

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

**IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO NO COTIDIANO E NAS
RELAÇÕES FAMILIARES DO IDOSO**

Porto Alegre
2011

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

**IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO NO COTIDIANO E NAS
RELAÇÕES FAMILIARES DO IDOSO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre
2011

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

**IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO NO COTIDIANO E NAS
RELAÇÕES FAMILIARES DO IDOSO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Profa. Dra. Michele Ruschel Rauter

AGRADECIMENTOS

Desde o princípio de nossa existência contamos com a passagem de inúmeras pessoas em nossas vidas. A cada ano todas nossas conquistas são vivenciadas não apenas por nós, mas por todos que compartilham nossas vivências, experiências, esforços e lutas. Partilhar destes momentos tão significativos é uma forma de agradecer a tantas pessoas especiais que cruzam nossos caminhos diariamente, muitas vezes por alguns instantes, mas nem por isso menos marcantes. Esta dissertação é dedicada, portanto, a uma das pessoas mais importantes da minha vida, a minha avó Herma Luisa Guerra Fabbris que, infelizmente não está presente fisicamente, apesar de seu legado permanecer em meus pensamentos. Vó, tu foste uma guerreira, no sentido mais puro e simples da palavra, seja por abdicar parte da tua vida em nome da nossa ou pelos momentos mais sublimes como o filtro solar em excesso nos dias de praia. Ainda lembro-me dos teus conselhos e da excelente referência que foste nas nossas vidas, com relação a cuidado, zelo, carinho, amor, compreensão e pela tua presença sempre imponente, mas ao mesmo tempo amorosa. Foste a grande responsável pela realização deste estudo, pela sagacidade que possuo em continuar qualificando-me profissionalmente, por proporcionar a afinidade com a temática do envelhecimento populacional e pela oportunidade de realizar a Graduação em Serviço Social através dos teus longos anos de luta.

Pelos conselhos, pelas palavras amigas de amor, carinho e dedicação agradeço a minha mãe, Neida Ivete Fabbris Andreatta, não só pelos momentos de alegria, mas principalmente pelos momentos de dificuldade e superação que não foram poucos. Aprendeste com a Vó a ser uma guerreira e a lutar pelos nossos objetivos.

Apesar da pouca convivência carrego ainda comigo os resquícios da personalidade do meu pai, Mário Luiz Andreatta. Partiste muito cedo pai, mas gostaria que tivesses a certeza que a tua lembrança é uma constante, assim como, o desejo de caminhar de mãos dadas contigo, algo que nunca pude realizar. Ainda ouço as mesmas músicas que me ensinastes a apreciar.

Impossível falar em realizações e conquistas sem me reportar a “pedaços” significativos da minha vida vivenciados em conjunto com o meu irmão, Rodrigo Fabbris Andreatta. Compartilhamos uma infância feliz: pra ti sempre vou desejar toda sorte e felicidade do mundo.

Partilho deste momento com os colegas de Mestrado que trilharam comigo esta mesma caminhada, Giovane, Talléya e Jaqueline. Sentirei saudades das nossas conversas, mas tenho certeza de que a amizade persistirá. Lembrarei com carinho das discussões, das histórias de vida e da superação que todos demonstramos.

Ainda no que se refere às pessoas que percorreram essa caminhada, agradeço especialmente a Paulo César Endres, por compartilhar a paixão pelo tricolor, além de outras paixões. Foram muitos os momentos de alegria nestes anos. Sei que torceste por mim em todos os momentos e vibrastes com a mesma intensidade com as minhas vitórias.

Um agradecimento especial as minhas amigas, as mestres Vanessa e Potira, pelas vivências, encontros e desencontros dessa vida. Aos integrantes do Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS): André, Priscila, Raquel, Rossana, Ludmilla, Gissele, Ricardo, Jaqueline, Vanessa e a Érika. À Raquel, em especial, pela organização e desenvolvimento das atividades do Grupo Trocando Idéias. A todos os idosos do Grupo que participaram dos encontros e que contribuíram de maneira muito especial com todas as discussões. Guardarei comigo a imagem de todos em meu coração e em minhas lembranças – espero fazer parte das suas vidas da mesma forma.

A realização do Mestrado em Serviço Social não representou uma conquista apenas minha, mas de importantes mestres que estiveram presentes em todo este processo de aprendizagem. Agradeço imensamente à Prof^a. Dr^a. Leonia Capaverde Bulla, orientadora desta dissertação, pela aprendizagem, socialização de conhecimento, preocupação, conselhos e estímulo à realização do Doutorado em Serviço Social. Foste a minha principal incentivadora nos muitos momentos que pensei em desistir, mas nestes instantes lembrei-me das suas palavras que me motivaram a continuar. Acreditaste em minhas potencialidades e depositaste em mim a tua confiança – espero ter correspondido às expectativas. Permanecerá comigo também uma amizade construída ao longo destes anos. Agradeço ainda pela possibilidade da realização da Iniciação Científica na graduação e pela organização dos encontros do Grupo Trocando Idéias, já como mestrandia.

Presto homenagens a minha principal incentivadora quanto à realização do Mestrado em Serviço Social, Prof^a. Dr^a. Jane Cruz Prates. No momento em que cogitei a possibilidade de desistir pensei em suas palavras bastante estimulantes. Agradeço pela oportunidade de ter sido a sua primeira Bolsista de Iniciação Científica em uma pesquisa que possibilitou a reflexão sobre a formação acadêmica.

Ainda agradeço a outros mestres que estiveram presentes durante toda a minha formação enquanto graduanda e pós-graduanda: Prof^ª. Dr^ª Dolores Sanchez Wunsch, Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Barros Bellini, Prof^ª. Dr^ª. Maria Beatriz Marazita e ao Prof. Dr. Francisco Arseli Kern. Agradeço especialmente a Prof^ª. Dr^ª Patrícia Krieger Grossi pelo auxílio quanto ao desenvolvimento da pesquisa e a coleta de dados. Obrigada pelo comprometimento de todos os docentes com a formação profissional de todos os discentes da Faculdade de Serviço Social!

De maneira formal, agradeço à banca examinadora deste trabalho, Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Barros Bellini, Prof^ª. Dr^ª. Michele Ruschel Rauter e a Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Krieger Grossi. Todas as contribuições realizadas constituíram uma importante aprendizagem e atentaram para as contradições que envolvem a temática do envelhecimento populacional. Motivaram minha sagacidade em continuar pesquisando o processo de hospitalização do idoso, temática que carece de cada vez mais estudos e atenção.

Ainda de forma bastante formal, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pela oportunidade concedida mediante o financiamento dos estudos e da pesquisa. Espero ter contribuído de uma forma singela com os estudos sobre a velhice e principalmente em relação à hospitalização de idosos.

Por fim, um agradecimento efusivo a todos os sujeitos que participaram da investigação – idosos e familiares –, principais protagonistas do processo de hospitalização; tanto idosos quanto familiares dispuseram-se a conceder seus depoimentos orais. Desejo que de certa forma esta sistematização contribua para concretização de iniciativas destinadas a idosos dependentes ou semidependentes.

Para todos dedico estes singelos versos de um dos expoentes da literatura brasileira e que sintetizam todo o meu querer, “Cada qual sabe amar do seu modo; o modo, pouco importa; o essencial é que saiba amar. Pensamentos valem e vivem pela observação exata ou nova, pela reflexão aguda ou profunda; não menos querem a originalidade, a simplicidade e a graça do dizer” (Machado de Assis).

