos de problemas não resolvidos”.

A despeito de qualquer atraso ou demora no atendimento, a satisfação manifestada pela participante que concedeu a sexta entrevista advém do atendimento recebido e da melhora obtida. Entretanto, as percepções sobre o ambiente hospitalar, desde a unidade de emergência, à UTI e enfermarias, podem variar conforme as expectativas individuais e ao enfrentamento da experiência de ser estar hospitalizado, sendo idoso. Para alguns participantes, o interstício entre a entrada na unidade de emergência até o encaminhamento para o centro cirúrgico ou UTI foi um longo período de espera, contado dia após dia, conforme se destaca nas UCEs a seguir.

UCE nº. 298, Phi = 0,02 (UCI nº. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Aí eu fiquei ali na sala\_verde; aí eu fiquei ali na sala\_ verde, só... Não comia, não bebia água nem nada; fiquei uns três a quatro dias lá, sem comer, sem nada; só era água, nada não comia.

UCE nº. 1281, Phi = 0,01 (UCI nº. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

É tudo devagar; não estou dizendo a você, [...] Passei quatro dias de regime só tomando uma sopinha para não morrer.

UCE nº. 229, Phi = 0,00 (UCI nº. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Mas meu\_filho, que dor foi aquela, meu Deus, do dreno! Eu pensei que não ia reagir, resistir, resistir, não! Que para botar o dreno dói, viu?!

UCE n°. 608, Phi = 0,04 (UCI n°. 6: \*e\_06 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

[...] lá onde eu moro, em [...], no dia que eu cheguei, me deram duas injeções que até hoje ainda dói.

A partir do que é rememorado pelas pessoas idosas, foi longo o tempo de espera entre a chegada à unidade de emergência e o encaminhamento para a resolução do quadro clínico. Nesse ínterim, os idosos relatam como perceberam o ambiente, sendo a proximidade com a morte uma constante, como pode ser interpretado a partir dos fragmentos “só tomando uma sopinha para não morrer” e “eu pensei que não ia reagir, resistir, não”. O primeiro impacto da chegada ao hospital é rememorado com algo associado à dor, ameaçador à vida e pensado como algo difícil de ser suportado.

Para além da espera por resolutividade, os idosos rememoram que viveram momentos caracterizados por restrições dietéticas e, às vezes, hídrica, como relata o participante que concedeu a entrevista quinze. Associam a espera também com a sensação álgica intensa, ocasionada por procedimentos terapêuticos invasivos.

Acredita-se que a necessidade do jejum referenciada pelo participante possa ser explicada pela preparação necessária no período pré-operatório. Ocorre, porém, que a realização da cirurgia depende da combinação de outros fatores, além do preparo adequado do paciente. Assim, precisa da disponibilidade de médicos cirurgiões, de sala disponível no centro cirúrgico e da vaga na UTI, uma vez que era imprescindível o suporte da terapia intensiva no pós-operatório. Desse modo, compreende-se a fala do participante que concedeu a entrevista quinze, quando afirma:

UCE n°. 1280, Phi = 0,01 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Para operar, é como estou lhe falando, é quando dá certo; é o cabra [a pessoa] ter sorte, de dizer vou operar seu fulano é hoje.

Frente à demora para a resolução, pode ocorrer mesmo de aumentar o sofrimento dos pacientes e de piorar o estado clínico, como relata o idoso que concedeu a entrevista quinze.

UCE n°. 1284, Phi = 0,04 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Cinco dias numa cadeira dessas com os\_pés como eu falei; depois vim para o corredor, do corredor, falavam não tem vaga, não tem vaga; depois fui para a sala\_verde, como você sabe.

UCE n°. 1269, Phi = 0,04 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Aí eu, tudo\_bem; aí eu vim parar aqui. Cheguei aqui, pelo amor de Deus, passei cinco dias de sofrimento numa cadeira dessas; inchou a perna, sem quererem me atender.

UCE n°. 1296, Phi = 0,02 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

[...] quando eu estava na sala\_verde, no momento que chagava a\_comida, para eu ver se comia, eu virava as costas; quando olhava, o\_pé daquele tamanho, outros podres, outros caindo bicho [miíase], aquele fedor! E eu vi morrer lá.

Conforme o entrevistado, o longo tempo de espera até a realização da cirurgia, ocasionou-lhe mais edemaciação em sua perna, além de dor e sofrimento. Destaca-se também a memória a respeito da sala verde. Segundo o idoso, existiam pessoas tão necessitadas quanto ele e, às vezes, até pior, como quando faz referência a pés “podres” e “caindo bicho”. Quer dizer, um aglomerado de pessoas com feridas infectadas e até com miíase, à espera de resolutividade.

O tempo de espera pelo atendimento nas unidades de emergência também pode variar. O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) relatam uma espera de até quatro horas pelo atendimento inicial. Quanto à permanência, varia de um a três meses. Assim, fica explícita a fragilidade da rede e incapacidade de encaminhamento interno, maior ainda entre pacientes com perfil clínico, com doenças crônicas e idosos, conforme os autores citados.

A superlotação das unidades de emergência se soma à existência de outros problemas complexos. No âmbito interno, os hospitais enfrentam problemas relacionados com a insuficiência de profissionais; profissionais sem treinamento, sem reciclagem, com excesso de demandas; insuficiência de recursos financeiros; sem leitos de retaguarda; e sem um planejamento efetivo do fluxo de atendimento. As unidades de emergência necessitam de suporte que lhes garanta maior segurança aos profissionais, retaguarda de especialistas, disponibilidade de leitos de UTI para encaminhamento de pacientes mais graves, de centro cirúrgico e de vagas em enfermarias para o internamento. O suporte inadequado às unidades de emergência devido a dificuldades internas leva ao retardo na absorção da própria demanda (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Assim, se questiona sobre o respeito à dignidade humana frente a esse cenário caótico. Primeiro, devido à convivência forçada de pessoas em diferentes estados clínicos, com feridas infectadas e não infectadas. Acredita-se que a baixa resolutividade, conforme as memórias das pessoas idosas, seja um desrespeito à dignidade humana.

A dignidade humana pode ser entendida como a propriedade inerente a cada pessoa pelo fato de serem capazes de decidirem sobre si, seus objetivos e a autonomia pessoal. Assim, os interesses fundamentais de cada pessoa devem ser protegidos pela garantia de

condições essenciais para sua existência, do direito à vida, à saúde, à liberdade e à educação (FRIAS; LOPES, 2015).

Para O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), a utilização dos serviços hospitalares de emergência aumentou nas últimas décadas, traduzindo-se em superlotação. Essa realidade se repete tanto nos serviços públicos quanto nos privados, no Brasil e em outros países, dos menos aos mais desenvolvidos. Conforme as autoras citadas, a taxa de ocupação das unidades de emergência em diferentes estados do Brasil chega a ultrapassar os 100% e o excesso de pessoas é acomodado em corredores, macas, cadeiras e até no chão.

No âmbito externo, há uma desestrutura da rede de assistência, conforme discutido anteriormente. A estruturação da rede de serviços do SUS, a partir da atenção básica como porta de entrada, pode impactar positivamente na redução da procura pelos atendimentos de emergência, sobretudo nos casos que são passíveis de resolução em níveis de complexidade mais baixos. Entretanto, o investimento em unidades de emergência pode se traduzir em benefícios sociais, como a redução da morbimortalidade (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Na conclusão da fala do idoso que concedeu a entrevista quinze, na UCE 1296, vislumbra-se o cenário descrito como indigno e fatalista, visto que, como relata o idoso, “eu vi morrer lá”. Ou seja, muitas pessoas não resistiram à longa jornada da espera, ao mau odor provocado pela infecção de feridas e mesmo à miíase, culminando com a morte.

A ocorrência da morte na unidade de emergência pode mesmo ser interpretada como certa. No dendograma da classe cinco, “Memórias sobre a trajetória no hospital”, Figura 16, a palavra vi (Phi 0,09) aparece ligada diretamente à forma morr+ (Phi 0,11, morro, morre, morreu, morria, morrer, morreram). Nas UCEs a seguir, essa relação fica mais clara.

UCE n°. 626, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu sei que eu fiquei... Quando eu cheguei aqui, eu fiquei na portaria, no corredor\_da\_morte! Conhece? O corredor\_da\_morte... [risos]. [...] Fiquei lá naquele corredor\_da\_morte; e dali eu passei oito dias...

UCE n°. 1297, Phi = 0,02 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu vi morrer lá. Eu vi morrer lá porque não podia sair dali de onde eu estava para comer lá fora, porque não deixavam; mas o sono vinha, um soninho.

UCE n°. 1298, Phi = 0,01 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Um soninho de meia hora, uma hora. Quando chegava lá no meio, outro uai, uai, está morrendo, lá vai o médico... Morreram uns quatro ou cinco perto de mim, como daqui aí.



Conforme a participante que concedeu a entrevista sete, o corredor da unidade de emergência, onde permaneceu por oito dias, em uma maca, à espera de vaga, assemelha-se a um corredor da morte, em termos metafóricos. Entende-se que tal analogia se deva ao fato de ela ter presenciado a morte de muitas outras pessoas no referido corredor, ou mesmo à sua percepção de que as pessoas são deixadas ali para morrer. Um corredor da morte é destinado a pessoas condenadas à morte, aguardando apenas o cumprimento da sentença.

Seria essa a realidade aludida pela idosa? A julgar pela sua fala, os pacientes que dependem do SUS, e que buscam acessar o sistema de saúde pelas unidades de emergência, se colocam na proximidade da morte. Essa realidade pode ser devida à superlotação, proveniente da escassez de serviços de atendimento, da desestruturação da rede de serviços, da escassez de recursos materiais, do déficit de profissionais e de condições de trabalhos desfavoráveis. Cenários semelhantes são relatados em notícias jornalísticas de diversas regiões do Brasil.

Algumas notícias publicadas em jornais e em *sites* da internet dão conta do quão generalizada é a crise na saúde pública brasileira. Algumas notícias tratam, já no título, do SUS como um corredor da morte e como uma sentença de morte aos pacientes que precisam de atendimento. Para Fernandes (2015), a situação dos hospitais públicos pode ser comparada a uma pena de morte, que segundo a autora, é proveniente da má qualidade e má gestão dos recursos públicos oriundos dos impostos pagos pelos cidadãos. Em seu *site*, denuncia as mortes que acontecem nos corredores dos hospitais, por falta de leitos, de ambulâncias, de vaga em UTI, de macas, medicamentos, equipamentos e profissionais.

Aquino (2013) também denuncia, em coluna jornalística, a situação precária da saúde no Brasil. A autora citada descreve as cenas cotidianas nos serviços de saúde, em que as pessoas de todas as idades precisam dormir na fila a fim de pegar uma senha para agendar um atendimento, sem a garantia de que serão atendidas. Para a autora citada, “assim, brasileiros e brasileiras anônimos somem para sempre no corredor da morte, ignorados pelos governos”. Situação semelhante, de tratamento indigno, também é descrita por Menezes (2010) ao apresentar um panorama sobre as violações sofridas as pessoas idosas na tentativa de acessarem o SUS.

Todo tempo de espera na unidade de emergência pode ser justificado pela falta de vagas nas UTIs e pela espera da cirurgia, como pode ser constatado nas UCEs a seguir:

UCE nº. 627, Phi = 0,05 (UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Ali eu passei uns nove dias! Dali me levaram... Me levaram direto lá para cima, para a UTI. Ali me operaram.

[...]

UCE n°. 800, Phi = 0,05 (UCI n°. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

Foi para a emergência, depois foi para a sala de operação. [E depois foi para a UTI]. Bom, na UTI, foram legais comigo [...]

UCE n°. 302, Phi = 0,04 (UCI n°. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Eu fui para a sala\_verde; passado uns... Nem me lembro os dias que rolei [demorei] lá para voltar, para operar... Aí no outro dia disseram, amanhã você vai operar, oito horas, a operação é oito horas, a maca vem lhe pegar aí.

UCE n°. 667, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Quando eu cheguei lá, eu sei que foram dois meninos de maca [maqueiros] daqueles que me levou [para a UTI], mas eu esqueci; me lembro também do corredor, aquele corredor comprido que ainda hoje eles andavam empurrando aquela maca para chegar lá.

Autores relatam que as pessoas idosas não têm sido tratadas como prioridade na liberação de vagas em leitos de terapia intensiva no Brasil. Os motivos para tal negação ou retardo pode ser a probabilidade de um pior prognóstico e a dificuldade para o restabelecimento da condição de saúde prévio à doença (GOMES *et al.*, 2015).

Um estudo realizado por Caldeira *et al.* (2010) estratificou quatro grupos de pacientes com níveis de prioridade de 01 a 04 para a admissão em UTI. No primeiro nível de prioridade, foram classificados os pacientes mais graves e no último nível, os pacientes cujas admissões eram menos urgentes. Os autores afirmam que os pacientes com idades mais avançadas, com mais comorbidades e com mais disfunção orgânica, foram classificados nos níveis de prioridade 03 e 04. Esses dois grupos obtiveram as maiores taxas de recusa para admissão em UTI e as maiores taxas de mortalidade.

Interpreta-se que o caminho para a UTI passou necessariamente pela unidade de emergência e, dependendo do caso, pelo centro cirúrgico. Em todas as situações, a espera foi longa, conforme rememoram as pessoas idosas. De forma análoga, pode-se dizer que a espera é tão longa quanto o corredor comprido, quase sem fim, que os separa da UTI, conforme memória da participante que concedeu a entrevista sete: “me lembro também do corredor, aquele corredor comprido...”.

Ao se comparar a realidade revelada pelas pessoas idosas em sua trajetória de hospitalização até a chegada à UTI, com a Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER, 1985; 2008), identificaram-se algumas relações. A visão de mundo das pessoas idosas, nesse cenário, sofreu fortes influências de fatores políticos e legais, e de fatores econômicos.

Os fatores políticos e legais estão diretamente relacionados às políticas públicas de saúde, as quais determinam o funcionamento do SUS e sob quais condições. Em suas

memórias, não extrapolam o lócus deste estudo em busca de explicações ampliadas, mas sentem o reflexo da sua ineficiência. Como consequência, parece haver um senso de conformismo e de generalização da baixa resolutividade para outros serviços.

Gomide, Pinto e Figueiredo (2012, p.22) discutem que:

A questão cultural da assistência pública, como serviço gratuito, não materializando a lógica de consumo capitalista, desloca o conceito da universalidade como direito, para a empatia do profissional que está atendendo. [...] Nessa perspectiva, o acesso e o acolhimento são vistos, como favores do profissional à população, tornando-se normal e rotineiro o sofrimento e a espera, quando se usa o SUS.

Com relação aos fatores econômicos, o fato de caracterizarem-se por ter um padrão social baixo determina a busca do SUS pela emergência, única porta de entrada no sistema de saúde que lhes parece acessível. Diante disso, mesmo que haja demora no atendimento e atraso na resolutividade, ao ser atendido, qualquer sensação de sofrimento passa a ter menos importância.

Não se pretende negar o valor das unidades de emergência e nem das UTIs para a população em geral, e para os idosos, em específico. O que fica claro, contudo, é que há uma grande fragilidade no sistema público de saúde, com barreiras às vezes intransponíveis, como o longo tempo de espera, longos deslocamentos, baixa resolutividade, escassez de profissionais e de recursos materiais. Aliado a isso, a condição social das pessoas idosas lhes impõe a obrigatoriedade da convivência com dificuldades de acesso ao SUS e a consequente naturalização desta situação. Ou seja, parece haver falta de crítica quanto à universalidade do SUS e à aceitação do que lhes é oferecido: “ai de nós”, “ruim com isso, pior sem isso”.

Assim, os profissionais da enfermagem têm o papel de cuidar das pessoas idosas nas condições citadas acima. Pessoas essas marcadas por um determinismo social que lhes impõe dificuldades para acessar o sistema público de saúde. Cabe então identificar quais são suas crenças com relação ao cuidado, conforme sua cultura e o que esperam. Partindo desse ponto, adotam-se as decisões e ações do cuidar em enfermagem, estimulando-se a manutenção de práticas de cuidar; negociando ou acomodando mudanças; ou reestruturando/remodelando ações cuidativas. O objetivo final é a congruência para o cuidar cultural, conforme a Teoria de Lininger (LEININGER, 1985; 2008).

#### 5.4.5.2 Memórias sobre a chegada e a permanência na UTI

A subclasse dois, “Memórias sobre a chegada e a permanência na UTI”, se destaca no dendograma da classe cinco, Figura 16, na porção média. Suas palavras completas e formas sobressaem-se no segundo nível de análise, estando mais próxima da subclasse um e mais distante da subclasse três.

A reconstrução da história dessa subclasse, a partir de suas formas e palavras, leva ao entendimento de sua relação com a entrada, permanência e percepção do ambiente da UTI. As pessoas idosas relataram que uma forma comum de entrada na UTI é sob o efeito de anestesia (anestesi+, Phi 0,22); já os pacientes não cirúrgicos lembraram-se de sua entrada relacionada com o quadro clínico, como o edema ou inchaço, como eles referiram (inch+, Phi 0,13), uma vez que existisse vaga (vaga, Phi 0,11). Relataram que foram submetidos à realização de exames (Phi 0,15), utilizaram aparelhos (Phi 0,09) que foram tirados (tir+, Phi 0,11) e ficou tudo bem com eles (tudo\_bem, Phi 0,12).

No que se refere ao momento da entrada na UTI, as pessoas idosas relataram que em suas memórias ficaram guardados, em alguns casos, justamente a ausência da memória ou o esquecimento. Ou seja, sabiam apenas que foram para a UTI sob o efeito de anestesia porque lhes foi contado, porém não se lembravam. Já outros idosos, ainda, guardavam lembranças vivas do momento da admissão, como pode ser verificado nas UCEs que seguem.

UCE n°. 668, Phi = 0,04 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Me botaram [na mesa cirúrgica], em\_cima, duas lanternas, desse tamanho, ó\_filho, uma aqui outra aqui e disso aí apagou o resto [foi anestesiada]. Quando eu sentei, quando eu acordei... Quando eu acordei, eu estava num leito; [...] Não lembro de mais nada ali, apaguei!

UCE n°. 1099, Phi = 0,02 (UCI n°. 12: \*e\_13 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Outro médico veio também, muito gentil, está entendendo, subi na cama, me deitei; a posição é essa para tomar a anestesia\_geral, e daí eu senti só tomar a anestesia e aí depois eu só fui acordar na UTI.

UCE n°. 156, Phi = 0,01 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Posso lhe contar, mas acho que quando eu me internei na UTI, eu não lembro de nada, não, meu\_filho. Eu fui parar lá porque comecei com uma dor; e aí eu fui parar lá. Me disseram que estava com água\_na\_pleura, aí... [pausa], Disseram que ia tirar.

UCE n°. 360, Phi = 0,01 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Olha, a minha história é que eu cheguei lá normal, para fazer um exame; aí cheguei lá na maca, me botaram lá; me eletrificaram todo [instalaram a monitorização], que eu ainda perguntei até à enfermeira, se fechasse um curto\_circuito se eu ia virar cinza? [risos] Mas isso aí foi na base da brincadeira.

UCE n°. 1165, Phi = 0,02 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Passai mal, fui para a UTI, quase eu morro; quase! Eu tive falta\_de\_ar, eu tenho pressão alta; aí a falta\_de\_ar tomou\_conta, teve que abrir aqui, abrir aqui [fazer traqueostomia], fiquei entubada, mas Deus ajudou que correu tudo\_bem, estou aqui viva, contando que passei por isto.