RESUMO

A presente pesquisa, realizada em dois hospitais de Porto Alegre, tem por objetivo investigar quais as implicações do processo de hospitalização na vida dos sujeitos entrevistados (15 idosos e 15 familiares). Para isso foram construídos dois formulários distintos, um para o idoso e o outro para o familiar. Durante a coleta de dados realizaram-se questionamentos referentes ao processo de hospitalização, adoecimento, período pós-hospitalar, saúde, velhice e suporte social. A proposta investigativa foi submetida à Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Considerando a complexidade que envolve o processo de hospitalização do idoso, optou-se pela realização de um estudo que possibilitasse o desocultamento desta realidade. O referencial dialético-crítico orientou toda a construção do projeto de pesquisa e a sistematização dos resultados obtidos. As categorias do método utilizadas para a análise e interpretação dos dados foram: historicidade, contradição e totalidade. As categorias explicativas da realidade eleitas foram: hospitalização, envelhecimento populacional, família, independência e dependência. Durante o processo de interpretação dos resultados emergiram as seguintes categorias empíricas: adoecimento, perspectivas de vida e saúde. A partir dos depoimentos dos sujeitos do estudo constata-se a centralidade do adoecimento no cotidiano dos idosos entrevistados que, em sua maioria, possuem uma visão bastante negativa sobre a velhice. A centralidade do adoecimento também contribui para a ausência de expectativa de vida dos sujeitos. Sobre as características dos idosos entrevistados 67% já permaneceram internados diversas vezes na mesma instituição. No que se refere à faixa etária 46% possuem de oitenta e um a noventa anos. Em decorrência da viuvez, a maioria vive com os filhos. Em virtude desta realidade, mais da metade dos familiares entrevistados são filhos dos idosos. Os sujeitos do estudo também apresentam uma escolaridade baixa, possuindo a maioria o Ensino Fundamental incompleto. Quanto às relações familiares 87,1% dos entrevistados consideram-nas satisfatórias. Ainda no que se refere à família, ressalta-se o desconhecimento dos familiares sobre a existência da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, assim como de iniciativas destinadas a idosos dependentes e semidependentes, além de hospitais e instituições de longa permanência.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional. Hospitalização do Idoso. Família.

ABSTRACT

This survey, conducted in two hospitals in Porto Alegre, aims to investigate the implications of the admission process in the life of the interviewed subjects (15 elderly and 15 family members). For that was constructed two distinct forms, one for the elderly and their relatives. During the data collection took place questions regarding the process of hospitalization, illness, post-hospital care, health, aging and social support. The research proposal was submitted to the Scientific Committee of the Faculty of Social Work and the Ethics Committee in Research of the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul. Considering the complexity involved in the process of hospitalization of the elderly, we chose to conduct a study that would enable the unveiling of this reality. The referential dialectic-critical directed all project construction and to systematize the search results. The categories of the method used for analysis and interpretation of data were: historicity, contradictions and all. The explanatory categories of reality elected were: hospitalization, population aging, family, independence and dependence. During the process of interpreting the results yielded the following empirical categories: illness, health and life prospects. Based on the reports of the subjects noted the centrality of the illness in everyday life of elderly respondents who, in their majority, have a rather negative about old age. The centrality of the illness also contributes to the lack of expectation of life of individuals. On the characteristics of elderly respondents 67% have stayed in the hospital several times in the same institution. With regard to the age group 46% have eighty-one to ninety. As a result of widowhood, the majority live with their children. Given this reality, more than half the children are interviewed relatives of the elderly. The subjects also have a low education, having most the Elementary School. Family relations 87.1% of respondents consider them satisfactory. Yet when it comes to family, highlights the ignorance of the families on the existence of the National Policy for the Elderly and the Elderly, as well as initiatives for the frail elderly and semidependent, besides hospitals and long-term institutions.

Keywords: Aging Population. Hospitalization of the Elderly. Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da amostra.....	31
Quadro 2 – Características dos sujeitos da pesquisa.....	32
Gráfico 1 – Faixa etária dos entrevistados.....	50
Gráfico 2 – Escolaridade dos entrevistados.....	52
Gráfico 3 – Renda dos participantes.....	58
Quadro 3 – Familiares entrevistados.....	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA: CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO INVESTIGATIVO	14
2.1 CONTRIBUIÇÕES DAS EXPERIÊNCIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO	14
2.2 CATEGORIAS DO MÉTODO E CATEGORIAS EXPLICATIVAS DA REALIDADE	20
2.3 PROBLEMA DE PESQUISA	24
2.4 OBJETIVOS: GERAL E ESPECÍFICOS	26
2.5 PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS: INSTRUMENTOS E TÉCNICAS	28
2.6 AMOSTRA: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
2.7 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	31
2.8 ASPECTOS ÉTICOS	34
3 HETEROGENEIDADE DOS SIGNIFICADOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	36
3.1 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA: OS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO ENVELHECER	36
3.2 A VELHICE NUMA SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO	40
3.3 A HETEROGENEIDADE DOS SIGNIFICADOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL SOB O OLHAR DOS SUJEITOS DA PESQUISA	49
4 PERSPECTIVAS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO	60
4.1 PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO	60
4.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO: EM DESTAQUE A HOSPITALIZAÇÃO	64
4.3 A SAÚDE SOB O OLHAR DOS SUJEITOS DA PESQUISA	72
4.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO E CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL	76
5 CENTRALIDADE DA CATEGORIA HOSPITALIZAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO INVESTIGATIVO	83
5.1 COMPLEXIDADE E CONTRADIÇÃO DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO.	83
5.2 A RESSIGNIFICAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO E A CENTRALIDADE DO ADOECIMENTO	91
6 FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO	96
6.1 AS REFERÊNCIAS À FAMÍLIA: PASSADO E PRESENTE	96
6.2 FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO	103
6.3 PROTAGONISMO DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO IDOSO	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
APÊNDICE B - Formulário de Pesquisa para o Idoso	123
APÊNDICE C - Formulário de Pesquisa para o Familiar	129

1 INTRODUÇÃO

A relevância da pesquisa para a produção do conhecimento decorre da compreensão de que a realidade é bastante flexível e suscetível a transformações. O envelhecimento populacional caracteriza-se, enquanto transformação societária, na medida em que se constata a produção de mudanças na estrutura da população mundial, em virtude do aumento da expectativa de vida. As pesquisas realizadas revelam as características do envelhecimento populacional brasileiro, assim como apontam para projeções futuras. O futuro mostra um crescimento ainda maior do número de idosos, tendo em vista as conquistas e principalmente os avanços na área da saúde.

Partindo da necessidade de serem realizados cada vez mais estudos sobre a população idosa, o processo investigativo, que subsidiou esta sistematização, procurou desvendar a partir da fala dos entrevistados as suas vivências e experiências enquanto protagonistas desta etapa da vida. Compreende-se que não é possível analisar o envelhecimento populacional isoladamente, mas sim através de uma avaliação profunda, que contemple, além do contexto histórico, os valores que pautam as condições e o modo de vida de cada sociedade e, para além dos avanços em termos de legislação garantidora de direitos, as reais condições para que possam ser materializados, o que sintetiza o nível de sociabilidade.

A pesquisa denominada “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso” possibilitou a sistematização desta dissertação e objetivou realizar uma investigação sobre a hospitalização de idosos. Levando-se em conta a carência de iniciativas para os idosos acometidos por enfermidades, que vivenciam muitas vezes a diminuição de sua independência, o estudo preocupou-se em ouvir os significados atribuídos pelos pacientes sobre a velhice, a hospitalização, o adoecimento e as perspectivas futuras. O estudo também reservou, na coleta de dados, um espaço para que as famílias expusessem o que pensam sobre a hospitalização de seu familiar idoso, tendo em vista os cuidados indispensáveis prestados e, em alguns casos, a necessidade da contratação de um cuidador ou até mesmo a opção pela institucionalização.

A limitação, quanto à existência de espaços que viabilizem a participação dos idosos na sociedade, é evidenciada ainda mais quando se direciona um olhar à diminuição da independência de idosos acometidos por enfermidades. Constata-se a existência de iniciativas destinadas principalmente a idosos ativos e “saudáveis”, em contrapartida são restritas as

ações voltadas aos idosos que vivenciam o processo de adoecimento e perda de alguma de suas capacidades. Para estes idosos, que convivem com o desenvolvimento de patologias, constata-se a importância que adquire a hospitalização em suas vidas surgindo como uma das iniciativas destinadas à recuperação do paciente idoso debilitado. A importância atribuída à hospitalização justifica-se pela centralidade que a doença adquire na vida do idoso e pelas internações realizadas com frequência.