Conforme as memórias dos idosos que concederam as entrevistas sete e treze, o acesso à UTI aconteceu com eles ainda sob o efeito de anestesia e, por isso, não se lembram da impressão ao acessar o ambiente. Esses idosos ilustraram e reforçaram as ideias discutidas na subclasse anterior, “Da chegada ao hospital à espera da UTI”, quando foram submetidos a um longo tempo de espera na unidade de emergência para a realização de cirurgia.

Para esses idosos, no caminho entre a unidade de emergência e a UTI, estava o centro cirúrgico. A admissão na UTI foi no período pós-operatório imediato e essa condição requer a implementação de cuidados de enfermagem específicos por se tratar de um paciente idoso e pelas especificidades da recuperação anestésica.

Um paciente idoso que foi submetido a cirurgia pode apresentar riscos maiores de complicação, em virtude do processo de envelhecimento somado ao contexto da doença e da hospitalização na UTI. A monitorização precisa ser contínua e rigorosa no sentido de se detectar possíveis alterações e nortear a implementação dos respectivos cuidados. Aspectos como a condição da pele, a queixa de dor, o controle dos ganhos e perdas de líquidos, a perda sanguínea, o débito urinário e o nível de consciência precisam de monitorização contínua no período pós-operatório (ALLEN, 2007). A consciência carece de atenção especial, pois o *delirium* é uma complicação nos pacientes idosos em recuperação cirúrgica (RIEGEL *et al.*, 2015).

Conforme os idosos que concederam as entrevistas dois e quatro, cujas admissões não foram por motivo cirúrgico, fica evidente a memória relacionada com a dor e com a monitorização. Para a participante que concedeu a entrevista dois, a sua condição clínica justificou a admissão. Entende que a dor assumiu tal gravidade que foi preciso “parar lá”, para drenar a água na pleura ou o derrame pleural. Nesse caso, já se percebe a relação feita da UTI com um local destinado aos cuidados de pessoas com doenças graves. Esse conhecimento foi proveniente da própria experiência e da autopercepção enquanto paciente em estado de gravidade.

Já para o idoso que concedeu a entrevista quatro, o que marcou sua memória na admissão foi a quantidade de fios presos sobre ele, para a obtenção da monitorização multiparamétrica. O idoso gracejou sobre a situação quando perguntou à enfermeira “se fechasse um curto-circuito se eu [ele] ia virar cinza”. Ele se percebeu em uma situação nova e inusitada, sendo monitorizado, ou, conforme decodificou, eletrificado.

A monitorização é um dos principais recursos empregados na terapia intensiva. Para os pacientes considerados como críticos ou graves, apenas a observação clínica não é suficiente para dar a segurança necessária à implementação de medidas terapêuticas. Assim, a monitorização auxilia na detecção, quantificação, orientação de terapia e indicação de prognóstico (DAVID; DIAS, 2004).

Monitorizar significa medir fenômenos para determinar parâmetros, com fins estatísticos ou para delimitar o normal do anormal. Desse modo, com a monitorização contínua dos pacientes graves, obtêm-se valores do momento que, com o passar do tempo, indicam a tendência de melhora ou piora. A monitorização é tida, nesse ínterim, como uma bússola no tratamento de pacientes criticamente enfermos. Pode ser contínua ou intermitente, invasiva ou não invasiva; auxilia no diagnóstico e, por si mesma, em não finalidade terapêutica (DAVID; DIAS, 2004).

Por meio de seu bom humor, o idoso que concedeu a quarta entrevista revela medo e tensão quanto aos dispositivos de monitorização utilizados na UTI. A ele, é possível que não tenha sido explicado sobre a utilidade da monitorização multiparamétrica. Sabe-se que a obtenção dos parâmetros clínicos de uma pessoa hospitalizada na UTI é uma condição indispensável para o conhecimento de sua evolução. Obtêm-se dados sobre a frequência e o ritmo cardíacos; oximetria de pulso, que informa sobre a saturação arterial de oxigênio; frequência respiratória; temperatura; pressão arterial, aferida pelo método invasivo ou não invasivo. Também podem ser medidas outras pressões invasivas, como a intra-abdominal e a intracraniana; além do uso de diversos cateteres, sondas, dispositivos e tubos.

Diante disso, entende-se o medo e a tensão subjacentes à fala do idoso. Acredita-se que seja fundamental a explicação ao paciente sobre a importância de cada dispositivo que ele esteja utilizando. A informação poderá ser uma aliada no sentido de contribuir para a redução de medos e tensões, obter-se a compressão e colaboração do paciente, mantê-lo informado sobre seu estado clínico e facilitar a adaptação ao ambiente. Vislumbra-se, dessa forma, um movimento no sentido da valorização do direito da pessoa de obter informação sobre si mesma e do reconhecimento de sua capacidade de absorver informações. O resultado poderá ser uma interação mais harmoniosa e uma melhor adaptação ao ambiente.

Quando conscientes, as pessoas idosas que foram hospitalizadas na UTI são capazes de guardar em suas memórias a percepção que tiveram do ambiente e de si mesmas. Dentre

todos os aspectos presentes durante a hospitalização na UTI, são capazes de recobrar aqueles que foram mais marcantes, conforme assimilado nas UCEs a seguir.

UCE n°. 216, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Aí depois disso eu não me lembro mais o que foi que aconteceu; eu sei que eu fiquei internada lá, na UTI; fizeram todos tipos de processos [procedimentos] que podiam fazer.

UCE n°. 689, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Deixa eu ver, o tempo de UTI... Não estou muito lembrada do tempo da UTI. Ah, me lembro! Me lembro que não me davam a comida. A primeira coisa que o doente, quando ele não morre, que ele lembra é coisa ruim [risos].

UCE n°. 222, Phi = 0,03 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

Disse que a cama não cabia, a maca... Aquela cama do hospital. Disse que eu estava tão inchada que o braço estava assim [grande], a barriga estava que não tinha tamanho; que eu ainda fiz até uma sessão\_de\_hemodiálise para tirar a água e o inchaço.

UCE n°. 945, Phi = 0,03 (UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Tudo bem... Muito normalizado, muito melhor do que logo no início. Logo no início eu estava é... Esperando para recuperar. E sei que inchei todo, eu vim para cá todo inchado, tudo...

UCE n°. 230, Phi = 0,02 (UCI n°. 2: \*e\_02 \*id\_3 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_1)

É sem anestesia, sem\_nada! Eu sei que foram cinco médicos para me segurar para botar isso\_aí [dreno de tórax]. Mas também quando botou, na certa eles me deram alguma r\_medicação que relaxei e fiquei de\_boa [tranquila] lá.

UCE n°. 1245, Phi = 0,03 (UCI n°. 13: \*e\_14 \*id\_1 \*s\_1 \*lc\_1 \*int\_2)

Desci, fiquei na UTI ali de baixo, me pôs o aparelho, graças a Deus; pronto, não tenho nada contra não; todo dia eles faziam curativo para tentar recuperar as pernas, mas não...

UCE n°. 805, Phi = 0,03 (UCI n°. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

Se não é o... Como é? Os médicos bons, eu viajava [morria]. Sei que passou\_de\_hora... Passou de hora da injeção que me deram, aí eu demorei, passei de acordar [parada cardiorrespiratória] e foi aquele corre\_corre; aí depois eu acordei, não teve mais nada, mais problema nenhum não.

UCE n°. 671, Phi = 0,02 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Um quilo de...Um quilo de, como é que chama, de tubo! Tubo e esparadrapo... Aqui outro... Aqui outro... Mais meio quilo aqui de tubo e esparadrapo, de esparadrapo e tubo.

UCE n°. 946, Phi = 0,02 (UCI n°. 10: \*e\_11 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Foi... Tudo aqui ó. As duas [pernas], tudo inchado. E tinha ginga\_no\_corpo [estava sentindo o corpo mal]; agora estou me achando outro, feliz. Estou muito feliz. Depois da cirurgia derradeira, inchei todo, inchei todo. Eu digo, ê nossa\_senhora, botar fé em Deus; graças a Deus, vencendo as batalhas devagarzinho.

UCE n°. 687, Phi = 0,01 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Barriga aberta de lá a cá! Respirar que é bom... Só os aparelhos, tiiti, tiiti, tiiti. Só aquilo ali mata a gente; tiiti, tiiti, tiiti, tiiti, dia e noite! Mas meu filho, outra coisa, digo a você, vamos sempre rogar, pedir a Deus que esse hospital não feche, porque se esse hospital fechar, eu não sei o que vai ser do povo ou de mim mesma.

Destaca-se a ideia apresentada pela participante que concedeu a entrevista sete, dos desconfortos sentidos em decorrência do uso de dispositivos na UTI, tal qual o participante que concedeu a entrevista quatro, quando se refere à “eletrificação” do corpo pela

monitorização. Para a idosa, os tubos e os esparadrapos eram percebidos como pesados sobre seu corpo. Talvez a sensação do peso referido pela idosa tenha sido potencializada devido à presença da dor, sensibilidade provocada pela doença ou mesmo da pressão causada pela fixação mais apertada do tubo e curativos com esparadrapo.

A fixação do tubo orotraqueal, drenos, cateteres e a cobertura de curativos com esparadrapo é um cuidado de enfermagem que precisa ser executado de modo a propiciar conforto e segurança ao paciente. A aplicação de maior pressão pode potencializar a sensação de peso e dor em regiões do corpo já doloridas, na presença de dispositivos igualmente desconfortáveis e restritivos da liberdade de mobilização.

No que se refere à percepção do ambiente da terapia intensiva, os idosos relataram memórias sobre a submissão a procedimentos invasivos; ao jejum; ao edema, relatado como inchação nos fragmentos “estava tão inchada”, “a barriga [...] não tinha tamanho”, “inchei todo” e “tudo inchado”. Relataram também o uso de aparelhos, que provavelmente se referia ao ventilador mecânico, usado nos casos de insuficiência respiratória, após a intubação das vias aéreas. Nessa mesma direção, sinalizou a participante que concedeu a sétima entrevista quando relatou sua dificuldade de respirar espontaneamente e reproduziu o som do ventilador mecânico: “tiiti, tiiti, tiiti, tiiti”, e complementou: “era dia e noite”.

De fato, o som reproduzido pela idosa se assemelhava ao barulho produzido pelo funcionamento do ventilador mecânico. Dessa forma, guardou em sua memória a percepção de si enquanto paciente grave e a percepção do ambiente por meio de sons que lhe eram característicos. Conforme foi discutido na classe quatro, os ruídos são muito presentes na terapia intensiva, alguns provenientes de dispositivos terapêuticos, como ventiladores mecânicos, e podem gerar efeitos negativos sobre pacientes e profissionais (XIN; KANG; MILLS, 2009; COSTA; LACERDA; MARQUES, 2013; MARINHO; ALMEIDA; ANDRADE, 2015).

Nota-se que há uma proximidade, nas memórias relatadas, com uma autopercepção enquanto pacientes graves, em um ambiente permeado por medos e pelo risco de morte. Essa ideia pode ser interpretada na fala do participante que concedeu a oitava entrevista, quando relatou uma cena típica de uma parada cardiorrespiratória sofrida. Segundo ele, esteve na iminência de “viajar”, ou seja, de morrer, sendo salvo pelos “médicos bons”.

O idoso relatou a ideia da morte como uma viagem, ou seja, o movimento de passagem de um mundo terreno e material, para o plano espiritual. Essa ideia é reveladora de



sua espiritualidade, que não limitava o ser humano apenas ao corpo físico, mas admitia a existência do espírito que sobrevive à morte do corpo e é transportado para outra dimensão.

Traz-se, como exemplificação, para discutir a crença cultural da morte como uma viagem, a ideia contida no filme *A partida* (2009). Esse filme retrata a história de um jovem músico japonês, que após perder seu emprego como músico em uma orquestra, regressa com sua esposa para a cidade onde nasceu, em busca de um meio para sobreviver. Em sua cidade natal, encontra um emprego como Nokanshi, agente funerário, que tem a função de preparar corpos após a morte, colocá-los no caixão e, de maneira simbólica, prepará-los para a partida para outro mundo. Toda a história é permeada por muita sensibilidade. Mediante o cuidado ao corpo sem vida, demonstra-se toda reverência e respeito à pessoa. Em meio a conflitos, questionamentos e repulsas, o jovem descobre o verdadeiro sentido da vida por meio da morte.

Ainda, a percepção de si enquanto paciente grave hospitalizado na UTI, pode ser encontrada na fala do entrevistado que concedeu a entrevista onze. Conforme seu pensamento, estava com “ginga no corpo”. Ou seja, por meio da metáfora, expressou a ideia de que se percebeu como tomado por gravidade e com mal-estar generalizado. Apresentou na sua fala um significado diferente para a palavra ginga, presente no dicionário como ato de gingar, que equivale aos movimentos corporais executados na capoeira e pelo tipo malandro; e à navegação utilizando a ginga, uma espécie de remo (FERNANDES; LUFT; GUIMARÃES, 1996).

Nesse caso, “ginga no corpo” pode ter um significado cultural diferente do disposto no dicionário e do uso corrente que se faz da expressão. Resgata-se a caracterização do participante para situá-lo em seu contexto de origem. O participante que concedeu a entrevista onze era proveniente do interior do estado da Bahia, de um município situado na região da Chapada Diamantina, e em toda sua entrevista deixou transparecer simplicidade através de um discurso coerente com sua riqueza cultural. Narrou fatos específicos de sua região e reveladores de um contexto cultural rico, como a participação em terno de reis; caçada de animais silvestres, como onça e caititu; e o talento para a narração de casos do sertão.

Diante disto, conclui-se que a expressão “ginga no corpo” pode ser entendida com outro significado diverso do corrente. Mais ainda, tal significado só é apreendido quando se conhece aspectos da cultura de quem fala, pois se acredita que quem o faz seja representante de um lugar, de um povo de uma cultura.

Conforme as UCEs a seguir, sobre o ambiente da terapia intensiva, as memórias das pessoas idosas revelam como perceberam os acontecimentos à sua volta e como os interpretaram.

UCE n°. 366, Phi = 0,02 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Rapaz, o negócio foi feio... Para botar tanta porcaria de dentro para fora [refere-se ao preparo para ser submetido ao exame colonoscopia]... Mas graças a Deus, foi tudo bem; tudo normalizou e eu estou aqui. Eu... Eu fiquei assustado! Para que eu dizer... Eu fiquei assustado porque eu nunca passei por isto. Quando cheguei lá, não fiz pergunta nenhuma, nem falei nada, mas eu fiquei sondando o ambiente.

UCE n°. 378, Phi = 0,02 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Tem muitos que estão... Muito mal, outros que estão melhorzinhos [na UTI]; porque eu vi mais mal do que melhor; que o melhor mesmo, estava eu. O resto... Estava lá, que eu fiquei, Deus tome conta...

UCE n°. 686, Phi = 0,01 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Que ali tem é gente, na UTI, viu?! Tem! De são que tem lá, somente os trabalhadores; o resto é tudo defunto! É tudo defunto, menino, com o pé cortado, perna cortada [pensativa]...

Conforme relatou o idoso que concedeu a entrevista quatro, a percepção da sua gravidade o levou a ficar assustado com o próprio estado. Visto que nunca estivera naquela situação, foi despertado para observar o ambiente. A ideia contida no fragmento “Quando cheguei lá não fiz pergunta nenhuma, nem falei nada, mas eu fiquei sondando o ambiente” revela desconfiança e apreensão. Imagina-se que o idoso quisesse apreender a ideia do que poderia lhe acontecer a partir do que acontecia no ambiente e com os demais pacientes.

Interpreta-se também que a noção da gravidade na UTI não foi atribuída pelos idosos somente a si próprios. Eles relataram a percepção de que a gravidade era comum também a outros pacientes. Em determinadas situações, perceberam a gravidade do outro até mesmo como maior do que a sua própria. Conforme a percepção do idoso que concedeu a quarta entrevista, “têm muitos que estão... Muito mal”; e, de acordo com a idosa que concedeu a sétima entrevista, “é tudo defunto”, ou seja, estavam fadados à morte e o que lhes faltava era o atestado de óbito.

Em pesquisa realizada no mesmo campo de estudo, encontrou-se como resultado um percentual geral de mortalidade nas UTIs, para o ano de 2014, de 39%. O percentual de mortalidade das pessoas idosas foi de 53,4% e o de não idosos foi 43,8%. A pesquisa concluiu que mesmo as pessoas idosas representando um percentual menor de admissão, têm uma mortalidade mais elevada do que nos outros grupos etários (SACRAMENTO, 2016). Esses dados vão ao encontro dos resultados desta pesquisa, nos quais as pessoas rememoram com frequência a proximidade da morte e a lembrança da ocorrência do óbito de outras pessoas.

Mais uma vez o tema morte retorna à fala dos idosos, revelando uma circularidade de pensamento. Dessa vez, emerge enquanto percepção da proximidade da morte do outro e parecem falar de outro lugar, distante da morte. Ou seja, as memórias são relativas a alguém que já se percebe distante da iminência da morte, mas tem consciência de que estiveram perto dela.

Nesta subclasse, ficam patentes algumas nuances do cuidado da enfermagem às pessoas idosas na terapia intensiva. Inicia-se com a importância de uma comunicação clara, orientando os idosos sobre a finalidade do emprego de cada dispositivo de monitorização e terapêutica, sobre o ambiente da UTI, e a justificativa de sua admissão.

Outro item a ser destacado passa pela busca do conhecimento *émic*, da pessoa idosa, o qual é consonante com a sua cultura (LEININGER, 2008). Assim, o entendimento de expressões com significados específicos e crenças singulares podem ajudar no planejamento e implementação dos cuidados culturalmente congruentes, aliando o conhecimento *émic*, dos pacientes, ao ético, dos profissionais.

Por fim, depreende-se como valiosa a preocupação com a privacidade dos pacientes na UTI. Conforme as memórias dos idosos, a percepção da gravidade e até mesmo da morte alheia levou à associação da situação clínica do outro à sua própria. Entendiam, assim, que estavam imersos em um ambiente em cuja atmosfera paira gravidade e morte.

Sugere-se, então, que a ideia da preservação da privacidade seja constante no intuito de evitar percepções negativas sobre a UTI, sobre outros pacientes e sobre si mesmos. Supõe-se que manter as unidades dos pacientes<sup>25</sup> com as cortinas entre os leitos e as portas fechadas; garantir a privacidade na realização de procedimentos, no atendimento em paradas cardiorrespiratórias ou mesmo na preparação do corpo pós-morte; como também evitar conversas paralelas sobre o estado de saúde de outros pacientes, possam contribuir para evitar percepções negativas sobre a UTI.

#### 5.4.5.3 Tempo de permanência na UTI

A subclasse três, “Tempo de permanência na UTI”, revela as memórias das pessoas idosas sobre o tempo em que lá estiveram. Os participantes rememoram os dias (dia, Phi 0,16)

---

<sup>25</sup> Espaço destinada a cada paciente dentro da UTI ou de enfermarias. Compreende o leito, o espaço à volta com todos os objetos para uso por um paciente.

que ficaram (fique+, Phi 0,21) na UTI (Phi 0,25) e a hora (hor+, Phi 0,16), tanto relacionada com a hora da chegada (cheguei, Phi 0,25; sexta-feira, Phi 0,20) quanto à hora da alta, saí (Phi 0,13), dali (Phi 0,12), embaixo (Phi 0,10). As palavras indo (Phi 0,11) e vinha (vinh+, Phi 0,06) apresentaram ideias opostas entre si.

A palavra indo refere-se, no contexto, à melhora obtida à proporção que o tempo passou. Já a palavra vinha diz respeito ao que chegava ou ao que os idosos obtinham à medida que o tempo passava.

A entrada e a permanência na UTI eram lembradas com detalhes ligados à temporalidade. Em suas memórias, ainda que não guardassem riquezas de detalhes sobre todos os acontecimentos na hospitalização, lembraram-se de marcos temporais, como dias e horas. Tais marcos eram referentes tanto à admissão na UTI quanto à alta, conforme as UCEs que seguem.

UCE n°. 798, Phi = 0,04 (UCI n°. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

Me levaram para lá na cadeira\_de\_rodas; aí eu tive que ficar internado. Eu fiquei lá o que... Uns dez dias... Aí eu fiquei na UTI lá, aí depois que me operaram.

UCE n°. 357, Phi = 0,03 (UCI n°. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Nem me lembro... Eu sei que fiquei mais de quinze dias [na UTI], nessa faixa. Usei fralda é... Usei. Foi indo, foi indo me acostumei de usar fralda...

UCE n°. 628, Phi = 0,04 (UCI n°. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Quando eu desci, fiquei na UTI, não saí da UTI, fiquei na UTI. Passei dez... Onze dias na UTI! Saí da UTI ontem, saí da UTI ontem.

Como pode ser interpretado nas UCEs apresentadas, os idosos rememoraram o tempo de permanência na UTI e o quanto esse período pareceu-lhes ter sido longo. A partir das falas, deixaram transparecer uma imprecisão com relação ao tempo exato. Conforme dados apresentados na caracterização sociodemográfica dos participantes, o tempo de permanência na UTI nesta pesquisa variou entre três e trinta e seis dias, sendo que nove idosos estiveram na UTI por menos de 10 dias e 05, por mais de 10 dias.

Estudo realizado no mesmo campo desta pesquisa, sobre a caracterização da mortalidade de pessoas idosas em UTI, encontrou que o percentual de admissões de pessoas idosas nas Unidades de Terapia Intensiva, no ano de 2014, foi de 45,5%. O tempo de permanência dos idosos variou entre um e setenta dias, com média de dez dias (SACRAMENTO, 2016). Esses resultados estão em conformidade com a literatura, que

aponta para um percentual de idosos nas UTIs do Brasil variando entre 42% e 52%, com tendências à elevação e ao prolongamento da permanência no leito (SCHEIN; CESAR, 2010).

Com o prolongamento da permanência no leito da terapia intensiva, os idosos são expostos a maiores riscos à ocorrência de eventos adversos, a despeito de todo arsenal tecnológico e da qualificação da equipe de profissionais. Os riscos mais comuns são para quedas, lesões por pressão, desidratação, incontinências, descondicionamento físico, infecções e *delirium* (ELIOUPOULOS, 2011). Pedreira, Brandão e Reis (2013) relatam que a ocorrência de eventos adversos com pessoas idosas em UTI gira em torno de 8%, sendo a maioria evitável.

No que diz respeito ao *delirium* ou Síndrome Confusional Aguda (SCA), a hospitalização na UTI pode precipitar a sua ocorrência, com repercussões graves para a pessoa idosa. A UTI, no que diz respeito à sua característica como setor fechado, geralmente sem visão externa, sem definição clara entre os períodos do dia e a falta de noção do tempo, pode levar à desorientação dos pacientes. Essa desorientação pode se manifestar como hipoatividade, agitação, falta de reconhecimento de si e do ambiente, ocasionando piora no estado clínico e prejuízos à memória.

O *delirium* ou SCA é um problema crítico de saúde que acomete em grande escala as pessoas idosas hospitalizadas nas UTIs (BARROS *et al.*, 2015). Manifesta-se de várias maneiras, como déficit de atenção, prejuízos à cognição, alterações comportamentais – alucinações, agitação psicomotora, hipoatividade –, prejuízo à memória, e sonolência (RIEGEL *et al.*, 2015; FAUSTINO, 2015).

O *delirium* acomete mais de 50% dos idosos hospitalizados, com maior prevalência nas unidades de emergência e terapia intensiva (RIEGEL *et al.*, 2015). Nas UTIs, a sua ocorrência varia entre 27 e 79% (BARROS *et al.*, 2015), podendo chegar até 80%, dependendo o perfil clínico, como naqueles que submetidos à ventilação mecânica (TANAKA *et al.*, 2015).

Em um estudo multinacional sobre o *delirium* em terapia intensiva, encontrou-se que 61,2% dos profissionais afirmaram não existir avaliação dos pacientes para detectar a síndrome (TANAKA *et al.*, 2015). No entanto, a principal intervenção para reduzir a manifestação do *delirium* é a identificação dos fatores de risco para a sua precipitação (RIEGEL *et al.*, 2015). Os fatores de risco modificáveis dizem respeito a infecções, uso de sedativos e analgésicos opioides, admissão de urgência, presença de dor, hipóxia, uso de

contenção mecânica, alterações do sono, uso de dispositivos invasivos. Além disso, características da UTI, como iluminação artificial, barulhos e ausência da família também predisõem à ocorrência do *delirium* (BARROS *et al.*, 2015).

Alguns cuidados podem ser implementados no intuito de minimizar os riscos para a ocorrência do *delirium*, como: o atendimento psicológico; a presença de familiares ou pessoas significativas para o idoso; a retirada de contenção mecânica; retirada precoce da ventilação mecânica; propiciar um ambiente calmo, com silêncio; iluminação reduzida, principalmente à noite; mobilização precoce; estimulação cognitiva e integração ao ambiente, mantendo o uso de óculos e aparelhos auditivos, quando possível; utilização de escalas para a avaliação do risco para *delirium*. Esses cuidados justificam-se pelos impactos da síndrome na sobrevivência das pessoas acometidas e em alterações cognitivas em longo prazo (BARROS *et al.*, 2015; RIEGEL *et al.*, 2015).

Em contraposição às afirmações acima, sobre a SCA, pode-se inferir que os idosos participantes desta pesquisa não tiveram suas memórias prejudicadas, pelo menos quanto aos marcos temporais. Outra possibilidade é de que não tenham sido afetados pelo *delirium*, pois, em suas falas, mantiveram a memória e relataram os marcos temporais.

As pessoas idosas relataram também sobre a forma como foram conduzidas para a UTI e as justificativas para a admissão, conforme já discutido na subclasse “Memórias sobre a chegada e a permanência na UTI”. Em complemento à noção de tempo, emitiram também suas percepções a respeito do atendimento recebido enquanto lá estiveram, conforme pode ser interpretado das UCEs a seguir.

UCE n°. 1274, Phi = 0,02 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Me levaram lá para a UTI porque não tinha vaga aqui [na enfermaria]; na minha saída botaram outro; aí foi quando eu passei lá quatro dias. Mas eu vou dizer, depois daqui, a gente não é atendido? É!

UCE n°. 362, Phi = 0,03 (UCI n°. 4: \*e\_04 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Eu cheguei na quinta-feira. Foi... Na quinta-feira; então, quinta, sexta e o\_sábado. Quarta-feira de noite... Então fiquei quinta, sexta e o\_sábado; domingo de noite eu saí, vim para aqui. Mas fui bem tratado. [...]

UCE n°. 1292, Phi = 0,03 (UCI n°. 14: \*e\_15 \*id\_2 \*s\_2 \*lc\_2 \*int\_2)

Não posso falar mal onde não existiu, não é verdade? Me lembro que da hora que eu cheguei lá na sexta-feira, como é que diz, depois que passou a anestesia, mas eu cheguei anestesiado.

UCE n°. 820, Phi = 0,03 (UCI n°. 8: \*e\_08 \*id\_1 \*s\_2 \*lc\_1 \*int\_1)

Eu saí de lá era umas oito horas da noite já. Caçaram uns papéis lá para me dar saída, umas oito horas da noite que eu saí de lá. Me senti bem.

Conforme as UCEs destacadas acima, sobressai-se a noção de satisfação com o atendimento recebido na UTI. Conforme os participantes que concederam as entrevistas sete, oito e quinze, não houve motivo para a desqualificação do atendimento que receberam na UTI. Para eles, foram “bem tratados” e essa ideia sobrepôs-se aos desconfortos sentidos no curso da hospitalização, às dificuldades de acesso e à espera pela vaga na UTI.

A saída da UTI foi relatada como motivo de alívio, talvez pelo fato de perceberem-se como que recobrando um estado de saúde mais próximo do anterior à hospitalização, como pode ser exemplificado nas UCEs seguintes.

UCE nº. 630, Phi = 0,05 (UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Estava aguardando uma vaga nesses apartamentos aqui em cima para eu subir. Aí foi quando surgiu esse apartamento aqui, ele levou mais de... Mais de dez dias para me entregarem [para surgir a vaga]. Mais de dez dias para me entregar aqui. Aí eu vim para aí para cima. Da UTI, me trouxe para aqui, para a enfermaria.

UCE nº. 309, Phi = 0,03 (UCI nº. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Eu digo, é, graças a Deus [sobre a alta da UTI]! Aí quando pintou [surgiu] uma vaga lá em cima, no primeiro andar, me levaram para lá, para a enfermaria. Lá [na enfermaria], quando eu cheguei lá [foi] que fiquei bom...

UCE nº. 629, Phi = 0,02 (UCI nº. 7: \*e\_07 \*id\_2 \*s\_1 \*lc\_2 \*int\_2)

Na misericórdia de Deus que apareceu um filho de Deus vivo, que eu apelei, meu filho, me tire dessa frieza! Ele respondeu, vou tirar a senhora; já eram seis horas e aí eu saí. Aí saí da UTI, vim para onde meu Deus? Saí da UTI e vim para a enfermaria.

UCE nº. 312, Phi = 0,04 (UCI nº. 3: \*e\_03 \*id\_2 \*s\_2 \*s\_2 \*int\_1)

Aí foi indo, foi indo, Deus me ajudou, eu saí! Foi! Oxe, fiquei foi alegre quando eu saí de lá! Oxe! Hum... Na UTI eu me lembrei quando... Sempre logo, logo, não me davam água.

A alta da UTI e a vaga na enfermaria eram aguardadas com ansiedade. Nas falas destacadas, fica claro que a contagem dos dias e das horas, com o prolongamento da permanência na UTI, pode ser interpretada como algo difícil e pesado. A participante que concedeu a entrevista sete expressou tal demora, afirmando que “levou mais de dez dias” até a alta para a enfermaria. Sua vontade de sair da UTI pode ser entendida pela complementação de sua ideia, que afirmou ter sido preciso apelar para um médico, em sua linguagem, “um filho de Deus vivo”, que apareceu. Para ela, era insuportável continuar na UTI sentindo o frio, conforme discutido na classe quatro.

O participante que concedeu a entrevista três reforça o desejo pela alta da UTI, assim como a participante que concedeu a entrevista sete. Para ele, a alta foi motivo de agradecimento a Deus e de alegria. Entende-se tal comportamento por deduzir-se que houve melhora clínica expressa no fragmento “quando eu cheguei lá [foi] que fiquei bom”. Nesse

sentido, opôs seu pensamento sobre a melhora à permanência na UTI. Para ele, havia a ideia da ligação da UTI à gravidade, ao desconforto e à proximidade com a morte. Ao passo que a saída da UTI representa o distanciamento desse contexto.

Diante do exposto, ressalta-se a importância de manter os pacientes idosos orientados no tempo e no espaço, enquanto hospitalizados na UTI. A preservação da consciência pode contribuir com a noção de si e para a interpretação do que acontece em sua volta, sendo fator importante para a autonomia, respeito e a dignidade humana. Cabe à enfermagem, nesse ínterim, orientar quanto a datas, dias da semana e hora do dia; expor relógios nas paredes, em local de fácil visualização; conversar com os idosos, mantendo-os conscientes de onde estão; e avaliar periodicamente o nível de consciência a fim de detectar flutuações e implementar oportunamente os respectivos cuidados.

## **6 CORRELAÇÃO ENTRE A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL E OS RESULTADOS DA PESQUISA**



Neste capítulo da tese, realizou-se a associação entre os resultados encontrados e a Teoria do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger (1985; 2008), por meio dos conceitos que permeiam seus quatro níveis e da forma lógica Sol Nascente. Assim, retomam-se alguns pontos que foram discutidos nas cinco classes lexicais, as quais revelaram a visão de mundo das pessoas idosas, as dimensões da estrutura social e cultural; e aspectos do contexto ambiental.

Como discutido, estes itens influenciam os padrões, as expressões e as práticas de cuidar. Levam também à compreensão da saúde como circunscrita a uma dimensão holística, capaz de interferir no bem-estar e ao mesmo tempo ser influenciada por este. A Teoria alcança tanto níveis individuais, quanto coletivos, como famílias, grupos, comunidades e instituições (LEININGER, 1985; 2008). As conjecturas desta tese restringem-se ao nível individual, visto que participaram somente pessoas idosas.

### 6.1 Visão de mundo das pessoas idosas

A visão de mundo, no âmbito da Teoria do Cuidado Cultural, é descrita como “valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de forma padronizada” (LEININGER, 2008, p. 8). A partir da interpretação dos resultados desta pesquisa, identificou-se que aspectos da visão de mundo das pessoas idosas estão fortemente ligados às suas identidades culturais. Poder-se-ia falar em visões de mundo, uma vez que a partir de suas crenças, hábitos e costumes, exprimem a forma como interpretam o mundo à volta a partir da experiência da hospitalização na UTI. Essas ideias ficam claras nas discussões das classes lexicais.

No que diz respeito à alimentação, apreende-se que o padrão das pessoas idosas está ligado às preferências individuais, ao local de origem, às crenças quanto ao que consideram um bom alimento para a vida e à melhor forma de preparo. Para eles, o ato de alimentar-se está ligado à mastigação e deglutição; e a hidratação, à ingestão hídrica. A alimentação é entendida como uma necessidade para a sobrevivência e como um recurso para a obtenção da melhora clínica, que, por sua vez, possibilita a alta hospitalar e a manutenção da saúde.

As pessoas idosas se posicionam como cidadãos críticos frente a uma realidade social que interpretam como caótica. Tal realidade restringe e dificulta o acesso a medicamentos, tratamentos e aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, expressam um senso de generalização da baixa resolutividade do SUS; de conformismo; resignação e aceitação do atendimento hospitalar recebido. Desse modo, transitam entre a crítica à realidade vivenciada, o agradecimento por ter conseguido acessar o sistema público de saúde e o medo de sofrerem retaliações frente a qualquer crítica que seja feita.

Há a identificação do desejo de manutenção da saúde física e psíquica, com a adoção de um estilo de vida mais saudável, após o adoecimento. Identifica-se também o desejo de ser útil à família, a esperança na continuidade da vida e o retorno ao cotidiano, com os quais podem se manter ativos, produtivos, autônomos e independentes. A perda da autonomia e independência é-lhes causa de sofrimento, sobretudo por se sentirem incômodos aos seus familiares. Há uma forte valorização da casa, do parentesco e das relações sociais.

Durante a hospitalização, veio à tona o pudor, sobretudo entre as mulheres, frente à exposição da privacidade. O banho no leito é tido como insatisfatório e incompleto, pois difere do banho de aspersão<sup>26</sup>, realizado por eles mesmos. Há vinculação do medo de morrer com o adoecimento e a hospitalização na UTI, pois, para eles, este é um setor destinado a pacientes graves. A fé em Deus e a religiosidade são fatores que sustentam as pessoas idosas frente às dificuldades vivenciadas e os mantém firmes na busca pela recuperação e manutenção da saúde.

## 6.2 Dimensões das estruturas social e cultural

As dimensões das estruturas social e cultural, de acordo com Madeleine Leininger (1985; 2008) são os padrões e aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura específica [subcultura ou sociedade]. Dentre tais dimensões, estão os fatores tecnológicos, religiosos, de parentesco e sociais, políticos e legais, estilo de vida e culturais, econômicos e educacionais. Esses fatores são vistos como inter-relacionados e capazes de influenciar o comportamento das pessoas, em diferentes contextos ambientais (WELCH, 2004).

---

<sup>26</sup> Banho no chuveiro.

### 6.2.1 Fatores tecnológicos

De acordo com a forma lógica do Sol Nascente, os fatores tecnológicos influenciam a visão de mundo ao mesmo tempo em que recebem influências desta, pela sua interpretação. Neste item, no contexto ambiental do domicílio, os fatores identificados dizem respeito à utilização de instrumentos no cotidiano como, por exemplo, na preparação de alimentos, à resistência ao consumo de produtos industrializados, e aos meios de transporte utilizados, como carro, cadeira de rodas e maca.

No contexto hospitalar, destaca-se todo o arsenal tecnológico disponível para a terapêutica, monitorização e cuidados. Estes são capazes de desencadear sensações como desconforto, medo e segurança nas pessoas idosas.

### 6.2.3 Fatores religiosos

Identificou-se a presença de crenças religiosas entre todos os participantes. Dentre os quatorze participantes, dez eram católicos, três, evangélicos, e um, Testemunha de Jeová. Os fatores religiosos emergiram por expressões como “Senhor”, “bom Deus”, e “igreja”. A superação da doença, manifestada pela melhora, se expressa por meio do agradecimento a Deus e do reconhecimento da ajuda divina.

### 6.2.4 Fatores de parentesco e sociais

Todos os participantes viviam com as suas famílias, geralmente em lares multigeracionais. Eram casados, viúvos ou separados. Havia referência à sua cultura baseada na transmissão de conhecimentos entre as gerações como forma de educar os descendentes. Identificou-se a referência a vínculos familiares fortes e os sentimentos de saudade e preocupação diante do afastamento proporcionado pela hospitalização.

A família apareceu como um suporte imprescindível às pessoas idosas, seja no hospital ou no cotidiano. A segurança proporcionada por um familiar leva os idosos ao enfrentamento positivo das adversidades impostas pela doença e hospitalização na UTI e ainda, mantém viva a noção de pertencimento.

### 6.2.5 Valores e estilos de vida culturais

Os valores e estilos de vida culturais identificados entre as pessoas idosas estão imbricados com suas visões de mundo, com os demais fatores da dimensão social e cultural e com o contexto ambiental.

Identificou-se um estilo de vida com forte influência da ruralidade, como o trabalho agrícola e agropecuário; realização de trabalhos manuais, como carpintaria; comércio; realização de trabalhos domésticos; e caça de animais silvestres. Seus discursos foram permeados pela fé em Deus; mostraram-se como exímios contadores de histórias, contribuindo para a transmissão de conhecimentos e valores aos seus descendentes. Possuíam hábitos alimentares bem definidos, conforme o que acreditam ser bom para comer, de acordo com as preferências individuais. A alimentação compunha-se preferencialmente por produtos regionais que, em alguns casos, eram produzidos e preparados pelos próprios idosos. Havia preocupação, principalmente entre as mulheres, em preservar o pudor e a privacidade.

### 6.2.6 Fatores políticos e legais

Com relação aos fatores políticos e legais, identificou-se crítica à política e aos governantes. Para os idosos, os políticos se lembram da população somente às vésperas das eleições por meio da adoção de medidas eleitoreiras, sem uma melhora significativa nos serviços públicos oferecidos.

No caso da saúde, o baixo investimento se traduz em uma rede de serviços desestruturada; dificuldades para acessar o SUS; demora no surgimento de vagas; superlotação; e dificuldades para garantir a continuidade de tratamentos essenciais.