Diante de todos os argumentos apresentados, a dissertação apresenta discussão e problematização sobre: o envelhecimento populacional, o processo de hospitalização do idoso, as relações familiares e as políticas de saúde destinadas à população a partir dos 60 anos. Reserva-se um espaço especial, ainda, para a sistematização das etapas que envolveram a construção e desenvolvimento do processo investigativo.

A coleta de dados foi desenvolvida em dois hospitais de Porto Alegre. No Hospital A foram entrevistados apenas pacientes idosos internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seus familiares; e no Hospital B, fizeram parte da pesquisa pacientes idosos internados através de convênio privado e seus familiares. No total, foram entrevistados 15 idosos, 5 idosos no Hospital A e 10 idosos no Hospital B. Foram entrevistados também nos dois hospitais 15 familiares do total de 15 pacientes idosos que fizeram parte da pesquisa, um familiar para cada idoso. Os resultados da exposição oral de todos os participantes do estudo possibilitaram a construção e a sistematização desta Dissertação.

Os depoimentos dos sujeitos entrevistados estão presentes em todos os capítulos, mediante o entrelaçamento entre fundamentação teórica e interpretação dos dados. No primeiro capítulo privilegiou-se a socialização das etapas do estudo, desde a construção/reconstrução do projeto de pesquisa, passando pela aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e do Comitê de Ética da Universidade, pela coleta de dados e pela interpretação dos resultados. Destacam-se, nesta primeira parte, as dificuldades enfrentadas pela mestranda, principalmente quanto à aprovação dos responsáveis pelas Instituições para a realização da coleta de dados nos dois espaços. Os obstáculos e estratégias para superá-los constituíram as particularidades de todo o processo, que envolveu empenho para tornar a proposta investigativa possível de ser concretizada.

Posteriormente, no segundo capítulo foi dedicada atenção especial à realização de uma reconstrução histórica sobre o envelhecimento populacional e sobre a velhice. A heterogeneidade desta etapa da vida lhe atribui inúmeros significados, que estão vinculados às experiências vivenciadas por seus protagonistas. Compreende-se que o momento atual sinaliza uma transição da concepção atribuída socialmente à pessoa idosa, ainda bastante

restrita à inatividade ou à busca pela atividade plena para uma ressignificação desta etapa da vida mediante as iniciativas consolidadas, como exemplo os grupos de convivência e também as conquistas legais, Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Apesar das conquistas já efetivadas e de todo esse processo de ressignificação, os idosos entrevistados atribuíram significados bastante negativos à velhice, em virtude da centralidade do adoecimento em suas vidas. A velhice pode ser sinônimo de qualidade de vida e de novas oportunidades e projeções. Ações destinadas à melhoria das condições de saúde da população idosa, que já possui limitações decorrentes do desenvolvimento de patologias, podem possibilitar outro entendimento dos idosos hospitalizados sobre a senectude (velhice).

Da mesma forma que o adoecimento centraliza cotidiano e vida dos sujeitos da pesquisa, a hospitalização também é foco de um sentido especial. Destaca-se a centralidade da categoria hospitalização na construção, desenvolvimento e materialização deste trabalho. Por essa razão, no terceiro capítulo o processo de hospitalização é problematizado sob o ponto de vista das suas contradições. Constata-se a atribuição de um duplo significado para a internação. Predominantemente compreendida através da associação com o adoecimento e por isso sendo vista com temor pela sociedade: a hospitalização esteve sempre associada ao sofrimento, à dor e às perdas, principalmente na velhice. Entretanto, as entrevistas dos idosos e familiares revelaram outra compreensão sobre o processo, muito mais positiva, vinculada ao zelo, à segurança e ao sentimento de pertencimento. Questiona-se como um espaço reconhecido tradicionalmente por conotações tão negativas, apresenta significados tão contrários, superando muitas vezes a importância que deveria ser atribuída ao espaço doméstico. Questiona-se, também, como um local reconhecido pelo isolamento pode propiciar o estabelecimento de relações de amizade. Todas as discussões realizadas tiveram por objetivo problematizar essa realidade e de maneira alguma almejavam a construção de julgamentos sem base teórica. Propuseram-se, sim, a suscitar novos questionamentos e a destacar a relevância da temática para a sociedade.

Não são apenas os idosos que vivenciam a hospitalização. A presença da família no período da internação estimula os idosos entrevistados a superarem dificuldades. O adoecimento torna imprescindível a necessidade de ser dedicada uma atenção especial para com a saúde do idoso, ministrada principalmente pela família. Dessa forma, no quarto capítulo, os significados atribuídos pela família à hospitalização do familiar idoso são esmiuçados, pois se tornam fundamentais para compreender as implicações desse processo

em suas vidas. Destacam-se também os depoimentos sobre a organização familiar, destinada ao planejamento do período pós-hospitalar e as dificuldades enfrentadas.

Por fim, no quinto capítulo, são abordadas as conquistas já obtidas pelos idosos brasileiros no campo da saúde, com destaque para as iniciativas destinadas aos idosos acometidos por patologias e que apresentam uma dependência ou semidependência. Destacam-se, ainda, os modelos de internação domiciliar como uma alternativa adotada para conter as internações frequentes dos idosos, que encarecem os custos do sistema público de saúde, principalmente pela importância de ser objetivada a qualidade de vida para todos os idosos, sem distinção.

Sendo assim, a concretização desta sistematização representa a finalização de um processo de aprendizagem que conciliou pesquisa, teoria e extensão. Os resultados destes dois anos de estudo e investigação representaram o comprometimento em problematizar a temática do envelhecimento populacional e em especial da hospitalização de idosos. Objetiva-se prosseguir com a investigação no período do Doutorado em Serviço Social, em razão da relevância da discussão e da afinidade da pesquisadora com a temática.

2 METODOLOGIA: CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO INVESTIGATIVO

A opção por iniciar esta dissertação pelos procedimentos metodológicos parte da experiência vivenciada pela mestranda, ainda como graduanda da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Este trabalho resulta da experiência vivenciada pela acadêmica como estagiária de uma instituição hospitalar, como: Bolsista de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS); como Apoio Técnico do mesmo Núcleo; e como mediadora dos encontros realizados pelo Grupo Trocando Idéias, já no Mestrado em Serviço Social. Portanto, sistematizar o processo investigativo representou uma oportunidade de contemplar todas as etapas da formação acadêmica e profissional. Os elementos que compõem a pesquisa, principalmente as inquietações da mestranda, perpassaram as experiências vivenciadas e constituem particularidades do estudo. A partir de tais vivências, que também justificam a importância da realização do estudo e da temática, destaca-se a construção do projeto de pesquisa, a opção por um referencial teórico e epistemológico, os objetivos, a amostra, os instrumentos e técnicas utilizados, a coleta e a interpretação dos dados e os aspectos éticos do processo investigativo. As etapas do estudo estiveram permeadas de particularidades, fruto das vivências, como os encontros do Grupo Trocando Idéias, inquietações, anseios e obstáculos experienciados pela investigadora e que estiveram presentes no decorrer da pesquisa.

2.1 CONTRIBUIÇÕES DAS EXPERIÊNCIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO

A construção de um projeto de pesquisa perpassa a formação acadêmica e as experiências vivenciadas pelo pesquisador. O desenvolvimento de um processo investigativo decorre de inúmeros questionamentos que suscitam a necessidade de novas descobertas sobre uma realidade que “salta aos olhos”. Por isso, a construção de um projeto de pesquisa também é particular e reflete muito da própria personalidade do investigador. A opção por um determinado referencial epistemológico demonstra o quão particular é todo esse processo que, em muitas etapas, é realizado através de escolhas que acabam por representar muito da

identidade do profissional. O projeto de pesquisa intitulado “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso” é produto de uma série de esforços realizados pela mestrandia, sendo o primeiro deles a dedicação à pesquisa e o estímulo aos estudos da pós-graduação. Tudo isso é parte de uma história que congrega diversas experiências decorrentes da graduação em Serviço Social e que suscitam o ímpeto de construir e desenvolver um processo investigativo durante o mestrado.

A presente proposta de pesquisa emergiu a partir de experiência vivenciada enquanto acadêmica da Faculdade de Serviço Social, nos anos de 2006 e 2007, tendo como campo de atuação o espaço hospitalar. A realização desta experiência acadêmica subsidiou um processo de aprendizagem que contemplou o entrelaçamento entre os saberes teóricos e práticos, fundamental à formação profissional de Serviço Social, além de possibilitar a realização de análise e de desvendamento da realidade, representando um parâmetro e uma referência para a realização da presente proposta investigativa, que estabelece uma relação direta com a linha de pesquisa da gerontologia social.

A concretização da monografia intitulada “A Ressignificação do Envelhecimento e do Processo de Hospitalização do Idoso” consolidou a atenção dispensada ao desenfreado aumento da expectativa de vida de uma parcela populacional, que sobrevive diante da supervalorização e reprodução de parâmetros considerados essenciais, tais como a beleza, a agilidade, a produção e a inserção no mercado de trabalho. A experiência como Bolsista de Iniciação Científica, no Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS), pôde ser compreendida como uma complementaridade que culminou com a efervescência da sagacidade dos estudos sobre a realidade da população idosa. A participação na coordenação, durante o mestrado, do Grupo Trocando Idéias, representou a possibilidade de socializar conhecimentos e informações e de, ao mesmo tempo, participar de uma abordagem coletiva.

A organização dos encontros do Grupo também contribuiu para esta sistematização que demarca a finalização de uma etapa da formação. O resultado deste processo de aprendizagem foi construído a partir da realização de todas as etapas do processo metodológico da investigação, assim como do trabalho desenvolvido em conjunto com os idosos participantes da atividade de extensão mencionada.

O Grupo Trocando Idéias representa uma abordagem grupal e realiza-se quinzenalmente na Universidade. Desde 2001, data do início de suas atividades, o Grupo manteve o propósito de discutir e problematizar temáticas vivenciadas cotidianamente pelos idosos e que representavam os interesses dos participantes. O Grupo surgiu por iniciativa da Universidade e da Faculdade de Serviço Social que na época atentavam para o aumento da

expectativa de vida e para a importância da promoção de atividades preventivas, educativas e que, assim, possibilitariam o fomento ao convívio geracional e intergeracional. Dessa forma, a participação em atividades coletivas,

[...] pode contribuir para mudar significativamente a vida dos idosos no que diz respeito a aspectos ligados ao fortalecimento da auto-estima, da identidade, do desenvolvimento das potencialidades, da autonomia e da superação de problemas físicos, emocionais e sociais (BULLA; SANTOS; PADILHA, 2003, p.182).

Para que as discussões fossem realizadas, ao longo de todo o percurso do Grupo, contou-se com a participação de diversos profissionais, dentre eles: médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, bibliotecários, administradores, economistas, entre outros que tiveram um papel fundamental para o desenvolvimento das atividades propostas. Esses profissionais contribuíram através do seu conhecimento com o estímulo à discussão e à problematização dos idosos participantes acerca de temas de interesse coletivo.

O Grupo constituiu, ao longo do tempo, um espaço de socialização de informações referentes à velhice, como a realização de cursos e eventos destinados à garantia de direitos, ao lazer e ao convívio. Através do Grupo muitas relações foram estabelecidas entre os participantes, sendo que estas não se limitaram a este espaço específico estendendo-se a outros momentos, como nas atividades de lazer organizadas pelos próprios participantes.

Constata-se que o trabalho desenvolvido continuamente por bolsistas de iniciação científica, mestrados e doutorandos tem sido de suma importância para os idosos em questão, resultados que podem ser visualizados pelo reconhecimento dos próprios membros a todo esse processo. Alguns destes idosos permanecem no Grupo desde a sua fundação e outros passam a integrar os encontros por meio do estímulo dos participantes. Todas as contribuições fornecidas até o presente momento, pelos profissionais do Serviço Social, sintetizam finalidades definidas e afinidades consolidadas pela temática do envelhecimento populacional. Visualiza-se o esforço dos profissionais envolvidos em fomentar discussões sobre temas atuais, como a importância da realização de atividades físicas, a exposição de histórias de vida, dicas de alimentação saudável, administração financeira na velhice, perdas, fisioterapia para idosos, questões ambientais; também em estimular o convívio geracional e intergeracional, em socializar informações acerca do envelhecimento populacional e em proporcionar um espaço de inserção para os idosos pertencentes à comunidade de um modo geral, sem distinções por critérios financeiros ou por faixa etária.

Participar da coordenação do Grupo “Trocando Idéias” contribui ainda mais na afinidade da mestrandia com a temática, que é destaque no cenário mundial. Representou também outra possibilidade de abordagem, diferente da realizada na coleta de dados da investigação, voltada à interação do idoso. O Grupo teve a participação de idosos independentes e que almejavam o bem-estar e a saúde mediante o convívio, a participação e o esclarecimento de seus questionamentos. Contribuições para a sistematização apresentada foram oriundas também do reconhecimento de bibliografias necessárias à organização dos encontros e à montagem do cronograma semestral. Entretanto, nenhuma contribuição foi mais significativa do que os momentos dedicados à exposição oral das histórias de vida dos participantes e de suas vivências de um modo geral, que representaram pura e simplesmente o protagonismo de todos os participantes acerca de suas próprias vidas.

A partir das experiências mencionadas e de todos os esforços congregados foi desenvolvido um estudo, a fim de investigar as implicações do processo de hospitalização para o idoso e suas relações familiares, bem como as transformações que impactam em seu cotidiano como a diminuição da independência, com vistas a pensar e problematizar proposições para esse segmento populacional.

A identificação com o tema é central e estimulou a construção e consolidação deste processo mediante a elaboração desta dissertação. Outro elemento fundamental para a elaboração e desenvolvimento desta pesquisa é a constatação de que o aumento da expectativa de vida ocasiona transformações societárias e requer novos modos de conceber e tratar os sujeitos que chegam à velhice; contudo, o que se verifica é um processo ainda carente de iniciativas para a proteção desse segmento populacional. Os avanços conquistados pela ciência, que reduzem os níveis de mortalidade e ampliam a longevidade, trazem consigo a necessidade de um conjunto de adequações a serem realizadas nas condições de vida, no que tange às melhorias contínuas para que a qualidade de vida da população seja garantida, conforme previsto na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e nas políticas de saúde e assistência social, somente para mencionar alguns exemplos mais significativos.

A Organização das Nações Unidas delimitou, na Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População realizada em 1982 (ONU, 1982), que o contingente da população com 60 anos ou mais pode ser considerado idoso nos países em desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos é considerada idosa a pessoa a partir dos 65 anos. Entretanto, o envelhecimento é um fenômeno natural que não ocorre da mesma forma para todos seus

protagonistas. As condições de vida e de saúde do sujeito, ao longo de sua existência, podem ter importantes implicações em seu envelhecer.

No campo da saúde convive-se com a precariedade de propostas que possibilitem uma maior atenção ao idoso no período pós-hospitalar, por restringirem-se apenas aos cuidados durante o período de internação. A emergência da liberação de leitos acaba conduzindo ao imediatismo de alternativas frente à escassez de políticas públicas. A Institucionalização é uma das principais estratégias adotadas pelas famílias para zelar por seus idosos debilitados fisicamente, e, mesmo esta alternativa, quando necessária, é ofertada em condições também precárias, especialmente para aqueles que não têm como custeá-las.

No que se refere à diminuição da independência do idoso, evidenciada ao longo do processo de hospitalização, trata-se de uma temática que merece destaque devido à necessidade de serem realizados mais estudos que contemplem os direitos de idosos e familiares. Constata-se, também, uma debilidade acentuada da rede de apoio ofertada a sujeitos e famílias que vivenciam tais situações. Destacando-se as apreensões dos agentes que vivenciam esse processo complexo e, muitas vezes, doloroso, pretende-se que sejam consubstanciadas alternativas que progressivamente possam viabilizar melhorias na qualidade de vida de idosos, familiares e cuidadores. Isso porque no cotidiano é que são vivenciadas as implicações decorrentes do processo de hospitalização e suas transformações, pois,

É no cotidiano que a pessoa realiza suas tarefas, suas rotinas, seus hábitos, que as pessoas constroem seu “dia-a-dia”, mas também é ali que surge o “extraordinário”. É nesse âmbito de aparentes banalidades que está o germe para o diferente, o distinto. Falar em cotidiano não é só falar das banalidades porque é nele que se vivencia a convergência do concreto imediato com o abstrato possível. Em cada recorte do cotidiano existe uma heterogeneidade de possibilidades a serem concretizadas (BULLA; MENDIONDO, 2003, p.272).