### 6.2.7 Fatores econômicos

No que diz respeito aos fatores econômicos, todos os participantes tinham em comum renda pessoal baixa. O salário mínimo que recebiam era tido como pouco, insuficiente, injusto e incompatível com a vida de trabalho e contribuição que levaram. Dentre os quatorze participantes, treze sobreviviam com o recebimento de um salário mínimo mensal,

proveniente de aposentadoria ou auxílio doença. Isso podia se traduzir em dificuldades na aquisição de medicamentos, alimentos e para acessar o sistema de saúde.

#### 6.2.8 Fatores educacionais

Os participantes possuíam baixa ou falta de escolaridade. Dentre os quatorze idosos, nove tinham apenas o ensino fundamental incompleto, quatro eram analfabetos e apenas um cursara o ensino médio completo. Em consequência, todos os participantes informaram ter exercido profissões que não exigem educação formal ou que requerem apenas baixa escolaridade.

#### 6.3 Contexto ambiental e linguagem

O ambiente, no bojo da Teoria do Cuidado Cultural, é composto por contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e culturais que imprimem significados às expressões humanas, interpretações e interações sociais (WELCH, 2004).

Com relação ao contexto ambiental, identificou-se que doze idosos viviam na zona urbana e apenas dois na zona rural. No entanto, guardavam memórias sobre o ambiente rural, onde viveram antes de migrarem para os centros urbanos.

Com relação à origem, destaca-se que seis idosos vieram do interior da Bahia, de regiões diversas como o Sul e a Chapada Diamantina. Os outros oito participantes moravam na capital do estado da Bahia, Salvador.

Com a realização de entrevistas no domicílio das pessoas idosas, foi possível constatar parte da realidade do local onde viviam. Em quase todas as entrevistas realizadas nos domicílios, os idosos moravam em casas pequenas, com pouca ventilação e sem iluminação natural, localizadas em bairros periféricos de Salvador, caracterizados pela dificuldade de acesso. Algumas eram localizadas em pequenas ruas transversais inacessíveis para carros, com acesso por escadas e situadas em ladeiras. Os bairros eram formados por casas construídas em encostas, às vezes inacabadas, de laje, sem reboco e sem pintura, permeados pela falta de saneamento básico e pavimentação. A violência e o medo estavam presentes nesse contexto.

As pessoas que moravam no interior do estado da Bahia expressaram uma cultura com conteúdo coerente com o local de onde vieram. Eram pessoas receptivas, simples e que transmitiam sinceridade em suas falas.

O ambiente hospitalar também se fez presente nas memórias das pessoas idosas. Os relatos foram desde a unidade de emergência, marcada pelas demoras no atendimento; superlotação; espera para a realização de cirurgia e por vaga na UTI; convivência com pacientes com lesões de pele necrosadas; e com a proximidade da morte. O contexto ambiental da UTI foi identificado como causador de desconfortos, medo, sem privacidade, por um lado, e por outro, como seguro e adequado para a recuperação da saúde.

As pessoas idosas demonstraram a utilização de uma linguagem coerente com sua cultura. Possuíam uma forma própria de se comunicar, e às vezes se utilizaram de expressões metafóricas que necessitaram de entendimento cultural para serem compreendidas. São exemplos as palavras “reclamar”, “manobrando”, “tremelosa”, “bagaceira”, “carniçarina” e “ginga no corpo”, “corredor da morte” e “curral da matança”, que possuem significados conotativos distintos.

### 6.3.1 Expressões dos padrões e práticas de cuidar

Este estudo teve como abrangência apenas o indivíduo, não se estendendo para a apreensão das práticas de saúde de famílias, grupos ou comunidades. Assim, no nível individual, não foi possível identificar as práticas de autocuidado, mas identificou-se nos idosos a pretensão de adotar um estilo de vida que lhes possibilite um viver melhor e com mais saúde. São exemplos o abandono do hábito de ingerir bebidas alcoólicas e de fumar; o uso de protetor solar; a intenção de evitar esforço físico excessivo e de se alimentar em horários regulares. Há ainda a intenção de aderir a um plano terapêutico, seguindo à risca as orientações médicas.

### 6.4 Sistemas de cuidar – popular, profissional, enfermagem

Este estudo não teve o objetivo de conhecer as práticas populares de cuidado, as quais só seriam possíveis com um delineamento metodológico específico. No entanto, admite-se que as práticas de autocuidado são influenciadas pela visão de mundo, fatores da estrutura social e cultural, e contexto ambiental, conforme a Teoria do Cuidado Cultural, de Leininger (1985; 2008). Dessa forma, partiu-se do pressuposto de que é subjacente às pessoas idosas a tentativa de compreensão dos cuidados que lhes são prestados no ambiente hospitalar, sobretudo na UTI. Assim sendo, a enfermagem atua dentro do sistema profissional de cuidar buscando a compreensão cultural da pessoa idosa e a congruência do cuidado.

O sistema profissional de cuidar, no contexto da hospitalização em UTI, é caracterizado por conhecimentos estruturados, com rotinas definidas, pouca flexibilidade e, às vezes, ruídos na comunicação com as pessoas idosas. Dentro desse sistema, a enfermagem deve fazer o movimento de transitar entre o meio profissional e a realidade do idoso, considerando-o como parte interessada no cuidado, respeitando-o e valorizando sua cultura no planejamento do cuidado.

#### 6.5 Decisões e ações do cuidar em enfermagem: preservação / manutenção do cuidar cultural, acomodação / negociação do cuidar cultural e remodelação / reestruturação do cuidar cultural

Como foi dito acima, esta pesquisa não alcançou a identificação das práticas de autocuidado desenvolvidas pelas pessoas idosas. Nesse sentido, não é possível afirmar quais cuidados podem ser preservados ou mantidos no grupo estudado.

##### A acomodação / negociação

diz respeito às ações e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais (WELCH, 2004, p.572).

Assim, no contexto hospitalar, admite-se a necessidade de que todos os cuidados prestados pela enfermagem sejam entendidos pelas pessoas idosas, negociados e acomodados. Ou seja, a realização do plano de cuidados necessita de um conhecimento prévio sobre a cultura das pessoas e as ações precisam ser alinhadas entre as expectativas dos idosos e a realidade do serviço de saúde. Como resultado, alcança-se a congruência do cuidado cultural.

Identificou-se que há necessidade de negociação para a acomodação dos cuidados nos seguintes aspectos: dieta hospitalar, no intuito de melhor aceitação, compreensão das

restrições e uso de vias alternativas para a alimentação; hidratação, levando a compreender os motivos das restrições e o uso de vias alternativas; privacidade, sobretudo na realização do banho e de procedimentos nos quais seja necessária a exposição corporal; banho de leito, objetivando a redução do desconforto proporcionado pela manipulação e a busca pela satisfação; presença mais efetiva de familiares ou pessoas significativas, traduzida pela visita estendida ou acompanhamento durante a permanência na UTI; cuidados com o ambiente, como adequação da temperatura ou busca pelo aquecimento corporal, redução de ruídos, adequação da iluminação, visando ao conforto e a prevenção de síndromes decorrentes dos estressores ambientais; melhoria na comunicação, para proporcionar uma adaptação e integração da pessoa idosa ao ambiente da UTI e mantê-la informada sobre si mesma.

Como foi explicitado no item sobre a preservação e manutenção do cuidar cultural, esta pesquisa não alcançou a identificação das práticas de autocuidado desenvolvidas pelas pessoas idosas. Como consequência, não é possível afirmar quais cuidados necessitam de remodelação ou reestruturação.

## **6.6 Diretrizes propostas para a congruência do cuidado cultural às pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva**

A Teoria do Cuidado Cultural tem por objetivo orientar a prestação de cuidados de enfermagem que sejam coerentes com a cultura e adequados às necessidades, de acordo com as crenças, os valores e a realidade do modo de vida da pessoa cuidada. Conforme Leininger (1985; 2008), a falta de conhecimento a respeito da cultura das pessoas atendidas pelos serviços de saúde, em qualquer nível, traduzido pela incapacidade de enxergá-las em um contexto ambiental, resultam em perda de qualidade no cuidado.

É imprescindível que os profissionais da enfermagem levem em consideração não apenas o seu ponto de vista e suas interpretações sobre as pessoas idosas, *étic*, mas que também considerem os conhecimentos delas. Desse modo, pode superar a visão etnocêntrica, alcançando o conhecimento *émic*. De acordo com Leininger (1985; 2008), o cuidar que leva em consideração a cultura das pessoas é qualificado como um bom cuidado e fortalece a qualidade na saúde.

O cuidar de enfermagem culturalmente congruente está relacionado



às ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, feitas à medida para servir os valores, crenças e modos de vida do indivíduo, grupos ou instituições para prestar ou apoiar os serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos ou satisfatórios (WELCH, 2004, p. 572).

Os resultados obtidos nesta pesquisa, sobre as memórias das pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva, levaram ao conhecimento de aspectos da cultura do grupo estudado. Esses aspectos, embora não sejam aprofundados devido ao alcance limitado do método da pesquisa no que diz respeito à identificação do autocuidado praticado pelas pessoas idosas, levam ao entendimento do que precisa ser considerado pelos profissionais da enfermagem que atuam na terapia intensiva, a fim de melhor qualificar os serviços prestados às pessoas idosas.

Na mesma direção dos resultados obtidos, buscou-se apoio na literatura sobre a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1985; 2008) e sobre os cuidados às pessoas idosas para apoiar as diretrizes sugeridas. Parte-se do entendimento de diretriz como sendo uma orientação, guia ou rumo (FERNANDES; LUFT; GUIMARÃES, 1996), e sugere-se a adoção de cuidados que vão ao encontro da pessoa idosa como detentora de uma história de vida e cultura que precisam ser considerados. Esses cuidados perpassam toda a hospitalização das pessoas idosas na UTI, desde a admissão, permanência até a alta.

Em projeto baseado em histórias de vida de pessoas idosas atendidas em um centro dia da Espanha, foram feitas proposições de intervenções a partir da identificação de gostos ou preferências dos participantes da pesquisa (MIRAMÓN, 2012). O trabalho referido mostrou que é possível adequar os cuidados às necessidades identificadas.

Não se pretende propor planos de cuidados de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem por se entender que estes consideram todos os aspectos relacionados aos cuidados e ao tratamento das pessoas idosas, sem se ater somente nos aspectos culturais. Nessa direção, pretende-se que as diretrizes propostas, elaboradas com base nos resultados da pesquisa, na Teoria do Cuidado Cultural e na literatura sobre o cuidado às pessoas idosas em terapia intensiva, subsidie os enfermeiros na elaboração dos planos de cuidado diários.

No Quadro 18, a seguir, apresentam-se as diretrizes propostas para o alcance da congruência do cuidado cultural às pessoas idosas em Unidade de Terapia Intensiva. Para a sua elaboração, apoiou-se nos resultados da pesquisa apresentados e discutidos nas cinco

classes lexicais. A partir desses resultados, os itens considerados como fundamentais para a congruência do cuidado cultural.

Diante disso, elaboraram-se diretrizes para orientar o acolhimento das pessoas idosas na UTI, no momento da admissão e quando do estabelecimento do contato inicial. Para a avaliação, propuseram-se diretrizes, considerando-se que esta é indispensável à busca de informações sobre a pessoa idosa, sua história, seus hábitos, suas crenças, suas expectativas e seu conhecimento a respeito da hospitalização e sobre a UTI, além de nortear o exame físico.

Sobre a alimentação, elaboraram-se propostas que visam identificar as preferências, as crenças e os hábitos alimentares dos idosos, as restrições e os ajustes necessários. Com relação à integração ambiental e ao conforto, propõem-se diretrizes que visam facilitar a adaptação ao ambiente e reduzir os eventuais impactos negativos da UTI sobre os idosos. Também são propostas ações para a manutenção da privacidade, identificação, respeito e valorização da religião.

Por fim, propõem-se diretrizes prioritariamente para a acomodação / negociação do cuidado cultural, por se entender que na terapia intensiva a pessoa hospitalizada se encontra em situação de maior dependência da equipe. No entanto, no decorrer da hospitalização, à medida que se obtêm informações a respeito da cultura da pessoa idosa relacionada ao autocuidado, pode-se propor ações que visem a preservação / manutenção ou a reestruturação / remodelação do cuidado cultural, conforme recomenda a Teoria de Leininger (LEININGER, 1985; 2008).

As diretrizes propostas se justificam pelos próprios resultados encontrados e estão fundamentadas na Teoria do Cuidado Cultural e na literatura relacionada ao envelhecimento e à hospitalização de pessoas idosas em Unidade de Terapia Intensiva.

**Quadro 18** - Diretrizes propostas para a congruência do cuidado cultural às pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva. Salvador, Bahia, Brasil. 2016

DIRETRIZES	JUSTIFICATIVAS
<b>Acolhimento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ao admitir a pessoa idosa na UTI, chamá-lo pelo nome.</li> <li>– Explicar onde se encontra e os motivos da admissão.</li> <li>– Explicar a necessidade de monitorização e o uso de dispositivos, de acordo com as</li> </ul>	<p>O acolhimento com o fornecimento de informações sobre a unidade e um comportamento empático leva à satisfação dos pacientes, redução de ansiedade e à formação de uma visão positiva sobre a hospitalização (SILVA; CONTRIN, 2007); à</p>

<p>características da UTI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Criar uma atmosfera de acolhimento que permita a livre troca de informações entre os profissionais e os idosos.</li> </ul>	<p>manutenção da dignidade e do respeito pelo outro (SILVA, 2001; BRASIL, 2004; ONU, 2007; GÓMEZ-CARRETERO; MONSALVE; SORIANO, 2007).</p> <p>A dependência da tecnologia pela enfermagem para o cuidado leva a um distanciamento interpessoal e a uma menor satisfação dos pacientes (WELCH, 2004; LEININGER, 1985; 2008).</p>
<b>Avaliação<sup>27</sup></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>–Dirigir-se sempre à pessoa pelo seu nome.</li> <li>–Utilizar-se de uma abordagem individual, centrada na pessoa.</li> <li>–Considerar a pessoa idosa como participante no controle e no tratamento de saúde.</li> <li>–Explicar a razão da entrevista e dar um breve esboço do que será seguido.</li> <li>–Enfatizar a capacidade funcional da pessoa idosa e não as incapacidades.</li> <li>–Proporcionar um ambiente adequadamente iluminado, sem luz direta sobre os olhos da pessoa idosa.</li> <li>–Certificar-se de o paciente esteja enxergando e ouvindo bem.</li> <li>–Na presença de baixa acuidade auditiva: falar diretamente à pessoa, em tom claro e baixo, com velocidade moderada; e ao lado da audição preservada, caso haja diferença.</li> <li>–Certificar-se de que o idoso esteja utilizando aparelho auditivo e que esteja em boas condições de funcionamento.</li> <li>–Encarar a pessoa idosa ao falar, sem ocultar a boca.</li> <li>–Articular as palavras com cuidado.</li> <li>–Repetir a pergunta, caso seja necessário.</li> <li>–Reduzir barulhos provenientes do ambiente.</li> <li>–Ser paciente, descontraído e não</li> </ul>	<p>O propósito da avaliação é “identificar os aspectos positivos e as limitações da pessoa, de modo que possam ser realizadas intervenções efetivas e apropriadas visando a promover o funcionamento mais satisfatório e a prevenir a incapacitação e a dependência” (LUECKENOTTE, 2002, p.2).</p> <p>De acordo com a Teoria do Cuidado Cultural, a busca por conhecimentos visa identificar a visão de mundo e as dimensões da estrutura social e cultural, que correspondem aos fatores estruturais e organizacionais de uma determinada cultura e que são capazes de entender o comportamento das pessoas (WELCH, 2004; LEININGER, 1985; 2008).</p> <p>As experiências e histórias devem ser levadas em consideração. Assim como as histórias de vida são individuais, as experiências também são. Essa realidade torna cada pessoa única e justifica a necessidade de individualização dos cuidados.</p> <p>É importante que o profissional tenha conhecimento sobre a geriatria e gerontologia. Esses conhecimentos favorecem a distinção entre os achados que são próprios do envelhecimento, daqueles que possam ser decorrentes do adoecimento e dos fatores ambientais. Existem diferenças</p>

<sup>27</sup> Para este item, buscaram-se diretrizes complementares em: LUECKENOTTE, A.G. **Avaliação em Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

<p>apressado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Dar tempo suficiente para a pessoa idosa responder às perguntas possibilitando o ordenamento do pensamento antes de responder.</li> <li>–Complementar a busca por informações com familiares, amigos, cuidadores ou outras pessoas significativas.</li> <li>–Atentar-se para a linguagem corporal própria e da pessoa idosa, para facilitar a coleta de informações e melhorar a empatia.</li> </ul> <p><b>Identificar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Etnia referida, sexo, estado civil, grau de educação, ocupação, renda mensal.</li> <li>–Atividades realizadas em um dia típico.</li> <li>–Atividades de recreação e lazer.</li> <li>–Pessoas significativas, características da família e do ambiente doméstico.</li> </ul> <p><b>Solicitar que a pessoa idosa conte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–A queixa principal e a razão para o internamento.</li> <li>–Estado de saúde anterior à hospitalização.</li> <li>–Presença de doenças crônicas não transmissíveis e as respectivas formas de controle utilizadas.</li> <li>–Crenças e expectativas relacionadas à doença e à hospitalização.</li> <li>–Recursos utilizados para o suporte à saúde.</li> <li>–Práticas populares de cuidados à saúde.</li> <li>–Questionar sobre as expectativas da pessoa idosa após a alta hospitalar.</li> <li>–Questionar sobre a presença de medos quanto à hospitalização na UTI e incentivar a sua expressão.</li> <li>–Identificar mudanças no comportamento dos idosos, que possam ser indicativas de alterações cognitivas.</li> <li>–Levar em consideração as experiências e histórias de vida de cada pessoa para que possa ser preservada a individualidade na</li> </ul>	<p>entre os idosos, tal como são diferentes as idades. Assim, é importante conhecer as características do envelhecimento para, pelo menos, cada década, a partir dos 60 anos. Dessa forma, deve-se levar em consideração a heterogeneidade entre os idosos, ao invés de considerar todos como iguais e pertencentes a um grupo homogêneo (LUECKENOTTE, 2002).</p>
--	---

<p>prestação do cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Distinguir entre os achados normais relacionados com o processo de envelhecimento, e aqueles que sejam provenientes do adoecimento e de incapacidades.</li> <li>– Complementar a avaliação com a realização do exame físico direcionado às pessoas idosas.</li> </ul>	
<b>Alimentação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar preferências alimentares.</li> <li>– Solicitar a descrição da alimentação típica em 24 horas.</li> <li>– Identificar ganho e perdas de peso recentes.</li> <li>– Identificar problemas que afetam a ingestão de alimentos.</li> <li>– Promover uma higienização oral adequada, no intuito de remover resíduos e sabores desagradáveis, manter o conforto e favorecer a aceitação da dieta por via oral, com melhoria no paladar.</li> <li>– Explicar sobre necessidades eventuais de jejum ou de impossibilidade de ingestão por via oral, e o uso de vias alternativas para a alimentação e hidratação.</li> </ul>	<p>A alimentação é a primeira aprendizagem social do ser humano, permeia todo o curso da vida, é resultado da cultura e tem íntima relação com os sentidos (GARINE, 1987; DA MATTA, 1987; ACKERMAN, 1992; ORNELLAS, 2008; CONTRERAS; GARCIA, 2011; TAVEIRA; MEDEIROS, 2015).</p> <p>É importante fazer um ajuste entre os hábitos alimentares das pessoas idosas e a alimentação no hospital a fim de melhorar a aceitação, estado nutricional e favorecer a homeostase (POTTER; PERRY, 2005; CRUZ, 2010; DEMÁRIO; SOUZA; SALLES, 2010; LIMA <i>et al.</i>, 2014; PASSOS <i>et al.</i>, 2014).</p>
<b>Integração ambiental e conforto<sup>28</sup></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promover a integração da pessoa idosa com o ambiente da UTI.</li> <li>– Atuar sobre o ambiente tornando-o mais agradável, confortável, acolhedor e menos hostil às pessoas idosas.</li> <li>– Recomenda-se que o ambiente esteja livre de odores, limpo, organizado, sem utensílios como aparadeiras e papagaios à vista.</li> <li>– Não permitir a presença de fios sob o paciente.</li> <li>– Retirar fios e dispositivos que não estejam em uso.</li> <li>– Manter coberturas de curativos e</li> </ul>	<p>O conforto, incluindo a dimensão ambiental, é uma meta central e um imperativo moral do cuidado de enfermagem (MUSSI, 2005; NIGHTINGALE, 2010; PONTE <i>et al.</i>, 2012; PONTE <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Estresse emocional intenso, como no período pós-operatório, a mudança de ambiente e a hospitalização; deficiências sensoriais ou perceptivas, como ruídos intensos ou alterações no funcionamento dos sentidos; exposição a um ambiente estranho e sem significado para o idoso; imobilização física ou química; privação do sono; ausência de</p>

<sup>28</sup> Para este item, buscaram-se diretrizes complementares em: LUECKENOTTE, A.G. **Avaliação em Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

<p>fixações de cateteres em um nível seguro, porém sem apertar excessivamente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>–Promover a analgesia antes da realização de procedimentos, como o banho e curativos.</li><li>–Tornar o banho no leito mais confortável para o paciente, evitando o excesso de manipulação, a exposição da privacidade e dor.</li><li>–Adequar a temperatura da água do banho aos hábitos da pessoa idosa.</li><li>–Não permitir que a realização de procedimentos invasivos, de higiene corporal, banho no leito, atendimento em parada cardiorrespiratória, a morte e o preparo do corpo pós-morte seja visualizada por outros pacientes.</li><li>–Colaborar para a manutenção da consciência pessoa idosa, por meio de comunicação frequente, da utilização de instrumentos para a avaliação de déficits cognitivos agudos, utilização de contenção mecânica apenas nos casos estritamente necessário e facilitar a presença da família.</li><li>–Identificar barreiras individuais que possam dificultar a percepção do ambiente, a integração, a comunicação e o entendimento das informações, como a baixas acuidades visual e auditiva e falta de compreensão do idioma.</li><li>–Possibilitar o uso de aparelhos auditivos e óculos, além de certificar-se que estejam em boas condições de uso e são utilizados adequadamente.</li><li>–Manter ruídos e distrações em um nível mínimo, como televisão, rádio, volumes de alarmes e conversas.</li><li>–Manter a temperatura em um nível confortável.</li><li>–Manter a iluminação difusa, evitando-se iluminação direcionada.</li><li>–Evitar superfícies polidas e brilhantes, como paredes, pisos, tetos ou mobiliários.</li><li>–Atentar-se para a expressão de medos,</li></ul>	<p>referências quanto ao tempo e ao espaço, podem desencadear o <i>delirium</i> (LUECKENOTTE, 2002; TANAKA <i>et al.</i>, 2015; BARROS <i>et al.</i>, 2015; RIEGEL <i>et al.</i>, 2015; FAUSTINO, 2015).</p>
---	--

ansiedade, aborrecimentos que podem ser indicativos do estado emocional da pessoa idosa.	
<b>Privacidade</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>–Preservar a privacidade das pessoas idosas e de todos os pacientes na UTI.</li> <li>–Reportar-se sempre à pessoa idosa solicitando-lhe autorização diante da necessidade da realização de procedimentos em que seja necessária a exposição da privacidade.</li> <li>–Utilizar recursos disponíveis na unidade, como biombos, cortinas, lençóis, compressas e fechar portas para garantir a privacidade das pessoas idosas.</li> </ul>	A preservação da privacidade é uma manifestação de respeito à dignidade e aos valores da outra pessoa (PUMPULIM; SAWADA, 2010; SOARES; DALL'ANGOL, 2011; PUMPULIM; SAWADA, 2012; CIE, 2012; FONSECA; PENAFORTE; MARTINS; 2015).
<b>Religião</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>–Questionar sobre a existência de preferência religiosa ou prática espiritual.</li> <li>–Identificar a existência de objetos religiosos significativos.</li> <li>–Identificar pessoas significativas dentro da crença religiosa ou prática espiritual.</li> </ul>	Os valores e crenças permitem a conservação da identidade, mantendo interação constante com os semelhantes. Quando se considera as crenças religiosas, mantem-se também a interação com o Ser Supremo. As crenças e os valores ajudam na manutenção do equilíbrio consigo mesmo e com os outros; a identidade pessoal e a individualidade; auxilia no enfrentamento da doença e da cura (BERGER, 1995; PONTE <i>et al.</i> , 2012; ROCHA; CIOSAK, 2014; LEININGER, 1985; 2008).
<b>Acomodação / negociação do cuidado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>–Uma vez identificados os cuidados necessários com base nas informações provenientes do conhecimento <i>émic</i> e da cultura da pessoa idosa, discutir o plano de cuidados para fazer os ajustes necessários.</li> </ul>	A participação da pessoa idosa no cuidado ajuda a reter, preservar valores relevantes para o cuidado, contribuindo para a manutenção do bem-estar, recuperação da doença, no enfrentamento de deficiências ou da morte (BOEHS, 2002; WELCH, 2004; LEININGER, 1985; 2008; SEIMA <i>et al.</i> , 2011; BETIOLLI <i>et al.</i> , 2013; LEAL; BALLÉN, 2014).

**Fonte:** Elaborado a partir dos resultados da pesquisa Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

## 7 CONCLUSÃO

As memórias de pessoas idosas sobre hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva nortearam o desenvolvimento desta tese, uma vez que estas memórias constituíram o objeto da pesquisa. Por meio da aplicação de uma metodologia qualitativa, as pessoas idosas contaram suas histórias de vida densas em significados e sensibilizantes, todas embasadas em suas culturas e reveladoras de suas visões de mundo.

O *software* para análise de dados textuais ALCESTE, como ferramenta que possibilita a organização tópica de discursos, revelou-se extremamente útil e eficaz na análise de dados fundamentados em histórias de vida. Sua aplicação trouxe à tona as cinco classes lexicais que foram capazes de revelar o conteúdo do *corpus*. Além disso, mostrou-se ser possível a utilização do *software* fora do campo das representações sociais, no qual vem sendo empregado com maior frequência, até então.

Como suporte teórico, utilizou-se a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, ou Teoria do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger. Tal teórica apoiou-se em conhecimentos de enfermagem e de antropologia para lançar seus postulados, pressupostos e a forma lógica de aplicação, a forma lógica do Sol Nascente. Partindo-se dos resultados, foram feitas considerações sobre aspectos da visão de mundo das pessoas idosas. Também foram identificados fatores relacionados à estrutura social e cultural que influenciam a visão de mundo destes e ao mesmo tempo, são influenciadas, em um contexto ambiental específico.

Dentro da forma lógica do Sol Nascente, identificaram-se elementos da dimensão social e cultural correspondentes aos fatores propostos por Madeleine Leininger. Esses fatores dão conta de aspectos relacionados aos fatores tecnológicos, religiosos, parentesco e sociais, aos valores e estilos de vida culturais, políticos e legais, econômicos, e educacionais.

O contexto ambiental exerce influências sobre as pessoas idosas. Foi comum a revelação de memórias ligadas ao meio rural, que dão conta de uma riqueza cultural ligada à simplicidade, receptividade e à transmissão de saberes para seus descendentes pela oralidade.

A partir da realização de entrevistas no domicílio, foi possível constatar parte da realidade do local onde vivem. Assim, pode-se dizer que parte dos idosos que são hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva é proveniente de contextos ambientais em que predomina a exclusão social, com falta de infraestrutura de transporte que permita deslocamentos com mais facilidade, onde há violência e desatenção do poder público.



Identificou-se que houve associação entre a faixa etária e os aspectos relacionados com os hábitos alimentares das pessoas idosas, aos alimentos preferidos, ao ritual de preparo desses alimentos e à dieta hospitalar. Essas memórias foram mais comuns entre os idosos na faixa de idade entre 60 e 69 anos. Os participantes nessa mesma faixa etária também foram os que mais rememoraram acontecimentos relacionados com a dificuldade de acesso ao sistema de saúde e à hospitalização.

No que diz respeito às memórias sobre o movimento de saída de casa para buscar atendimento quando doentes, os meios utilizados para os deslocamentos e a movimentação no interior do hospital, foram mais comuns na faixa etária a partir de 80 anos. Da mesma forma, as pessoas idosas nessa faixa de idade também rememoraram aspectos relacionados com o apoio recebido pelos familiares e pessoas significativas; e relacionados com o papel dos profissionais dentro dos serviços de saúde, como enfermeiros, médicos e até maqueiros.

Já no que diz respeito ao conforto e desconforto sentidos na UTI, a faixa etária que mais contribuiu foi aquela referente aos idosos com idades compreendidas entre 70 e 79 anos. Essas memórias estão relacionadas ao sono, repouso, mobilidade, hidratação, higiene, eliminação, espiritualidade e religiosidade. Na mesma direção, essa faixa etária também trouxe à tona memórias relativas à trajetória no hospital, lembrando-se de detalhes relativos à chegada ao hospital pela unidade de emergência, à espera de vaga na UTI, à espera para a realização de cirurgia, à permanência na UTI e à expectativa da alta.

Com relação ao sexo, identificou-se que as memórias sobre os hábitos alimentares discutidas na classe “Memórias sobre a alimentação: contrapontos entre restrições, dieta hospitalar e hábitos cotidianos” foram mais relatadas por mulheres. Também foi mais comum entre as mulheres as ideias discutidas na classe “Memória e movimento: lembranças sobre família e profissionais”, relacionadas com a mobilização para o hospital quando da doença, o apoio recebido pelos familiares durante o adoecimento e a hospitalização, e o papel desempenhado pelos profissionais no âmbito do hospital.

Já as pessoas do sexo masculino rememoraram com mais intensidade os aspectos relacionados com o conforto e o desconforto sentidos durante a hospitalização na UTI. Também rememoraram com mais vivacidade a chegada ao hospital e o tempo de espera na unidade de emergência, com todos os seus percalços, a espera de vaga na UTI ou pela realização de cirurgia; a admissão, a permanência e a alta da UTI, com todas as características que lhe foram peculiares. Essas memórias levam a supor que os homens se mostraram menos

resignados frente às situações de desconforto e falaram com mais intensidade de detalhes relacionados com a experiência vivida no percurso da hospitalização.

No que diz respeito ao local de realização da entrevista, domicílio ou hospital, as entrevistas realizadas no domicílio foram as que mais contribuíram para o conteúdo da classe relacionada com o acesso ao sistema de saúde e os aspectos relacionados com a hospitalização. Da mesma forma, o conteúdo das entrevistas realizadas no domicílio também contribuiu com memórias sobre a movimentação das pessoas idosas para e dentro do hospital, o apoio recebido dos familiares e as lembranças dos papéis desempenhados pelos profissionais da saúde.

Essas memórias sugerem que, fora do ambiente hospitalar, as pessoas idosas se sentem mais livres para exprimir seus pensamentos e suas críticas a respeito dos governantes, da precariedade do sistema de saúde e sobre os profissionais. O fato de se encontrarem em suas casas pode ter contribuído para a ausência de medos ou qualquer prejuízo ao atendimento.

Em contrapartida, as entrevistas realizadas no hospital, após a alta da UTI, contribuíram com memórias relativas ao conforto e desconforto sentidos. Igualmente, as entrevistas realizadas neste nesse local também trouxeram mais memórias relacionadas com o tempo de espera na emergência pela resolução do internamento; e o tempo de permanência na UTI, perpassando desde a admissão até a alta. Dessa forma, sugerem que os detalhes relacionados com a hospitalização estão mais vívidos em suas memórias e são mais fáceis de serem resgatados.

Com relação ao período do internamento, 2013 e 2014, ou 2015, constatou-se que houve associação do seu conteúdo, a partir da análise pelo *software* ALCESTE, com as memórias relacionadas com a movimentação das pessoas idosas para o hospital e dentro dele. Da mesma forma, também foi significativa a associação do período do internamento com as lembranças relacionadas com o apoio recebido dos familiares e pessoas significativas, assim como as relacionadas com os profissionais da saúde.

Os internamentos ocorridos no ano de 2015, simultâneo ao período da coleta de dados, contribuíram com memórias relativas ao conforto e desconforto sentidos na UTI. Assim, leva à conclusão de que a proximidade temporal da hospitalização na UTI favoreceu a lembrança de detalhes como a espera pela vaga, a admissão e recuperação clínica.

A visão de mundo das pessoas idosas é caracterizada pela identificação da alimentação com as preferências individuais e como um recurso para a obtenção da melhora clínica, que,

por sua vez, possibilita a alta hospitalar e a manutenção da saúde. Nesse aspecto, os idosos indicam os alimentos preferidos, os temperos utilizados e a forma de preparo. Em determinados momentos, revelam o hábito de produzir o próprio alimento, imprimindo a este um valor cultural diferenciado tanto em qualidade quanto em satisfação.

Por outro lado, a convivência com DCNT e a hospitalização impõe às pessoas idosas a convivência com restrições alimentares e a inevitável aceitação de uma nova dieta. Depreendeu-se que, diante das restrições alimentares, há uma perda do sentido do alimento, pois este passa a se distanciar das preferências pessoais e se aproximar da comida de doente. No hospital, as memórias das pessoas idosas são caracterizadas pela lembrança da inapetência; da baixa ingestão alimentar; da obrigatoriedade de alimentar-se em condições ambientais desfavoráveis, com a presença de odores e de pessoas desconhecidas.

O baixo investimento do poder público no SUS se traduz em enormes dificuldades para acessá-lo. Os entrevistados, por meio de uma leitura crítica da realidade social, entendiam que os governantes não priorizam a saúde e muito menos as pessoas idosas. As dificuldades sentidas dizem respeito ao não recebimento de medicamentos de uso contínuo e de quimioterápicos; à falta de vagas; à superlotação; à gravidade dos pacientes; às grandes distâncias que precisam percorrer até o hospital; e às limitações dos profissionais para prestar um atendimento de melhor qualidade, por razões estruturais.

As dificuldades impostas pelo poder público, para acessar o SUS, por vezes são lembradas como uma condenação à morte. Nos casos em que é premente a implementação de medidas terapêuticas urgentes, o retardo pode custar uma vida. Uma via de acesso utilizada para encurtar o tempo de espera por atendimento foi o contato com pessoas que tinham alguma influência no hospital e assim puderam agilizar o atendimento.

As memórias das pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva também caracterizadas por elementos do ambiente hospitalar. Em seus relatos, deixaram transparecer aspectos da experiência na unidade de emergência, com detalhes sobre a demora no atendimento, pela espera para a realização de cirurgia e de vaga na UTI; por superlotação; pelo trauma da convivência com pessoas com feridas necrosadas; e pelo medo e sensação de proximidade da morte. O contexto ambiental da UTI, por outro lado, foi identificado como causador de desconfortos, medo, sem privacidade, mas também seguro, apropriado para a recuperação da saúde, devido às características dos profissionais e dos recursos tecnológicos.

O adoecimento e a hospitalização causaram impactos negativos sobre as memórias das

peças idosas. Esses efeitos se manifestaram por meio de reações de choro, gritos, ameaças de agressão física a profissionais, silêncios, evitação de lembranças, interrupções na fala, por olhares carregados de tristeza e reflexão acerca da dureza da hospitalização na UTI. Assim, identificou-se que algumas memórias são reveladoras da vivência do estresse pós-traumático. Essa condição pode estar relacionada às próprias dificuldades vivenciadas, mas também à visualização de fatos ocorridos com outros pacientes, como a morte, a realização de procedimentos, amputações, exposição da privacidade e contenção mecânica.

Identificou-se que a proximidade da morte foi sentida pelas pessoas idosas durante a hospitalização, desde a unidade de emergência até a UTI. Tal proximidade foi causadora de medos e da percepção de si enquanto paciente grave. Assim, as memórias sobre a UTI vão no sentido da identificação deste setor como sendo destinado a pessoas em situação de gravidade ocasionada por doenças, com monitorização constante, em que a ocorrência da morte é frequente e, às vezes, até inevitável. A saída da UTI é relatada como motivo de alívio, talvez pelo fato de perceberem-se recobrando um estado de saúde mais próximo ao anterior à hospitalização.

A exposição da privacidade foi lembrada pelas pessoas idosas como causadora de desconforto, vergonha e constrangimento, sobretudo entre as mulheres. Tal exposição aconteceu nos momentos do banho de leito, da realização da higiene íntima, na troca de fraldas e na realização de procedimentos invasivos. Nesses casos, conforme relatado, não houve concordância entre o sexo dos profissionais e o das pessoas idosas, e isto levou-as a se sentirem desrespeitadas em sua cultura da não exposição da intimidade diante de pessoas do sexo oposto.

O banho é lembrado como um ritual causador de constrangimento, principalmente entre as mulheres, quando realizado por profissionais do sexo masculino; e de desconforto, em ambos os sexos. Entretanto, é encarado como necessário diante da impossibilidade de tomar o próprio banho imposta pela hospitalização na UTI, pela sensação álgica, pela restrição ao leito e impossibilidade de deambular. Há sempre a relação entre o banho no leito com algo incompleto e que não satisfaz plenamente.

Os desconfortos sentidos durante a hospitalização na UTI dizem respeito à restrição hídrica, alimentar, ao uso de dispositivos para monitorização e terapêutica e dor. Também se sobressaem as interferências negativas sobre o sono e repouso proporcionada pela iluminação

excessiva, barulho, frio, contenção mecânica com restrição da mobilidade, a agitação proveniente da dinâmica do setor, a intubação orotraqueal e a impossibilidade de se levantar.

As pessoas idosas referiram em suas memórias as ideias que assimilaram a respeito de profissionais que estiveram envolvidos no processo de hospitalização na UTI. Para os participantes, a imagem dos médicos foi associada à negligência, que, para uma participante, custou a perda de uma visão; à não valorização dos sintomas referidos por pacientes; ao medo e ao trauma associado à amputação de membros. Por outro lado, destaca-se também que os médicos foram associados à pessoa que orienta, determina o que precisa ser feito, realiza intervenções, age de maneira resolutiva, a quem se deve recorrer na doença, que admite no hospital e que dá alta.

A imagem das enfermeiras foi associada à realização de procedimentos, como o banho no leito; à aplicação da contenção mecânica; à exposição da privacidade dos pacientes, sobretudo durante o banho sem o adequado isolamento do ambiente com cortinas, biombos ou fechamento de portas; à pessoa que assusta pela forma incisiva como atua; e, em algumas vezes, são os primeiros a detectar a ocorrência de óbitos. Também são lembrados como aqueles profissionais que não dormem durante os plantões noturnos; que prestam informação, conversam, são legais e que dão carinho aos pacientes.