Todos os aspectos expostos, o envelhecimento da população mundial, a importância de serem realizadas pesquisas e estudos sobre as condições de vida de idosos, já bastante debilitados em razão do desenvolvimento e agravamento de patologias, e a existência de um número reduzido de iniciativas voltadas a este público mais vulnerabilizado, são fatores que justificam a relevância da realização deste estudo. Evidencia-se em todas as etapas da investigação uma preocupação com a temática que revela não só as intenções do pesquisador, mas aponta para o cuidado com uma realidade que merece ser ainda mais investigada e reconhecida. É a realidade de sujeitos que vivenciam dificuldades determinadas pelas

condições individuais de saúde, mas que também convivem com todo o contexto ambíguo da existência/inexistência de ações concretas.

A investigação, em todas as suas etapas, possibilitou a observação do ambiente hospitalar e a compreensão do sentido dos acontecimentos expostos pelos sujeitos da pesquisa, protagonistas do processo de hospitalização, o que exigiu o uso da técnica da entrevista, a interpretação e a análise das falas dos entrevistados. Para tanto, foram utilizadas as categorias explicativas da realidade, previamente formuladas, que são centrais para a construção e desenvolvimento do processo investigativo, assim como para a análise dos dados. Além das categorias, envelhecimento populacional, família, hospitalização, dependência e independência, outras categorias evidenciaram-se na fala dos sujeitos do estudo e decorreram da constância com que apareceram na entrevista. A importância da opção por essas categorias evidencia-se através da compreensão da centralidade do adoecimento na vida dos idosos entrevistados, assim como da ausência de planos para o futuro e uma concepção de saúde voltada exclusivamente à vivência da velhice associada a patologias. A consolidação de todos estes procedimentos, teóricos e técnicos, só foi possível através da elaboração de uma proposta investigativa. As características da investigação permeiam a trajetória acadêmica do pesquisador e dos movimentos realizados até o momento da elaboração da justificativa, dos objetivos, da delimitação do tema, da fundamentação teórica, da metodologia e do cronograma do estudo (BAUER, 2004).

Fica clara também, dessa forma, a opção por uma abordagem qualitativa, pela referência realizada, até o presente momento, sobre a valorização da opinião e exposição oral dos sujeitos entrevistados, visualizados enquanto protagonistas de uma realidade processual em constante construção/reconstrução. A crença na dinâmica da história permite que a investigação suscite um conhecimento sobre uma realidade propícia a transformações, entendendo-se que esta representa a finalidade da pesquisa, pois, “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas, ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (BAUER, 2004, p.68).

A interpretação dos dados qualitativos solicitou um empenho bastante grande por parte do pesquisador, desde o processo de trabalho de campo, espaço significativo que exigiu uma escuta atenta a todos os movimentos do entrevistado e do ambiente a ser analisado. A sistematização de todo o conhecimento gerado através do processo investigativo só foi possível pela delimitação dos objetivos da investigação e pelo reconhecimento da importância da temática que culminou com o desenvolvimento da pesquisa. Através das falas, idosos e

familiares puderam expressar suas opiniões sobre a internação hospitalar, a velhice, as relações familiares, o cotidiano, as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas para superar o adoecimento e a dependência vivenciados pelos idosos em questão. Constatações oriundas da expressão oral dos sujeitos tornam a entrevista uma técnica privilegiada de coleta de informações, pois representa,

[...] a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados [...] (MINAYO, 2000, p.110).

A relevância da pesquisa nas áreas humano-sociais e, em especial no Serviço Social, é decorrente do fato de que a investigação propicia a descoberta de conhecimentos novos e destaca a relevância de problemáticas que são vivenciadas na realidade cotidiana dos sujeitos, através das relações sociais estabelecidas. Afinal, a realidade social é “... o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que podemos elaborar” (MINAYO, 1994, p.15).

2.2 CATEGORIAS DO MÉTODO E CATEGORIAS EXPLICATIVAS DA REALIDADE

A escolha e a formulação de categorias de análise possibilitaram a realização de conexões entre as primeiras aproximações com o tema, assim como demonstraram a opção por uma orientação epistemológica, que, nesta investigação, privilegiou o referencial dialético crítico. As categorias explicativas da realidade emanam do real e sinalizam as dimensões teóricas a serem problematizadas e discutidas a partir da vivência cotidiana dos sujeitos do estudo, que gentilmente cederam por alguns instantes, através da exposição oral, parte de sua história de vida. Tendo como objetivo investigar a complexidade do processo de hospitalização de idosos, o presente estudo delimitou como categorias explicativas da realidade: envelhecimento populacional, hospitalização, família, independência e dependência. Essas são as categorias explicativas da realidade consideradas centrais para a investigação, pois perpassam toda a discussão da temática, do início ao fim da dissertação.

Foram problematizadas também categorias oriundas das falas dos entrevistados. A interpretação dos dados permitiu verificar a importância atribuída nos depoimentos às categorias adoecimento, perspectivas de vida e saúde.

Um dos pressupostos que remete à importância desta investigação e dos demais estudos está na constatação de que pensar o hoje remete a condições futuras, pois como é preciso destacar constantemente, a história é um processo inacabado. A simples reprodução do real irá determinar as implicações futuras, ou seja, as despreocupações se transformarão em novas bases de discussão e reflexão posteriormente, quando se estaria fadado e mergulhado no problema. Como assinala Kosik (1989, p.212), “é na história que se encontra a vida dos sujeitos pesquisados; é nela que o homem realiza a si mesmo, humaniza-se e só nela ele existe”.

O aumento acelerado da expectativa de vida é um fenômeno que se encontra engendrado na sociedade e já se constata suas implicações. A ressignificação em termos valorativos sobre a velhice encontra-se em um processo transitório, ou seja, esta é uma etapa complexa, pois novas ideologias e concepções passam a ser constituídas.

Como merecedores desses longos anos, os sujeitos devem ser reconhecidos como idealizadores de suas convicções, que as recriam continuamente. Nesse processo, destaca-se o papel fundamental da família, que pode ser reconhecida em sua essência como o primeiro vínculo estabelecido pelo sujeito a partir de seu nascimento. Portanto, é na família que as primeiras relações dos seres humanos são processadas. Alguns papéis são tomados como referência e tornam-se verdadeiros “espelhos” na busca pela constituição da essência humana. Assim como na infância, na senectude (velhice), é muito importante a presença da família, pois esta representa, segundo Netto (1999, p. 92), “[...] a única forma de desenvolver, por um lado, e de manter, por outro, o equilíbrio afetivo e físico do ser humano, propiciando seu desenvolvimento harmônico e natural, valorizando todas as suas potencialidades de maneira global”.

A hospitalização, para o idoso, pode apresentar um teor de complexidade mais elevado frente às demais internações. Esta complexidade está relacionada às implicações decorrentes deste período para o paciente, podendo ter como consequência a finitude da vida. O idoso fragiliza-se na hospitalização devido às suas condições clínicas, necessitando de um apoio mais efetivo por parte dos que o cercam em sua convivência diária. Quando esse apoio não é consolidado, o paciente, a partir dos 60 anos, pode permanecer muito tempo sozinho acabando por depositar uma estima elevada e criar vínculos com os profissionais da área da

saúde, que compõem a equipe de determinado ambiente hospitalar. Em um ambiente hospitalar, essa debilidade mais acentuada permite que o paciente se encontre totalmente relegado à “boa vontade” de profissionais que, muitas vezes, não o reconhecem em sua plenitude. O contexto da hospitalização e a convalescença do idoso tornam-se o único determinante a ser vislumbrado, desconhecendo-se a subjetividade deste, assim como, a sua história de vida.