Os familiares se destacam como importantes referências para as pessoas idosas, frente às dificuldades enfrentadas no percurso até o hospital e dentro deste, no curso da hospitalização. Quando na UTI, as visitas de familiares e de pessoas significativas para os idosos trazem o conforto de se sentirem na presença de conhecidos e isto ameniza o peso do sofrimento, ajuda no enfrentamento e pode ainda fortalecer a noção de pertencimento e amparo por suas famílias.

A referência à fé em Deus foi rememorada pelas pessoas idosas como um fator importante em suas vidas. A fé, para além de uma prática religiosa, sobressai-se como um suporte diante das adversidades proporcionadas pela doença e pela hospitalização na UTI. Além disso, é a crença no divino que impulsiona a luta pela sobrevivência por meio do desejo da melhora e imprime significado à vida.

Destacam-se nas memórias das pessoas idosas as suas projeções para o futuro, uma vez que foi vencido o período crítico da hospitalização na UTI. Em suas falas, há referências ao desejo de serem úteis às suas famílias, auxiliando no cuidado de seus descendentes; de realizarem atividades simples e ao mesmo tempo prazerosas, como o cultivo de pequenas

hortas; e de cuidarem de si para manter a saúde e evitar uma nova hospitalização. Enfim, há um senso de autonomia, independência e de ocupação do tempo com tarefas úteis.

Identificou-se, em algumas falas, o medo de se expressar, possivelmente por temer prejuízos à continuidade da assistência recebida. Assim, revelaram a necessidade de serem pacientes diante da espera por atendimento e, às vezes, terem de recorrer à intervenção divina como uma solução para as dificuldades.

Por outro lado, uma vez que superaram as dificuldades para o internamento e que receberam alta da UTI, os participantes revelaram memórias positivas sobre o atendimento recebido. Havia uma preocupação em serem justos com os profissionais, em suas opiniões. A memória que prevaleceu era permeada pela satisfação com o cuidado. Apesar de agradecidos pela assistência, o desejo maior era a manutenção da saúde para não retornar ao hospital. Conclui-se que, frente à dificuldade para acessar o SUS, obter o atendimento, restabelecer a saúde e receber alta é um motivo de satisfação e supera qualquer adversidade que tenha existido.

Diante da interpretação das memórias identificadas, destaca-se como fundamental o papel da enfermagem no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva. Conforme a Teoria do Cuidado Cultural, as ações e atitudes de cuidado da enfermagem devem ir ao encontro da cultura da pessoa cuidada, visando a adequação entre o esperado pelos pacientes e as possibilidades de ajustes.

Assim, os cuidados da enfermagem perpassam desde a admissão, permanência e alta da UTI. As atenções devem estar voltadas para um agir comunicativo por meio da busca de informações sobre a pessoa idosa e da orientação clara, efetiva e honesta a respeito dos aspectos que envolvam o ambiente da terapia intensiva, a doença, os cuidados e os procedimentos realizados. Esforços devem ser envidados para manter a autonomia, a dignidade e o respeito à pessoa idosa.

Destacam-se, também, a necessidade do conforto ambiental e psicoespiritual; zelar pela privacidade; agir de modo a minimizar as possibilidades de estresse pós-traumático; e manter a cognição preservada. Também é importante acolher e incentivar a expressão de dúvidas, insegurança e medos.

Diante do que foi apresentado, sustenta-se a tese de que as memórias das pessoas idosas são coerentes com as suas culturas, revelam as experiências com a hospitalização na

UTI, sugerem indícios da presença do estresse pós-traumático e deixam claro o desejo de continuidade da vida.

## **REFERÊNCIAS**

A PARTIDA. Direção: Yojiro Takita. Produção: Ichirô Nobukuni; Toshiaki Nakazawa; Toshihisa Watai; Yasuhiro Mase. Intérpretes: Masahiro Motoki; Ryoko Hirosue; Tsutomu Yamazaki; Kimiko Yo; Tetta Sugimoto; Kazuko Yoshiyuki; Takashi Sasano. Roteiro: Kundo

Koyama. Contentfilm International; Paris Filmes; Departures Films Partners. 2009. DVD. (130 min), colorido.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10152**. Níveis de ruído para conforto acústico procedimento. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 1987.

ACKERMAN, D. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

AGUILÓ, F.V. La historia de vida en la intervención gerontológica: instrumentos y método para la elaboración. **Gerokomos**. v.12, n.4. 2001. p.148-156.

AIZPURUA, A.; KOUTSTALL, W. A matter of focus: Detailed memory in the intentional autobiographical recall of older and younger adults. **Consciousness and Cognition**. v.33. 2015. p.145-155.

ALBA, M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: el caso de la Ciudad de México. **Papers on Social Representations**.v.13, n.1. 2004. p.1-20.

ALLEN, S. Cirurgia geriátrica. In.: ROTHROCK, J.C. **Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. Cap. 30.

ALVES, C.J. et al. Avaliação de índices prognósticos para pacientes idosos admitidos em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.21, n.1, 2009. p.1-8.

ALVES, L.A.F.; SANTANA, R.F.; SCHULZ, R.S. Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. **Rev enferm UERJ**. v.22, n.3. 2014. p.371-5.

AMARAL, J.B. **A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da Teoria de Jean Watson**. Salvador. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2013.

ANDRÉS, M.A.S.; CORREA, E.M. Deterioro cognitivo leve. In: **Tratado de Geriatria para residentes**. Madri: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), 2006. Cap. 16. Disponível em:<[www.segg.es](http://www.segg.es)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ANRUP, R.; MEDINA, M.C. Historia y memoria: una introducción. **Anales Nueva Época**. n. 3-4. 2001. p.9-19. Disponível em:<<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/3230>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

AQUINO, R. O corredor da morte nos hospitais. Faltam roupas, remédios, leitos. Faltam médicos, anestesistas, enfermeiros. Falta vergonha. **Época**. 12/12/2013. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/ruth-de-aquino/noticia/2013/12/o-bcorredor-da-morte-bnos-hospitais.html>>. Acesso em 31 mar. 2016.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. As Idades da Vida. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Cap.1. p.29-49.



ASSUMPCÃO, D. et al. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.30, n.8. 2014. p.1680-1694.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa. **Sau. & Transf. Soc.** v.3, n.4. 2012. p.4-10.

AZEVEDO, D.M.; COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. n.7 (esp). 2013. p. 5015-22.

AZOULAY, E. et al. PROTOCETIC Group. Compliance with triage to intensive care recommendations. **Crit Care Med**. v.29, n.11. 2001. p. 2132-6.

BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D.S. Síndrome de imobilidade. In: CHAMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 2.ed. Parte 7.

BARRICELLI, I.L.O.F.O.B.L. et al. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v.15, n.3. 2012. p. 505-515.

BARROS, M.A.A. et al. Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **J. res.: fundam. care**. v.7, n.3. 2015. p.2738-2748.

BAUER, M.W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. Cap. 2.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECERRA, N.A.N. Olvido. In: GOIO, M.G. et al. **Cerebro y memoria**. Escritura en Ciencias. n.5. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación, 2012. Cap. III.

BELÉM, E.F. Morte de Dona Canô leva parte de um Brasil civilizado. **Jornal Opção**. Ed. 1955. 23 de dezembro a 02 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.jornalopcao.com.br/colunas/imprensa/morte-de-dona-cano-leva-parte-de-um-brasil-civilizado>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

BELLO, E.F. et al. Vivência do idoso institucionalizado com membros inferiores amputados decorrentes de complicações do Diabetes Mellitus. **Rev enferm UFPE on line**. v.8. n.1. 2014.p.44-51. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../830](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../830)>. Acesso em: 08 jan. 2016.

BERGER, L. Agir de acordo com as crenças e valores. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BETIOLLI, S.E. et al. Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger. **Cogitare Enferm.** v.18, n.4. 2013.p.775-81.

BILENKY, T.; SANTOS, R.; RIBEIRO, R. Nova onda de imigrantes haitianos causa superlotação em paróquia. **Folha de São Paulo.** 20/05/2015. Disponível em: <<http://folha.com/no1631279>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BOBBIO, N. **O tempo da memória:** de senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOEHS, A.E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da Teoria de M. Leininger. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.10, n.1. 2002. p.90-96.

BOSI, E. **Memória e sociedade:** lembranças dos velhos. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BRAGA, C.G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.31, n.3. 1997. p.498-516.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978.** Aprova as Normas Regulamentadoras - NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 jul. 1978.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 280, de 07 de abril de 1999.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1999.

BRASIL. Lei n.º 10741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso.** Rio de Janeiro: Roma Victor, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: 2006.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica n.º 19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC, n.º 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Diário Oficial da União, 25 de fevereiro de 2010. Seção1, página 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010)**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n.º 466/2012, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 1. ed., 2. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de profissionais de saúde por habitante**. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

BUSANELLO, J. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. **Rev Enferm UFSM**. v.5, n.4. 2015. p.597-606.

CAIUBY, A.V.S.; ANDREOLI, P.B.A.; ANDREOLI, S.B. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.22, n.2, 2010. p.77-84.

CALDEIRA, V.M.H. et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. **Rev Assoc Med Bras**. v.56, n.5. 2010. p.528-34. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104)>. Acesso em: 26 jul. 2016.

CAMARANO, A.A. Estatuto do Idoso: Avanços com contradições. Textos para discussão. Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2013.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA. 2004.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUINO, J.C.; NÓBREGA, S.M. (orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. Cap.17.

CANCIAN, N. SUS perde 23 mil leitos hospitalares em 5 anos, diz Conselho de Medicina. **Folha de São Paulo**. 17/05/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1772077-sus-perde-23-mil-leitos-hospitalares-em-5-anos-diz-conselho-de-medicina.shtml>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.3. 2003. p.725-733.

CASADO, J.M.R. La dignidad de la persona mayor. **An. Real Acad. Farm.** v.80, n.2. 2014. p.433-443.

CASERO, M.V.V. Los problemas éticos en la priorización de la salud. **Revista Bioética y Ciencias de la Salud.** v.5, n.2. 2002. p.1-16.

CHAIMOWICZ, F. **Os Idosos Brasileiros no Século XXI: demografia, saúde e sociedade.** Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.

CHAVES, J. **O caixão da misericórdia.** 2010. Disponível em: <<http://xiquexiquense.blogspot.co.uk/2010/05/cronica-o-caixao-da-misericordia.html>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

CHIBANTE, C. et al. Qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus. **Revista Baiana de Enfermagem.** v.28, n.3. 2014. p.235-243.

CIAMPONE, J.T. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.1. 2006. p.28-35.

CÍCERO. **Da velhice e da amizade.** São Paulo: Cultrix, 1964.

CIE. Conselho Internacional de Enfermeiras(os). Código de ética do CIE para enfermeiras(os). **Rev Bras. Enf.** 2012.

COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.33, n.35.1999. p. 445-453.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Brasília: COFEN, 2007.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CONISHI, R.M.Y; GAIDIZINSKI, R.R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev Esc Enferm USP.** v 42, n.3. 2007. p.436-54.

CONAPO. Consejo Nacional de Población. **El envejecimiento de la población mundial.** Disponível em: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

CONTRERAS, J.; GARCIA, M. **Alimentação, sociedade e cultura.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

CÔRTEZ, C.; MORAES, R. O rosto da idade. As razões de algumas mulheres para aceitar as marcas do tempo na era da cirurgia plástica. **IstoÉ**. Beleza. Ed. 1554, 14 jul. 1999. Disponível em: <[http://www.istoe.com.br/reportagens/32563\\_O+ROSTO+DA+IDADE](http://www.istoe.com.br/reportagens/32563_O+ROSTO+DA+IDADE)>. Acesso em: 26 mar. 2014.

COSTA, G.L.; LACERDA, A.B.M.; MARQUES, J. Ruído no contexto hospitalar: impacto na saúde dos profissionais de enfermagem. **Rev. CEFAC** [online]. v.15, n.3. 2013. p.642-652.

COSTA, L.M.; GERMANO, R.M. Insônia em idosos hospitalizados: fatores relacionados e cuidados de enfermagem. **Rev RENE**. v.5, n.2. 2004. p.28-34.

COUTO, M.C.P.P. et al. Avaliação de discriminação contra Idosos em contexto brasileiro – ageísmo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.25 n.4. 2009. p.509-518.

CRUZ, J.C. Tradición y cultura en la alimentación de las personas mayores. In: RÍOS, Manuel Serrano; RAL, P.C.; NOMDEDEU; C.L.; CASADO, J.M.R.; GALLEGU, A.S. **Guía de alimentación para personas mayores**. Madrid: Ergon, 2010. Cap. 5.

CUARTAS, D.R. Neuropsicología de la memoria. **Cultura e Investigación en Ciencias de la Salud**. Año II, n.2. 2010. Disponível em: <[http://api.ning.com/files/N5bxe3h-HcILhehICj11dUGETgxuN6B-oV2ppi kKtYJtc0wHJ6lfGpBMNHQ1C1gp\\*mFD0P3d9e0tedo3QKx5OSdQOqh8mnJ/NEUROPSICOLOGIADELAMEMORIA.pdf](http://api.ning.com/files/N5bxe3h-HcILhehICj11dUGETgxuN6B-oV2ppi kKtYJtc0wHJ6lfGpBMNHQ1C1gp*mFD0P3d9e0tedo3QKx5OSdQOqh8mnJ/NEUROPSICOLOGIADELAMEMORIA.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

CUNHA, J.G.R.C. **Caçadas de vida e de morte**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

DA MATTA, R. La cultura de la mesa en Brasil. **El Correo**. El hombre y lo que come. Alimentación y cultura. UNESCO. Año XL; Mayo;1987.

DAVID, C.M.; DIAS, F.S. **Monitorização hemodinâmica**. Revinter / AMIB: 2004.

DEBERT, G.G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: LINS DE BARROS, M. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.49-67.

DELL'ISOLA, R.L.P. A metáfora e seu contexto cultural. In: PAIVA, V.L.M.O. **Metáforas do cotidiano**. Belo Horizonte: Ed. do Autor, 1998. Cap. 2.

DEMÁRIO, R.L.; SOUSA, A.A.; SALLES, R. K. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.15, supl.1. 2010. p.1275-1282.

DIOGO, M.J.D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.12, n.2. 2004.p.280-2.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

EMBRAPA. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Centro de Pesquisa Agropecuária do Meio-Norte. **Pé-duro: o boi do Piauí**. Teresina: 2005. Disponível em: <<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/68074/1/peduro2.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ERDTMANN, B.K.; ERDMANN, A.L. O modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v.5, n.56. 2003. p.523-527.

FALLER, J.W.; MARCON, S.S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. **Esc Anna Nery.** v.17. n.3. 2013. p.512 – 519.

FARAGE, M.A. et al. Characteristics of the Aging Skin. **Adv Wound Care.** v.2, n.1. 2013. p. 5–10. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840548/>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FAUSTINO, T.N. **Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico: realização de uma intervenção educativa com a enfermagem**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2015.

FEATHERSTONE, M. **O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento**. Textos didáticos. IFCH?UNICAMP, São Paulo. v.13, n.1. 1994. p.49-71.

FERNANDES, F.; LUFT, C.P.; GUIMARÃES, F.M. **Dicionário brasileiro Globo**. São Paulo: Globo, 1996.

FERNANDES, V. **SUS... o corredor da morte!** 27 de abril de 2015. Disponível em: <<https://valeriafernandesgyn.wordpress.com/2015/04/27/sus-o-corredor-da-morte/>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILIPPI, J. et al. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. **Revista Contexto & Saúde.** v.10, n.20. 2011. p.573-578.

FILUS, W.A. et al. Ruído e seus impactos nos hospitais brasileiros: uma revisão de literatura. **Rev. CEFAC.** v.16, n.1. 2014. p.307-317.

FISBERG, R.M. et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev Saúde Pública.** v.47, supl. 1. 2013. p.222S-30S.

FONSECA, E.F.; PENAFORTE, M.H.O.; MARTINS, M.M.F.P. Cuidados de higiene - banho: significados e perspectivas dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência.** Série IV, n.5. 2015. p.37-45.

FREITAS, E.E.C.; SCHRAMM, F.R. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.21, n.4. 2009. p. 432-36.

FREITAS, O. Guerra, fome e perseguição aumentam o número de imigrantes no país. **Folha de São Paulo**. Caderno Folha Fronteiras. 30/04/2016. Disponível em: <<http://folha.com/no1766271>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito FGV**. v.11, n.2. 2015. p.649-670.

FURUYA, R.K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em Unidade de Terapia Intensiva. **R Enferm UERJ**. v.19, n.1. 2011. p.158-62.

GALLIAN, D.M.C. A desumanização do comer. **Estudos Avançados**. v.21, n.60. 2007. p. 179-184.

GARINE, I. Alimentación, Cultura y sociedad. **El Correo**. El hombre y lo que come. Alimentación y cultura. UNESCO. Año XL; Mayo;1987.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

GOLDANI, A.M. “Ageism” in Brazil. What is it? Who does it? What to do with it? **R. bras. Est. Pop.** v.27, n.2. 2010. p.385-405.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

GOMES, L.C. et al. Critérios de admissão em UTI e avaliação de prognóstico de paciente idoso. **Rev. Enfermagem Revista**. v.18, n.1. 2015. p.51-57. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9379>>. Acesso em: 08/07/2016.

GÓMEZ-CARRETERO, P; MONSALVE, J.F. V; SORIANO, Y.J.A. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Med Intensiva**. v.31, n.6. 2007. p.318-25.

GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**. v.25, n. esp. 2. 2012. p.19-25.

GONZÁLEZ, D.L. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. **Gazeta de Antropología**. n. 22, artículo 32. 2006.

GRANATO, A. Íntegra da entrevista com a cantora Maria Bethânia. **Época**. Ed. 353. 21/02/2005. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT913104-1655,00.html>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

GUERREIRO, T.; RODRIGUES, R.; MARTINS, R. Desempenho mnésico em adultos: uma reflexão sobre suas potencialidades. **Cadernos do IPUB – Envelhecimento e Saúde Mental: uma Aproximação Multidisciplinar**. n. 10. 1997. p.223 – 228. Disponível em: <<http://oficinadamemoria.com/producoes/desempenho-mnesico-em-adultos-idosos-uma-reflexao-sobre-suas-potencialidades>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

GUTIÉRREZ, B.J.J. et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. **Enfermería Global**. n.12. 2008. p.1-14.

GUTZ, L.; CAMARGO, BV. Espiritualidade entre idosos velhos: um estudo de representações sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.16, n. 4. 2013. p.793-804.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Guyton & Hall - Tratado de Fisiologia Médica**. 11.e.d Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HARDMOB. **China terá mais de 400 milhões de idosos em 2050**. Disponível em: <<http://forum.hardmob.com.br/showthread.php?t=363712>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUENCHUAN, S; RODRÍGUEZ-PIÑERO, L. **Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección**. Naciones Unidas. CELADE / CEPAL. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1766&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1)>. Acesso em: 08 dez. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.



IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IDF. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas**. Sixth edition. 2014.

IDF. International Diabetes Federation. Executive summary. **Diabetes Atlas**. Seventh edition. 2015.

IMAGE. **ALCESTE: Manual do usuário**. IMAGE, Toulouse, 2012.

INGALHALIKAR, M. et al. Sex differences in the structural connectome of the human brain. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. v.111, n.2. 2014. p.823–828. Disponível em: <[www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1316909110](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1316909110)>. Acesso em: 18 jan. 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Seminário debateu situação dos refugiados no Brasil**. 12/06/2013. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18539&catid=6&Itemid=4](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18539&catid=6&Itemid=4)>. Acesso em: 04 jun. 2016.