A diminuição da independência do idoso limita as habilidades no período pós-hospitalar. As conseqüências de um agravamento do quadro clínico podem vir a acarretar mudanças no exercício diário das atividades rotineiras antes executadas, passando a gerar limitações. Dessa forma, ressalta-se a relevância da hospitalização para a tomada de decisão da família frente às situações limitantes e que exigem um maior zelo. A velhice não deve ser associada ao adoecimento, tendo em vista que esta etapa é vivenciada de diferentes formas pelos sujeitos. Essa heterogeneidade é expressa nos diálogos de Cícero (2000, p.30) quando expressa de maneira singular a sua compreensão sobre a velhice: “Objetar-me-ão que muitos velhos são tão fracos que não podem mais sequer assumir qualquer dos encargos ligados a uma função ou simplesmente à vida. Mas esse defeito não é próprio da velhice, é uma questão de saúde”.

No que se refere à identidade do profissional do Serviço Social o caráter investigativo é permeado pela prática profissional. A leitura atenta da realidade é fundamental para a formulação de estratégias que subsidiem a superação das expressões da questão social, materializadas no cotidiano dos sujeitos.

Entretanto, a pesquisa deve possuir finalidades que estabeleçam uma relação com as particularidades da profissão e, conseqüentemente, com o objeto de intervenção. O compromisso com o usuário é um dos alicerces que subsidiam as propostas interventivas e investigativas no Serviço Social, pois almeja a formulação de proposições coletivas, partindo-se do pressuposto das problemáticas vivenciadas cotidianamente.

Para tanto, é necessário o reconhecimento de que o exercício da prática profissional é determinado pelo respaldo coletivo da categoria, considerando-se que, “conhecimentos e princípios éticos alimentam projeções profissionais, materializando a dimensão teleológica do trabalho do assistente social” (IAMAMOTO, 2008, p.416).

O referencial epistemológico-dialético-crítico possibilita todo um movimento de sensibilização com a realidade concreta e de busca e formulação de estratégias para que outro contexto seja configurado. Esse caráter crítico/propositivo perpassa toda a investigação, principalmente quanto à consolidação de objetivos e o estabelecimento de finalidades é

quando o pesquisador questiona-se: “afinal para que pesquisar?”. Para tanto foram eleitas as categorias centrais do método dialético-crítico – mediação, totalidade e historicidade – por representarem e sintetizarem todo esse processo de desvendamento e preocupação com o real, com os processos sociais. As categorias do método expressam a opção por um determinado referencial epistemológico, que perpassa toda a construção do projeto de pesquisa, a coleta de dados e a própria análise dos resultados do estudo, seja no diálogo com diversos autores, na construção de finalidades ou na justificativa da importância deste processo investigativo.

O método está presente no ponto de partida, no desenvolvimento e nas conclusões dos estudos científicos, ou seja, perpassa todas as suas etapas, desde a formulação de um projeto até a análise e interpretação dos dados. Representa a visão de mundo do pesquisador, o referencial teórico e epistemológico que subsidiará todas as discussões. “A pesquisa, portanto, é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 15).

Uma das categorias do método adensadas é a contradição, que representa a constatação do movimento da realidade. O método dialético-crítico pode ser traduzido através da importância atribuída à interpretação do real, que é fundamentada segundo alguns princípios como: os aspectos contraditórios dos objetos e fenômenos, a inter-relação entre qualidade e quantidade e a negação da negação. Enquanto aspecto contraditório entende-se a unidade dos opostos que se constitui como “a fonte do desenvolvimento da realidade” (GIL, 2007, p.31). A inter-relação entre quantidade e qualidade pressupõe a geração de mudanças ocasionadas pela associação entre esses dois pólos.

Portanto, enquanto contradição compreende-se que representam

Conexões íntimas que existem entre realidades diferentes, criam unidades contraditórias. Em tais unidades, a contradição é essencial: não é um mero defeito do raciocínio. Num sentido amplo, filosófico, que não se confunde com o sentido que a lógica confere ao termo, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. A dialética não se contrapõe à lógica, mas vai além da lógica, desbravando um espaço que a lógica não consegue ocupar (KONDER, 1985, p.49).

Para que essa articulação entre os diferentes elementos que compõem o contexto histórico fosse processada, foi necessário um desvendamento e uma apreensão dos Marcos que compõem essa realidade – a formulação das primeiras iniciativas voltadas ao bem-estar

da pessoa idosa como: a promulgação da Política Nacional (BRASIL, 1994) e da Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). Todas essas conquistas foram resultados de um amplo movimento da sociedade e das entidades que representam este segmento populacional, como os conselhos e os sindicatos. Esse movimento remete à realização de uma análise mais aprofundada sobre os condicionantes históricos que vem a compor as particularidades do fenômeno na contemporaneidade.

Para tanto, a categoria historicidade adquire papel de destaque, pois “significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desvendamento deste movimento, por cortes históricos” (PRATES, 2003, p.142). A sensibilidade em constatar essa percepção é um dos pressupostos da intervenção do Assistente Social, quando compreende que a realidade está em movimento, sendo fundamental a prática, o desvendar das teias constitutivas do real.

Assim como o fenômeno do envelhecimento populacional é contextualizado mediante aspectos que o particularizam e expressam suas contradições, as articulações permitem a realização de associações e a descoberta de percepções que inferem a totalidade. Como totalidade, dessa forma, entende-se que esta não se constitui enquanto um método que pretenda, [...] ingenuamente conhecer todos os aspectos da realidade, sem exceções, e oferecer um quadro “total” da realidade, na infinidade dos seus aspectos e propriedades; é uma teoria da realidade e do conhecimento que dela se tem como realidade (KOSIK, 1989, p. 36).

Portanto, não se limita a reconhecer os diferentes contextos históricos e elementos de uma determinada problemática, mas almeja realizar associações e problematizações, a partir das quais se possa constatar similaridades e aspectos causais entre fenômenos distintos. Todas as categorias adquiriram maior transparência e riqueza no adensamento teórico, nos momentos destinados a análise de dados, que ficaram visíveis através da falas dos sujeitos e da interpretação dos dados.

2.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Toda a investigação parte de um questionamento que suscita e estimula no pesquisador o anseio de conhecer e investigar uma determinada realidade. A temática na qual o

pesquisador debruça-se tem naturalmente que demonstrar uma relevância necessária para justificar a importância da realização de um determinado estudo. Toda pesquisa tem um questionamento central que orienta os objetivos e finalidades da investigação. O problema de pesquisa está presente em todo o processo investigativo, desde a formulação do projeto até a construção de instrumentos e a análise de dados.

Em razão do estímulo em investigar o processo de hospitalização de idosos pelo questionamento central da pesquisa buscaram-se respostas sobre as implicações da hospitalização na vida, nas relações familiares e na dependência e independência de sujeitos com 60 anos ou mais. Devem ser destacados outros aspectos como a complexidade da hospitalização, sendo que este processo pode ser marcado por sua centralidade na vida dos sujeitos, por um agravamento das condições de saúde do idoso possibilitando o surgimento de limitações ou do aumento do grau de dependência ou semidependência. A família tende a participar de todo esse processo, muitas vezes exigindo-se desta uma tomada de decisão frente às consequências oriundas do desenvolvimento de patologias em decorrência da perda de autonomia do idoso.

Destaca-se, ainda, a diferença entre autonomia e independência palavras de concepções distintas. Enquanto a independência está relacionada à habilidades físicas consideradas fundamentais, como a realização da higiene pessoal, a autonomia refere-se à possibilidade de se optar por escolhas entre alternativas criadas.

Portanto, o adoecimento do idoso pode estar associado à dependência e/ou ausência de autonomia, mas necessariamente não necessita acarretar tais mudanças. O desenvolvimento de patologias também pode significar dependência e perda de autonomia na realização das atividades e na opção por escolhas.

Contudo, não é todo processo de adoecimento que gera tamanhas limitações. Considera-se fundamental a vivência de uma velhice associada à autonomia para tomar decisões.

O envelhecimento bem sucedido só pode ser assim considerado se a autonomia estiver presente. E não deve ser confundida com grau de dependência. O indivíduo pode ser dependente total e ter condições de exercer a sua autonomia. Independência é a capacidade de realizar atividades da vida diária, através de ações motoras (banhar-se, transferir-se, alimentar-se, vestir-se) e autonomia é a capacidade de tomar decisões, isto é, compreender, envolver e tomar decisões sobre uma situação, segundo sua avaliação e preferência (MACHADO, 2006, p.50).

As referências realizadas sobre a diferença entre autonomia e independência são essenciais para caracterizar os sujeitos do estudo – idosos hospitalizados que, na maioria, tinham sua autonomia preservada. No que se refere ao grau de independência dos sujeitos do estudo, a maioria encontrava-se debilitada em decorrência do adoecimento. Para que respostas ao questionamento da pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso” fossem consolidadas foi necessário ouvir e interpretar a exposição oral dos sujeitos do estudo. Essa exposição essa que representou a contextualização de um momento e de um processo da vida dos entrevistados, sendo que as suas impressões sobre determinada vivência subsidiaram respostas ao questionamento central da investigação, assim como possibilitaram a sistematização deste trabalho, síntese de todo o processo de descobertas e proposições.

Para se aproximar um pouco mais da realidade do problema de pesquisa foram realizados questionamentos aos entrevistados referentes à dependência/independência, à autonomia, às relações familiares, às atividades da vida diária, ao significado atribuído a velhice e aos recursos disponibilizados pela instituição e pelo Estado.

Os instrumentos aplicados encontram-se nos apêndices, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obviamente, pelo processo investigativo envolver um movimento dialético, novas problematizações surgiram ao longo da coleta de dados, informações até então desconhecidas e que também vieram a delimitar os caminhos a serem percorridos na investigação e contribuíram para a sistematização teórico-prática.

2.4 OBJETIVOS: GERAL E ESPECÍFICOS

A importância da pesquisa, seus procedimentos e técnicas são apreendidos ao longo da formação profissional. Essas aproximações sucessivas destacam a relevância do processo investigativo para as áreas humano-sociais, em especial para o Serviço Social, profissão sempre atenta à realidade, compreendida enquanto um processo, um movimento, que requer sintonia constante com as transformações operadas cotidianamente seja no nível de macro ou microrrevoluções. Essas transformações podem impactar significativamente no cotidiano de

grande parcela da população ou que são concretizadas na vivência diária de uma família ou de um único sujeito.

Entretanto, todas essas mudanças adentram ao campo do real quando há uma sensibilização com a realidade, proporcionada pelo desenvolvimento e pelo olhar atento de profissionais comprometidos com a pesquisa, com a busca do conhecimento sobre processos que necessitam ser mais bem adensados e analisados.

Qualquer processo investigativo parte, portanto, do pressuposto de um contexto estabelecido do qual os sujeitos, protagonistas desse processo, experimentam cotidianamente vivências e lhe atribuem significações. Nada melhor para compreender essas realidades, denominadas agora, portanto, enquanto temas, do que a organização de projetos com fins investigativos e com finalidades bem definidas, afinal,

Entendemos por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualização frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação (MINAYO, 2000, p. 17).

No caso do Serviço Social, o olhar atento à realidade circundante é fundamental para a construção dos processos de trabalho, bastante particulares e que estão intrinsecamente interligados à história de uma determinada instituição, às suas demandas, à demanda dos usuários e às próprias condições de trabalho. Todo esse saber envolve investigação, pesquisa, atenção redobrada com o contexto atual. Mas, afinal, qual é o significado da construção de objetivos diante de tantas argumentações? A partir dessa sintética exposição sobre a relevância da pesquisa, pode-se constatar o quão crucial é a delimitação de finalidades, tanto para a pesquisa quanto para o exercício da prática profissional. Os objetivos representam finalidades, na medida em que especificam o “para quê” de determinada ação.

Investigar o processo de hospitalização é fundamental, em virtude da importância de se analisarem as implicações do adoecimento do idoso evidenciadas durante o processo de hospitalização para a família; bem como as transformações que impactam no cotidiano, tendo em vista a problematização, em conjunto com os sujeitos envolvidos, de proposições para o enfrentamento dessa situação. Se a população idosa enfrenta dificuldades em acessar a rede de apoio, esse fato pode de alguma forma estar subentendido através do significado atribuído à velhice. A população idosa que convive com limitações ocasionadas pelo adoecimento encontra-se em condições ainda mais vulneráveis. A análise das implicações do processo de

hospitalização para o idoso e para a família representou o objetivo geral do processo investigativo.

Para que tal objetivo fosse alcançado e para que essa interpretação, essa aproximação com a realidade obtivesse êxito foi fundamental o contato com os sujeitos que vivenciam o processo de hospitalização, assim como foi crucial o estabelecimento de outros objetivos, como: o desvendamento do significado da internação para o idoso, o conhecimento sobre a rede de apoio ao idoso dependente e a sua família e a identificação das estratégias de resistência do paciente e de sua família diante de um período tão complexo. Os objetivos expostos contribuíram para a elaboração dos instrumentos de pesquisa e resultaram nessa síntese que congrega motivações individuais com a relevância da temática.

2.5 PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS: INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

Partindo da lógica de uma abordagem dialético-crítica, a proposição investigativa destacou a opção por um estudo qualitativo, em que foram valorizadas as opiniões dos entrevistados, em razão das vivências referentes ao processo de hospitalização e a diminuição da autonomia do idoso. A opção por um estudo qualitativo parte do pressuposto da importância da coleta de dados precisos, sem dispensar a exposição oral por parte dos sujeitos. Uma breve definição sobre pesquisa qualitativa a caracteriza através da seguinte afirmação “... a pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações das realidades sociais, e é considerada pesquisa soft” (BAUER; GALKELL; ALLUM, 2004, p.23).

Como técnica para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, com a predominância de questões abertas, definidas pelo entrevistador sendo preservada a identidade dos sujeitos, garantida pela formulação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao longo de todas as etapas do projeto de pesquisa a investigadora esteve atenta à ética que corresponde ao sigilo quanto à natureza dos dados coletados e o respeito à opinião e aos sujeitos pesquisados.

Compreende-se que as decisões éticas na pesquisa social, conforme as discussões realizadas por May (2004, p.76),

[...] não estão sendo definidas em termos do que é vantajoso para o pesquisador ou o projeto no qual ele está trabalhando. Elas preocupam-se com o que é certo e justo, com os interesses não apenas do projeto, dos seus patrocinadores ou funcionários, mas também de outros participantes.

A entrevista possibilitou a obtenção de informações, em que pese a exposição oral dos sujeitos, o conhecimento sobre o que as pessoas acreditam, a compreensão dos sentimentos e a descoberta de que fatores podem influenciar as opiniões, os sentimentos e a conduta dos sujeitos entrevistados. Como a presente proposta de investigação objetivou identificar as percepções em relação à diminuição da autonomia do idoso e suas implicações nas relações familiares, foram realizadas entrevistas com o sujeito e com um familiar que estava presente no momento da hospitalização. Para tanto, foram construídos dois formulários (Apêndice B e Apêndice C), um para o idoso e outro para a família, sendo que ambos os instrumentos contavam com perguntas abertas e fechadas.

Os formulários possibilitaram analisar, da mesma forma, a história de vida dos sujeitos do estudo, a fim de retratar as experiências vivenciadas até o processo de hospitalização, com o intuito de investigar as relações intrínsecas. Com relação à família, deu-se preferência ao conhecimento acerca das implicações da hospitalização para as relações familiares, a rede de apoio e as formas de resistência empreendidas. No que se refere ao idoso, ocorreu a tentativa de identificar o significado da diminuição de sua autonomia durante a hospitalização, além disso foram privilegiadas as formas de resistência construídas conjuntamente com as expectativas de vida almejadas.