IPHAN. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. **Festa do Bonfim: a maior manifestação religiosa da Bahia**. s/d. p.5-6. Disponível em: <[portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/dossie\\_festa\\_senhor\\_bonfim\(1\).pdf](http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/dossie_festa_senhor_bonfim(1).pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2016.

IZQUIERDO, I. Memórias. **Estud. av.** v. 3, n. 6. 1989 . p.89-112. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141989000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141989000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

IZQUIERDO, I. A mente humana. **Multi Ciência**. n.3. 2004. Disponível em: <[http://www.multiciencia.unicamp.br/art01\\_3.htm](http://www.multiciencia.unicamp.br/art01_3.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

IZQUIERDO, I. **Memória**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

KAPLAN, D.B.; BERKMAN, B.J. Religion and Spirituality in the Elderly. In: **Geriatrics Merck Manuals**. Professional Edition. Kenilworth: Merck Sharp & Dohme Corp, 2016. Disponível em: <<http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/socialissuesintheelderly/religionandspiritualityintheelderly>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. Cap.17.

KUSUMOTO, M. A gastronomia é uma linguagem para expressar nossa cultura', diz Joan Roca. **Veja**. 20/10/2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/entretenimento/a->

gastronomia-e-uma-linguagem-para-explicar-nossa-terra-e-cultura-diz-joan-roca>. Acesso em: 28 jun. 2016.

LANGEVIN, A. **A construção das idades:** mulheres adultas de hoje e velhas de amanhã. Caderno CRH, Salvador. n. 29. 1998.

LEAL, L.A.M. Memória, rememoração e lembrança em Maurice Halbwachs. 2012.

**Linguagem**, UFSCAR. Disponível em:

<<http://www.lettras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/045.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

LEAL, L.M.R.; BALLÉN, M.N.R. La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. **Cultura de los Cuidados**. 1<sup>er</sup> Cuatrimestre . a. XVIII, n.38. 2014. p.128-138.

LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. **Anais do I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1985.

LEININGER, M. **Overview of Leininger's Ethnonursing Research Method and Process**. 2005. Disponível em:<[www.madeleine-leininger.com](http://www.madeleine-leininger.com)>. Acesso em: 12 out. 2016.

LEININGER, M. **Overview of Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality**. 2008. Disponível em: <[www.madeleine-leininger.com](http://www.madeleine-leininger.com)>. Acesso em: 10 mar. 2016.

LEITE, M.T. et al. A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz de idosos familiares. **Estud. interdiscipl. envelhec.** v.20, n.2. 2015. p.535-549.

LEITE, M.T. et al. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área do envelhecimento. **Rev Rene**. v.12, n.1. 2011. p.24-32.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P; LENOIR, R; MERLLIÈ, D. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998.

LIMA, D.F. et al. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. **Rev Rene**. v.15, n.4. 2014. p.578-84.

LIMA, J. **Novos Poemas; Poema escolhidos; Poemas negros**. Rio de Janeiro: Lacerda, 1997.

LIMA, M.A. Em entrevista, Ney Matogrosso diz que pede para não usarem Photoshop em suas fotos. **Portal UOL**. 27/11/2012. Disponível em:

<<http://celebridades.uol.com.br/noticias/redacao/2012/11/27/em-entrevista-ney-matogrosso-diz-que-pede-para-nao-usarem-photoshop-em-suas-fotos.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

LIMA, O.B.A. et al. Conduta de enfermeiros no cuidar do idoso hospitalizado. **Rev enferm UFPE on line**. v.8. n.4. 2014. p.814-9. Disponível em:

<[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8795](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8795)>. Acesso em: 08 jan. 2016.

LONGONI, A.M. **A memória**. Nós somos o que lembramos e o que esquecemos. São Paulo: Paulinas: Edições Loyola, 2003.

LOURENÇO, E. As tábuas. Crônicas & outras histórias. **Jornal O popular**. 02/05/2016. Disponível em:<<http://www.opopular.com.br/editorias/magazine/cr%C3%B4nicas-outras-hist%C3%B3rias-1.145045/as-t%C3%A1buas-1.1078374>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

LUECKENOTTE, A.G. **Avaliação em Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

LUZ, E.P. et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.17, n.2. 2014. p.303-314.

LUZIA, M.F.; ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, n.4. 2014. p.632-9.

MAGNABOSCO-MARTINS, C. R.; CAMARGO, B.V.; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Univ. Psychol**, Colômbia. v.8, n.3. 2009. p. 831-47.

MARINHO, M.S.; ALMEIDA, C.T.; ANDRADE, E.N. Risco ergonômico nas práticas da equipe de enfermagem de uma UTI. **C&D - Revista Eletrônica da Fainor**. v.8, n.1. 2015. p.192-205.

MARQUES, S.C. **As práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: a voz das usuárias da rede básica de saúde no Município do Rio de Janeiro**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

MARTINS, J.J.; NASCIMENTO, E.R.P. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.34, n.2. 2005. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

MARTINS, S.I.A. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de pessoas idosas**. [Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2009.

MASIÁ, J. Dignidad humana y situaciones terminales. **An. Sist. Sanit. Navar.** v.30. Supl.3, 2007. p.39-55.

MCGRAPH, P. **La memoria "cautelosa" de la vejez es más fiable**. BBC. 26 de agosto de 2016. Disponível em:

<[http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130826\\_salud\\_memoria\\_vejez\\_gtg](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130826_salud_memoria_vejez_gtg)>. Acesso em: 11 out. 2016.

MELLO NETO, J.C. **Morte e vida Severina**. Recife: Fundaj, Editora Massajana, 2009.

MENDES, R.C; CÔRTE, B. O ambiente da velhice no país: por que planejar? **Revista Kairós**. v. 12, n.1. 2009. p.197-212.

MENEZES, M.F.G. et al. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13, n.2. 2010. p.267-275.

MENDES, M.R.S.S.B. et al. A situação social do idoso no Brasil : uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** v.4, n.18. 2005. p.422-6.

MENEZES, M.R. **Da violência revelada à violência silenciada**: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra idosos. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

MENEZES, M.R. Violência contra idosos: é preciso de se importar! In: BERZINS, M.V; MALAGUTTI, W. **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010.

MENOITA, E.; SANTOS, V.; SANTOS, A. A pele na pessoa idosa. **Journal of Aging & Innovation**. v.2, n.1. 2013. p.18-33.

MIRAMÓN, M.I. **Historia de vida**. Matia Fundazioa. Ingema: Instituto Gerontológico Matia. 2012. Disponível em: <<http://docplayer.es/7596158-Historia-de-vida-responsable-marta-ideaquez-miramon-matia-fundazioa.html>>. Acesso em: 31 out. 2016.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MIRANDA, V.L. Aspectos vivenciais del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. **Revista Chilena de Medicina Intensiva**. v.25, n.4. 2010. p.199-203.

MOREIRA, R.N.P. **História e memória**: algumas observações. 2009. Disponível em: <[http://www.fja.edu.br/proj\\_acad/praxis/praxis\\_02/documentos/ensaio\\_2.pdf](http://www.fja.edu.br/proj_acad/praxis/praxis_02/documentos/ensaio_2.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2012.

MORELATTO, A.; TERNOSKI, M. **Abate humanitário de bovinos: emprego de técnicas adequadas como garantia de bem-estar animal**. [Monografia]. Pós-Graduação Latu Sensu em produção de bovino de corte. Universidade Tuiuti do Paraná. Guarapuava. 2010.

MUÑOZ, N.U. Mnemósine o el valor de la memoria. Entre dioses y hombres. **Revista eletrônica historia del horbis terrarum**. n.5. 2010. Disponível em: <<https://historiasdelorbisterrarum.wordpress.com/articulos-e-investigaciones/num-05/>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MUNIZ, G.S. et al. Hipotermia acidental: implicações para os cuidados de enfermagem no transoperatório. **Rev. SOBECC**. v.19, n.1. 2014. p.79-86.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.18, n.1. 2005. p.72-81.

NASCIMENTO, A.A.B.S. **Comida: prazeres, gozos e transgressões**. 2.ed. Salvador: EDUFBA, 2007.

NASCIMENTO, A.R.A.; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos em pesquisa e psicologia**, UERJ. a.2, n.2. 2006. p.72-88.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. Um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NISHIDE, V.M.; MALTA, M.A.; AQUINO, K.S. Aspectos Organizacionais em Unidade de Terapia Intensiva. In.:CINTRA, E.A; NISHIDE, V.M; NUNES, W. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Athneu, 2001.cap. 2.

NORONHA, D.C.U. et al. Implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. Bras. Enf**. v.38, n.3/4. 1985. p.349-354.

OCKE-REIS, C.O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?. **Trab. educ. saúde**. v.6, n.3. 2008. p.613-622. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 dec. 2015.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.5. 2009. p.881-1890.

OLIVEIRA, A.D.; SILVESTRE, L.S.; BRASILEIRO, M.E. Fatores desencadeadores do estresse do enfermeiro no atendimento de emergência: Revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial online]. v.4, n.4. 2013. p.1-15. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). **Declaração de Brasília**. ONU, 2007.

ONU. Organização das Nações Unidas. Asamblea General. **Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. ONU, 2010.

ONU. Organização das Nações Unidas. **World population prospects: The 2012 Revision. Key findings and advance tables.** New York: United Nations, 2013.

ONU. Organização das Nações Unidas. **World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables.** New York: United Nations, 2015.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; PAGLIUCA, L.M.F. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **R Enferm UERJ.** v.15, n.1. 2007. p.130-5.

ORNELLAS, L.H. **A alimentação através dos tempos.** Série Nutrição. 4. ed. Florianópolis: Editara da UFSC, 2008.

OROL, M.J.G. **Consecuencias psicológicas de las amputaciones.** Cursos de verano. Universidad Rey Juan Carlos. 2010. Disponível em: <<http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

PALMEIRA, C. S.; PINTO, S. R. Perfil epidemiológico de pacientes com Diabetes *Mellitus* em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012). **Revista Baiana de Enfermagem.** v.29, n.3. 2015. p. 240-249.

PAPALÉO NETO, M; BORGONOV, N. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia.** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 1999.

PASKULIN, L. M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos em Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública.** v.41. n.5. 2007. p.757-68.

PASSOS, S.S.S. et al. Atendimento às necessidades da pessoa dependente para alimentação no ambiente hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem.** v.28, n.1. 2014. p.79-85.

PASSOS, S.S.S.; SADIGURSKY, D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ.** v.19, n.4. 2011.p.598-603.

PEDREIRA, L.C. **Ser-Idoso:** vivência de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2000.

PEDREIRA, L.C.; BRANDÃO, A.S.; REIS, A.M. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm.** v.66, n.3. 2013. p.429-36.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEREIRA, R.J. et al. Análise do perfil socio sanitário de idosos: a importância o Programa de Saúde da Família. **Rev. Med Minas Gerais.** v.20, n.1. 2010. p.5-15.

PEREIRA, A. et al. Relação entre a inteligência espiritual e a saúde mental e física em idosos. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**. v.2, n.1. 2016. p.38-52.

PEREIRA, R.S; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**. v.6, n.1. 2003. p.43-59.

PICOLI, B.A. Memória, história e oralidade. **Mnemosine Revista**. v.1, n.1. 2010. p.168-184.

PIMENTEL, L.J.; SILVA, V.A. **Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes idosos em Unidade de Terapia Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso [Residência em Enfermagem Intensivista]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.

PINTO, A.C. Problemas de memória nos idosos: uma revisão. **Psicologia, Educação e Cultura**. v.3, n.2. 1999. p.253-295.

POIRIER, J.; CLAPIER-VALLADON, S.; RAYBAUT, P. **Histórias de vida: teoria e prática**. 2.ed. Oeiras – Portugal: Celta, 1999.

PONTE, K.M.A. et el. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Esc Anna Nery** (impr.). v.16, n.4. 2012. p.666 – 673.

PONTE, K.M.A. et el. Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Texto Contexto Enferm**. v.23, n.1. 2014. p.56-64.

PONTE, K.M.A; SILVA, L.F. **Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa**. **J. res.: fundam. care**. v.7, n.2. 2015. p.2603-2614.

PORTAL G1. Aposentadoria de Ayres Britto é publicada no Diário Oficial. **Portal G1**. 16/11/2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/mensalao/noticia/2012/11/aposentadoria-de-ayres-britto-e-publicada-no-diario-oficial.html>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

PORTAL UOL. Oscar Niemeyer, expoente internacional da arquitetura moderna, morre aos 104. **Portal UOL**. 05/12/2012. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/12/05/oscar-niemeyer-expoente-internacional-da-arquitetura-moderna-morre-aos-104.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. V.II.

PROCHET, T.C.; SILVA, M.J.P. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.12, n.2. 2008. p.310 - 5.

PROENÇA, M.O.; DELL AGNOLO, C.M. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.32, n.2. 2011. p.279-286.

PUMPULIM, J.S.L.; SAWADA, N.O. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enferm**. v.19, n.1. 2010. p. 36-44.

PUMPULIM, J.S.L.; SAWADA, N.O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Rev Bras Enferm**. v.65, n.4. 2012. p.621-9.

RAMOS, J.L.C.; MENEZES, M.R. Cuidar de idosos com Doença de Alzheimer: um enfoque na Teoria do Cuidado Cultural. **Rev Rene**. v.4, n.13. 2012. p.805-15.

RAMSCAR, M. et al. The myth of cognitive decline: non-linear dynamics of lifelong learning. **Topics in Cognitive Science**. v.6. 2014. p.5–42.

RESENDE, J. Paul quer cantar até morrer. *Mente aberta*. **Revista Época**. 27/01/2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Mente-aberta/noticia/2012/01/paul-quer-cantar-ate-morrer.html>>. Acesso em: 26/03/2014.

RESNICK, B. O paciente idoso criticamente doente. In. MORTON, P.G.; FONTAINE, D.K. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2011. p.156-180.

RIBEIRO, C.G.; SILVA, C.V.N.S.; MIRANDA, M.M. O paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. **Rev Min Enferm**. v.9. 2005. p.371-7.

RICO, L.R. et al. Vivir la UCI: diferentes perspectivas. **Cultura de los cuidados**. 2º. Semestre; n.12, a.VI. 2002. p.55-66.

RIEDL, T. **Últimas lembranças**: retratos da morte no Cariri, região do Nordeste brasileiro. São Paulo: Annablume, Fortaleza: Secult, 2002.

RIEGEL, F. et al. Cuidados de enfermagem ao idoso com delirium em unidade de terapia: revisão integrativa. **Revista cuidado em enfermagem - CESUCA**. 2015. v.1, n.1. p.48-65.

RÍOS, P.B. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. **Trastornos de la Conducta Alimentaria**. n.9. 2009. p.956-972.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S.I. Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso. 3º. Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. **Atas CIAIQ**. v.2. 2014. p.95-101.

ROCHA, G. **Origem da personificação da morte**. 2010. disponível em: <<http://curiosidades-mundocurioso.blogspot.com.br/2010/08/origem-da-personificacao-da-morte.html>>. Acesso em: 15 mar. 2016.



- ROCHA, M.S. et al. Caracterização da população atendida em Unidade de Terapia Intensiva: subsídio para a assistência. **R Enferm UERJ**. v.15, n.3. 2007. p.411-6.
- ROCHA, P.R.; ALBERTUNI, C.A.; ESPÍNDOLA, A. As virtudes no pensamento de Santo Tomás de Aquino. **Anais do VIII Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas SEPECH**. Londrina: Eduel, 2010.
- ROUSSO, H. A memória não é mais o que era. In: AMADO, J.; FERREIRA, M. (Coords.). **Usos e abusos de história oral**. Rio de Janeiro: FGV,1998. p.93-101.
- ROVIRA, E.R. Salud y personas mayores. **La discriminación sanitaria del mayor**. Academia de Medicina de Cantabria. Santander – Espanha, 2004. Disponível em: <[http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD095\\_Rovira.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD095_Rovira.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2012.
- RUIZ, M.C.S.; GONZÁLEZ, J.S. Análisis de las vivencias de un paciente em cuidados intensivos desde perspectiva de la complejidad. **Cultura de los cuidados**. 2º. Semestre; n.14, a.VII, 2003. p.83-91.
- SACRAMENTO, L.F. **Caracterização da mortalidade de pessoas idosas em Unidade de Terapia Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.
- SAMPAIO NETO, R.A.S. et al. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.22, n.4. 2010. p.369-374.
- SANTANA CABRERA, L. et al. Características y pronóstico de los pacientes mayores con estancia muy prolongada en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Med intensiva**. v.32, n.4. 2008. p.157-62.
- SANTOS, I.B.C. Por que gostamos de nossos cachorros? **Psique ciência & vida**. set. 2008. p. 20-25. Disponível em: <[www.ip.usp.br/imprensa/midia/2008/rev\\_psiq\\_set2008.pdf](http://www.ip.usp.br/imprensa/midia/2008/rev_psiq_set2008.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2016.
- SANTOS, I.C.R.V. et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.10, 2013. p.3007-3014.
- SANTOS, M.I.P.O; CHAVES, E.C.; SARGES, N.A. Impacto da hospitalização na independência funcional de idosos com doenças cardiovasculares. **J Nurs Health**. v.4, n.2. 2014. p.110-22.
- SANTOS, N.R. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**. v.34, n.1. 2010. p.8-19.
- SANTOS, W.L. et al. Protocolo de assistência de enfermagem idosos em alta complexidade. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 24, n.1,2,3. 2010. p.63-74.

SARAIVA, E.R.A.; COUTINHO, M.P.L.; MIRANDA, R.S. O emprego do software ALCESTE e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In: COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas quantitativas e qualitativas**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2011. Cap. II.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**. a.13, v.13, n.1. 2010.

SCHEIN, L.E.C.; CESAR, J.A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev Bras Epidemiol**. v.13, n.2. 2010. p.298-301.

SCHERER, R. et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v.16, n.4. 2013. p.769-779.

SEIMA, M.D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. **Esc Anna Nery** (impr.). v.15, n.4. 2011. p.851-857.

SEMAN, A.P.; GOLIM, V.; GORZONE, M.L. Estudo da hipotermia acidental em idosos institucionalizados. **Rev Assoc Med Bras**. v.55, n.6. 2009. p. 663-71.

SILVA, C.C. et al. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Revista Kairós Gerontologia**. v.15, n.3. 2012. p.119-140.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. **Cogitare Enferm**. v.16, n.1. 2011. p.49-55.

SILVA, C.R.L. **O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

SILVA, E.N. **Ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

SILVA, L.F. et al. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes **R. Bras. Enferm**. v.54, n.4. 2001. p.578-588.

SILVA, M.C.; LUZ, V.B.; GIL, D. Ruído em hospital universitário: impacto na qualidade de vida. **ACR**. v.18, n.2. 2013. p.109-19.

SILVA, M.J.P. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In.: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Athneu, 2001.cap. 1.

SILVA, N.D.; CONTRIN, L.M. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arquivo de Ciências da Saúde**. v.14, n.3. 2007. p.148-152.

SILVA, T.C. et al. Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos: implicações para a assistência de enfermagem. **Aquichan**. a.15, v.15, n.1. 2015. p.21-30.

SILVA, V.A. **O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2011.

SIMEONI, C. **Zeus e Mnemosine**: as musas na teogonia de Hesíodo. A religião pagã fala da realidade dos deuses. Tradução: Dante Lioi Filho. 2016. Disponível em:<[www.federazionepagana.it/hesiodo33\\_mnemosine\\_musas.html](http://www.federazionepagana.it/hesiodo33_mnemosine_musas.html)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SIQUEIRA, A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**. v.38, n.5. 2004. p.687-94.

SIQUEIRA, F.V. et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. **Rev Saúde Pública**. v.43, n.6. 2009. p.961-71.

SITTA, M.C.; JACOB FILHO, W. O idoso no Centro de Terapia Intensiva. In.: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.88.

SOARES, A.; SANTOS, N.R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**. v.38, n.100. 2014. p.18-25.

SOARES, N.V.; DALL'ANGOL, C.M. Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.24, n.5. 2011. p.683-8.

SOUSA, A.C.S.N. et al. Alguns apontamentos sobre o idadismo: a posição de pessoas idosas diante desse agravo à sua subjetividade. **Estud. interdiscipl. envelhec**. v.19, n.3. 2014. p.853-877.

SOUSA, C.R. et al. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.16, n.2. 2008.

SOUSA, L.; RIBEIRO, A.P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde Soc**. 2013. v.22, n.3. p.866-877.

SOUZA, J.R; ZAGONEL, I.P.S; MAFTUM, M.A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a Teoria Transcultural de Leininger. **Rev. RENE**. n.3, v.8. 2007. p.117-125.

SPECTOR, R.E. Teoría Enfermera. La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. **Cultura de los cuidados**. a.4, n.7 y 8. 2000. p.116-127.

STEIN, F.C. et al. Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.21, n.3. 2009. p.255-61.

TAVEIRA, J.F.; MEDEIROS, M.M. Considerações sobre a gastronomia na obra de Jorge Amado: um estudo de caso de Dona Flor e seus Dois Maridos. **CULTUR**. a.09, n.01. 2015. Disponível em: <[www.uesc.br/revistas/culturaeturismo](http://www.uesc.br/revistas/culturaeturismo)>. Acesso em: 08 nov. 2015.

TIMBY, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

TIRUVOIPATI, R. et al. Hypothermia predicts mortality in critically ill elderly patients with sepsis. **Geriatrics**. v.10. 2010. p.70. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/70>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

VASQUEZ, J. **Derechos humanos e salud**. Personas mayores. Organización Panamericana de la Salud. 2008. Disponível em: <[http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069\\_Viejos.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2012.

VERAS, R.; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.10. 2007. p.2479-89.

VEREZA, S.C. o lócus da metáfora: linguagem, pensamento e discurso. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras e cognição**. n.41. 2010. p.199-212.

VERMELHO, L.L; MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. Cap.6. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Athneu, 2006.

VESZL, P.S. et al. Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. n.25, v.3. 2013. p.218-224.

VILLAR, F. Historias de vida y envejecimiento. **Informes Portal Mayores**. Lecciones de Gerontología, VII. n. 59. 2006. Disponível em: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/villar-historias-01.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**. v.36, n.95. 2012. p.640-647.

XIN, H.; KANG, J.; MILLS, G.H. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. **Crit Care**. v.13, n.2. 2009. p.208. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689451/>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WEINBERG, A.D. Hypothermia Special Situations. **Ann Emerg Med.** v.2. n.2. 1993. p. 370-377.

WELCH, A.Z. Madaleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. Cap. 28. In.: TOMEY, A.M.; ALIGOOD, M.R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. Modelos e teorias de enfermagem. Loures (Portugal): Lusociência, 2004.

YASSUDA, M.S. Memória e envelhecimento saudável. In.: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.109.

WHO. World Health Organization. **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva; 2009.

WHO. World Health Organization. **World Alliance Patient Safety**. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

WHO. World Health Organization. **A universal truth**: no health without a workforce. 2014. Disponível em: <[http://www.amb.org.br/\\_arquivos/\\_downloads/324397001384281051\\_RelatorioOMSUmaVerdadeUniversal.pdf](http://www.amb.org.br/_arquivos/_downloads/324397001384281051_RelatorioOMSUmaVerdadeUniversal.pdf)>. Acesso em 07 dez. 2015.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Projeto de pesquisa: **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**

Número de ordem: \_\_\_\_\_

Entrevista n.º ( ) - Data ___/___/___	Duração: _____	Local: _____
Entrevista n.º ( ) - Data ___/___/___	Duração: _____	Local: _____
Entrevista n.º ( ) - Data ___/___/___	Duração: _____	Local: _____
Entrevista n.º ( ) - Data ___/___/___	Duração: _____	Local: _____
<b>1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>		
<b>INICIAIS:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>SEXO:</b> ( ) M ( ) F
<b>COR REFERIDA:</b>	<b>PROFISSÃO:</b>	<b>OCUPAÇÃO:</b>
<b>RENDA MENSAL:</b>	<b>ESCOLARIDADE:</b>	<b>RELIGIÃO:</b>

<b>2. DADOS CLÍNICOS</b>
DIAGNÓSTICO MÉDICO DA ADMISSÃO:
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ( ) HAS ( ) DM ( ) Doenças osteoarticulares ( ) Doenças respiratórias ( ) Outras
TEMPO DE PERMANÊNCIA NA UTI:

**3. CONTE O QUE O SENHOR(A) SE LEMBRA SOBRE A HISTÓRIA DA SUA HOSPITALIZAÇÃO NA UTI.**

**4. CONTE O QUE O SENHOR(A) SE LEMBRA SOBRE:**

A transferência para a UTI	O banho
Como entrou na unidade	O sono
Como foi recebido	A alimentação
A permanência na UTI	A higiene
Como percebeu o ambiente	Sensação de dor
A ação dos diferentes profissionais	As visitas
Procedimentos a que foi submetido(a)	A alta

**5. CONTE SOBRE SUA EXPERIÊNCIA DE TER SIDO INTERNADO(A) EM UMA UTI.**

**6. O QUE O SENHOR(A) SUGERE PARA MELHORAR O ATENDIMENTO A OUTRAS PESSOAS IDOSAS?**

**7. CONTE SOBRE SEUS PLANOS PARA O FUTURO.**

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número de ordem: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um estudo intitulado **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**, que é de autoria do aluno do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na linha de pesquisa O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano, Valdenir Almeida da Silva, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário de Menezes. Também participam deste projeto a estudante de enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Leidelene Fernandes Sacramento, autora do sub-projeto **Relatos de pessoas longevas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**, orientadas pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Bezerra do Amaral e coorientada pelo doutorando Valdenir Almeida da Silva.

Tem como objetivo geral: analisar as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva e como objetivos específicos: apreender as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva; descrever as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva; interpretar as memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Realizaremos entrevistas como forma de coleta de dados. As entrevistas serão realizadas em local reservado, sem a presença de outras pessoas, evitando assim lhe expor a constrangimentos e garantindo o sigilo e anonimato das informações. Caso concorde em participar, sua entrevista será gravada, mas a sua participação será mantida em sigilo e as informações serão usadas especificamente para a construção da tese resultante deste projeto, do Trabalho de Conclusão de Curso já citado, para publicações de artigos científicos e possíveis pesquisas futuras, sem haver, contudo, divulgação de informações que permitam a sua identificação.

Os dados resultantes desta pesquisa serão guardados por um período de cinco anos, no Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento (NEVE) da Escola de Enfermagem da UFBA. Após esse período, passarão a constituir seus arquivos e não serão destruídos.

Tem como possibilidades de risco e desconforto a possibilidade de lembranças desagradáveis da doença e a internação, além de possível desconforto ao responder algumas perguntas. Assim, caso o (a) senhor(a) sinta algum desconforto, a entrevista será interrompida, serão acionados os serviços de enfermagem e de psicologia hospitalar para o oferecimento do suporte necessário, caso esteja no hospital. Os pesquisadores permanecerão

ao seu lado pelo tempo que for necessário. Tem como possibilidade de benefícios a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva, a diminuição de preconceitos e da discriminação por idade nos serviços de saúde.

O (a) senhor(a) poderá sair deste estudo a qualquer momento, caso decida, sem nenhum prejuízo para a continuidade da assistência no hospital. Os (as) pesquisadores (as) e os participantes não estarão recebendo remuneração para a realização do estudo.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que o (a) senhor (a) leia atentamente este documento. Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento de suas dúvidas.

Os critérios de inclusão neste estudo são: ter mais de sessenta anos; ter sido hospitalizado em uma UTI de um hospital público de ensino localizado em Salvador – BA, por um período mínimo de 72 horas, a partir do ano de 2013; ser residente na cidade de Salvador - Bahia; ter seu endereço localizado; ter condições cognitivas de participar do estudo verificado por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no transcorrer deste estudo o (a) Senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71) 9972-4406; do *e-mail*: valdenirenf@yahoo.com.br; ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do telefone (71) 3283-7615, localizado à Dr. Rua Augusto Viana, S/N, CEP: 40110-060, Campus Universitário do Canela, Canela, Salvador – Bahia.

Caso concorde, pedimos que assine este documento em duas vias, sendo uma do participante e a outra, dos pesquisadores.

Salvador – Bahia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_ fui procurado pelo pesquisador Valdenir Almeida da Silva, autor do projeto de pesquisa **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**, e pela graduanda



em enfermagem Leidelene Fernandes Sacramento, autora do sub-projeto **Relatos de pessoas longevas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**, entendi que os critérios de inclusão são: ter mais de sessenta anos; ter sido hospitalizado em uma UTI de um hospital público de ensino localizado em Salvador – BA, por um período mínimo de 72 horas, a partir do ano de 2013; ser residente na cidade de Salvador - Bahia; ter seu endereço localizado; ter condições cognitivas de participar do estudo verificado por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Entendi que minha participação é voluntária e será mantida em sigilo; compreendi que estarei contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva, para a diminuição de preconceitos e discriminação por motivo de idade nos serviços de saúde.

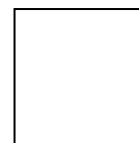
Estou esclarecido de que minha recusa em participar do estudo, ou minha desistência no decorrer da pesquisa, não afetará a qualidade da atenção, da disponibilidade de assistência que venho recebendo ou que poderei vir a precisar e que não serei constrangido ou coagido a nele permanecer.

Em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no transcorrer deste estudo, poderei entrar em contato com os pesquisadores pelo telefone (71) 9972-4406; do *e-mail*: valdenirenf@yahoo.com.br; ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do telefone (71) 3283-7615, localizado à Dr. Rua Augusto Viana, S/N, CEP: 40110-060, Campus Universitário do Canela, Canela, Salvador – Bahia.

Salvador – Bahia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_ .

---

**Assinatura do(a) participante**



## APÊNDICE C - LEVANTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO DE IDOSOS





Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Projeto de pesquisa: **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**

Dr.<sup>a</sup> Delvone Freire Gil Almeida

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Geral Roberto Santos

Solicito autorização para acessar, no SAME, o contato telefônico e endereço dos pacientes idosos que foram hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Geral Roberto Santos, a partir do ano de 2013. Saliento que este procedimento está devidamente descrito na metodologia do projeto de pesquisa intitulada **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, e autorizado por este Comitê de Ética.

Salvador-BA, 03 de dezembro de 2014.

Atenciosamente,



**Valdenir Almeida da Silva**  
Doutorando em Enfermagem / UFBA  
Autor do projeto

**APÊNDICE E – IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS PARA LOCALIZAÇÃO APÓS A  
ALTA HOSPITALAR**



Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Projeto de pesquisa: **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em**      **Unidade de**  
**Terapia Intensiva**

<b>N.º Prontuário</b>	<b>Nome completo</b>		
<b>Admissão na UTI</b>	<b>Alta da UTI</b>	<b>Permanência</b>	<b>Telefone</b>
<b>Endereço/Ponto de referência</b>			
<b>Responsável / telefone</b>			
<b>Localizado</b> ( ) SIM ( ) NÃO	<b>Aceitou o convite?</b> ( ) SIM - Agendamento: _____ ( ) NÃO - Motivo: _____		
<b>Entrevistado</b> ( ) SIM ( ) NÃO, motivo: _____			

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE F – SOLICITAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA**

Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Projeto de pesquisa: **Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva**Dr.<sup>a</sup> Delvone Freire Gil Almeida

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Geral Roberto Santos

Vimos, por meio deste, solicitar a liberação do Hospital Geral Roberto Santos para a realização da pesquisa intitulada: **Memórias de pessoas idosa sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva: memórias de pessoas idosas.**

A referida pesquisa é um projeto de tese de doutorado em enfermagem, pela Universidade Federal da Bahia, que tem como autor o enfermeiro e doutorando Valdenir Almeida da Silva, e como orientadora a Professora Doutora Maria do Rosário de Menezes, conforme projeto anexo.

Ao referido projeto está vinculado a dois subprojetos de Trabalhos de Conclusão de Curso das alunas do curso de graduação em Enfermagem da UFBA, Carine Santos de Carvalho e Leidelene Fernandes Sacramento.

Informamos que o projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA e, para isto, necessitamos da expedição do Termo de Anuência pelo Hospital Geral Roberto Santos, conforme modelo da Plataforma Brasil.

Na oportunidade, reiteramos nosso compromisso com a devolução dos resultados da pesquisa ao Hospital Geral Roberto Santos e com o cumprimento dos princípios éticos constantes da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Salvador - BA, 21 de julho de 2014.

Atenciosamente,

**Valdenir Almeida da Silva**

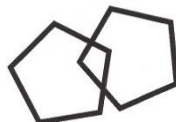
Doutorando em Enfermagem / UFBA

**Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes**

Orientadora



## ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca  Tijolo  Tapete	1  1  1
4. Cálculo (0 - 5 pontos)	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	-----
4a. Cálculo	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações).	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização (0-3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco.	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los.	Relógio Caneta	1  1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita. Dobre-o ao meio. Ponha-o no chão.	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.	-----	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		
<b>Fonte: (BRASIL, 2006).</b>		<b>TOTAL</b>	

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva

**Pesquisador:** VALDENIR ALMEIDA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37638114.2.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 841.527

**Data da Relatoria:** 04/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese de doutorado sob a orientação da Profa. Maria do rosário de Menezes com abordagem qualitativa, participação de 18 pessoas idosas e seus familiares, que foram hospitalizadas em UTI geral para adulto, de um hospital público de ensino, em Salvador – Bahia, no período compreendido desde 2013 até fevereiro de 2015. “Será fundamentado em histórias de vida de pessoas idosas que foram hospitalizados em UTI e seus familiares”. Os dados serão coletados entre os meses setembro de 2014 a fevereiro de 2015 através de entrevista semiestruturada fundamentada na técnica da história de vida; serão analisados por meio da utilização do software estatístico para análise de dados textuais ALCESTE e interpretados à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural formulada pela enfermeira norte americana Madaleine Leininger. Tem como questão norteadora: Quais memórias as pessoas idosas e seus familiares recordam sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva? E como objeto: Memórias de pessoas idosas e seus familiares sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

O Estudo parte da hipótese de que “As memórias de pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI se diferenciam conforme o sexo e a faixa etária.As pessoas idosas que foram hospitalizadas

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 841.527

em UTI e seus familiares podem relatar memórias que revelem violações, conforme as políticas públicas e a Declaração dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa. As pessoas idosas que foram hospitalizadas em UTI podem revelar a vivência do estresse pós-traumático”. E tem como objetivo geral: Analisar as memórias das pessoas idosas e seus familiares sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

Tem como objetivos específicos:

Identificar as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva em relação às faixas etárias; identificar as memórias das pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva em relação ao sexo; descrever as memórias das pessoas idosas e seus familiares sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva; interpretar as memórias de pessoas idosas e seus familiares sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os autores afirmam que a “pesquisa tem como possibilidade de riscos a geração de desconfortos e a mobilização de emoções pelos os participantes ao rememorarem as experiências vivenciadas com o adoecimento e a hospitalização em UTI, bem como o possível constrangimento em responder algumas perguntas. Será informado aos serviços de enfermagem e psicologia do hospital sobre a realização da pesquisa e será solicitado o apoio. Diante de qualquer mal-estar evidenciado pelos participantes, a entrevista será interrompida e serão acionados os serviços de enfermagem e de psicologia hospitalar para o oferecimento do suporte necessário, além disso, o pesquisador permanecerá junto ao participante pelo tempo que for necessário. Para as entrevistas realizadas no domicílio, diante da evidência de mal-estar pelos participantes, a entrevista será interrompida e o pesquisador permanecerá junto ao participante pelo tempo que for necessário”.

Benefícios:

Em relação aos benefícios os autores vislumbram “a contribuição com conhecimentos que possam gerar reflexões para um melhor direcionamento das práticas da enfermagem no sentido de considerar a realidade dessa população presente nos serviços de saúde com suas características singulares provenientes do processo de envelhecimento, da condição aguda de doenças e do contexto social onde estão inseridas”.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 841.527

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto elaborado com clareza relevante para a prática de enfermagem e para políticas públicas relacionadas a população idosa. Trata-se de pesquisa qualitativa que apresenta critérios distintos para participantes idosos e familiares: “Critérios de inclusão para as pessoas idosas são: ter mais de sessenta anos; ter sido hospitalizado em UTI por um período mínimo de 72 horas; ser residente em Salvador - Bahia; ter seu endereço localizado; ter condições cognitivas de participar do estudo verificado através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental”.

“Critérios de inclusão para os familiares: ter sido o acompanhante da pessoa idosa durante o atendimento da unidade de saúde e hospitalização na

UTI; ser residente em Salvador – Bahia; e ter seu endereço localizado”.

“Coleta de dados ocorrerá nos meses de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, através de entrevista semiestruturada que será gravada após a autorização dos participantes e após a aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética em Pesquisa”. Esta coleta terá 6 momentos e atividades: “1) Identificação e localização da pessoa idosa e seu familiar que tenha permanecido na UTI por um período mínimo de 72 horas e que tenha recebido alta. 2) Aproximação, contato inicial e convite para participar da pesquisa. 3) Esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa; as justificativas; os objetivos; os procedimentos para a coleta, análise e utilização dos dados; os possíveis riscos, desconfortos e qual conduta será adotada na vigência destes; os possíveis benefícios; a autonomia para participar do estudo, podendo desistir a qualquer momento; privacidade, anonimato e sigilo das informações. 4) Solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra, com o pesquisador. 5) Aplicação do Mini Exame do Estado Mental, apenas para a pessoa idosa. 6) Realização das entrevistas em local reservado, sem a presença de outras pessoas, garantido o sigilo, o anonimato e a privacidade. Para os participantes que já tiverem recebido alta hospitalar, as entrevistas serão realizadas em seus domicílios, observando-se os critérios de inclusão”.

As análises serão “processadas no software estatístico ALCESTE (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos do Texto)”. Para os autores este software “auxilia na análise de textos densos e com sentidos diversos. De acordo com Nascimento e Menandro (2006), o ALCESTE não efetua cálculo de sentido do texto, mas organiza um discurso em tópicos, deixando em evidência os mundos lexicais. O vocabulário corresponde a um traço, uma referência ou intenção do sujeito-enunciador.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DO CAMPO DA PESQUISA****HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

Salvador-Ba, 31 de julho de 2014.

**DECLARAÇÃO**

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas co-responsabilidades como organização co-participante do projeto de pesquisa intitulado “MEMÓRIAS DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, de autoria do enfermeiro e doutorando Valdenir Almeida da Silva, sob a orientação da prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria do Rosário de Menezes tendo como origem a UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

  
Dra. Delyone Freire Gil Almeida  
Diretora Geral - HGRS

Dra. Delyone Freire Gil Almeida  
Diretora Geral/HGRS  
Cad. nº 59.146926-8