2.6 AMOSTRA: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

As entrevistas foram realizadas com idosos hospitalizados e seus familiares, tendo como *locus* dois hospitais de Porto Alegre. A opção pela realização do processo de coleta de dados, nestas duas instituições, foi realizada tendo como pressupostos a natureza dos tipos de atendimento, o primeiro público prestado por uma instituição privada, através do SUS e o segundo particular realizado através de convênio. A opção por tais métodos e técnicas representou uma escolha e um planejamento acerca dos procedimentos que melhor abarcasse

as proposições da investigação, de forma a contemplar as finalidades a que se propunha, pois como afirmam Marconi e Lakatos (2002, p. 28),

[...] os métodos e as técnicas a serem empregados na pesquisa científica podem ser selecionados desde a proposição do problema, da formulação das hipóteses e da delimitação do universo ou da amostra. A seleção do instrumental metodológico está, portanto, diretamente relacionada com o problema a ser estudado; a escolha dependerá dos vários fatores relacionados com a pesquisa, ou seja, a natureza dos fenômenos, os recursos financeiros, a equipe humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação.

A amostra utilizada foi do tipo não probabilística intencional, com base em critérios estabelecidos previamente pelo pesquisador. Em razão do vasto número de idosos que compõem o universo dos que se encontram hospitalizados e também em constante variação, a amostra foi definida através da delimitação de um período específico para a realização da coleta de dados e de critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos. Foram incluídos na amostra os pacientes idosos, a partir dos 60 anos, homens e mulheres, que se encontravam hospitalizados nas duas instituições, no período compreendido entre os meses de junho e julho de 2010. Foram entrevistados cinco idosos internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Hospital A e dez idosos hospitalizados através de convênio particular no Hospital B. Foram entrevistados menos idosos no Hospital B, porque o número total de internações era bastante inferior ao Hospital A, apenas oito leitos disponíveis. Os pacientes idosos que não possuíam condições de se expressar oralmente e os que se encontravam hospitalizados nas Unidades de Tratamento Intensivo, não fizeram parte da amostra. Os pacientes idosos internados no Hospital A em tipo de atendimento do SUS também não foram entrevistados.

Quanto à amostra de familiares, foi entrevistado um familiar para cada paciente idoso, sendo considerada fundamental a sua participação no processo de hospitalização, delimitada pelo comparecimento na instituição. Os critérios de inclusão e exclusão da amostra podem ser mais bem visualizados através da representação abaixo.

Sujeitos	Critérios	
	Inclusão	Exclusão
Idosos	<p>Cinco pacientes com 60 anos ou mais, hospitalizados pelo SUS no Hospital A.</p> <p>Dez pacientes com 60 anos ou mais, hospitalizados no Hospital B. Como o Hospital possui a mesma natureza de convênio para todas as internações, não houve exclusão por essa particularidade.</p>	<p>Pacientes com 60 anos ou mais que não possuíam condições de expressar-se oralmente e os que estavam internados em Unidades de Tratamento Intensivo.</p> <p>Pacientes com 60 anos ou mais hospitalizados, com tipo de atendimento por convênio diferente do SUS no Hospital A.</p>
Familiares e/ou cuidadores	<p>Um familiar para cada paciente a partir dos 60 anos que estava incluído na amostra hospitalizado no Hospital A, através do SUS. Foram entrevistados cinco familiares de cinco pacientes idosos hospitalizados.</p> <p>Um familiar para cada paciente a partir dos 60 anos que estava incluído na amostra hospitalizado no Hospital B, através de convênio particular. Foram entrevistados dez familiares de dez pacientes idosos hospitalizados.</p>	<p>Os familiares de pacientes, a partir dos 60 anos, que não puderam expressar-se oralmente ou que estavam internados em Unidades de Tratamento Intenso. Especificamente estes idosos não fizeram parte da amostra, conseqüentemente seus familiares também não foram entrevistados.</p> <p>Familiares de pacientes idosos internados no Hospital A, através de convênio diferente do SUS.</p>

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da amostra

Fonte: Pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”

2.7 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados é um processo fundamental para o desenvolvimento de qualquer investigação. Anteriormente à realização da coleta de dados, houve um período de preparação para o início das entrevistas que envolveu a superação de alguns obstáculos, como o receio de adentrar em um espaço permeado por conflitos, muitas vezes de extremo sofrimento.

Entretanto, destaca-se a receptividade dos sujeitos entrevistados, idosos e familiares, que se mostraram compreensíveis e dispostos a socializar seus relatos de experiência. Através da representação gráfica abaixo, evidenciam-se as características dos idosos que participaram da investigação.

	Gênero	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Internações	Convênio
Sujeito 01	Masculino	75	Viúvo	2º Grau Inc.	Várias	Privado
Sujeito 02	Feminino	91	Viúva	1º Grau Inc.	Algumas	Privado
Sujeito 03	Feminino	82	Viúva	1º Grau Cm.	Várias	Privado
Sujeito 04	Feminino	87	Viúva	1º Grau Inc.	Várias	Privado
Sujeito 05	Masculino	84	Casado	2º Grau Inc.	Algumas	Privado
Sujeito 06	Masculino	74	Viúvo	1º Grau Cm.	Várias	Privado
Sujeito 07	Masculino	79	Casado	1º Grau Inc.	Várias	Privado
Sujeito 08	Feminino	64	Casado	1º Grau Inc.	Algumas	Privado
Sujeito 09	Feminino	83	Viúva	1º Grau Inc.	Várias	Privado
Sujeito 10	Masculino	81	Casado	Não Alfabetizado	Várias	Privado
Sujeito 11	Feminino	82	Viúva	1º Grau Inc.	Várias	SUS
Sujeito 12	Feminino	83	Viúva	2º Grau Cm.	Várias	SUS
Sujeito 13	Feminino	80	Viúva	1º Grau Inc.	Várias	SUS
Sujeito 14	Feminino	72	Viúva	2º Grau Inc.	Algumas	SUS
Sujeito 15	Feminino	75	Viúva	1º Grau Inc.	Várias	SUS

Quadro 2 - Características dos sujeitos da pesquisa

Fonte: Pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”

A realidade encontrada nos hospitais foi a de pacientes idosos que possuíam limitações decorrentes do adoecimento que resultaram em muitos casos na diminuição da independência. A dependência ou a semidependência dos entrevistados, em sua maioria, não foi gerada no período de hospitalização compreendido pelo período em que a coleta de dados foi realizada. As dificuldades de locomoção e a realização de atividades rotineiras já faziam parte da vida dos idosos entrevistados que manifestaram, por meio da exposição oral, a inconformidade diante dessa situação, mas também movimentos de superação e resistência.

Na coleta de dados constatou-se que o hospital reconhecido como um espaço de manifestação da dor, da perda e do sofrimento, pode vir a representar outros significados como segurança, pertencimento, zelo e convívio. Essa realidade, até então desconhecida para a mestrandia, possibilitou a constatação de que não devem ser realizados julgamentos sobre situações, fatos ou lugares, pois se fazem necessários o conhecimento e o reconhecimento da heterogeneidade que compõe os sujeitos em todas as esferas da vida social.

Quando as entrevistas, a revisão bibliográfica e a análise documental foram concluídas, iniciou-se a análise e interpretação dos dados, que teve por objetivo a confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa e a expansão do conhecimento sobre o assunto pesquisado. A análise dos dados ocorreu através da seguinte lógica: o estabelecimento de categorias, a codificação, a tabulação e a análise estatística. A análise dos dados tem como objetivo “... organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação” (GIL, 2007, p. 168). A interpretação dos dados coletados procurou dar subsídios ao sentido mais amplo das respostas. A análise dos dados coletados possui três finalidades, conforme definição de Minayo (1994, p. 69):

[...] estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Essas finalidades são complementares, em termos de pesquisa social.

Em consonância com a opção pelo método dialético-crítico a análise e interpretação dos dados foram realizadas tendo como subsídio as categorias totalidade, contradição e historicidade. A análise de conteúdo foi realizada conforme Bardin (2010) e ocorreu respeitando as seguintes etapas: a *pré-análise*, que representou a fase da organização do material; a *descrição analítica*, onde o material organizado foi submetido a um estudo aprofundado com base nos referenciais teóricos da pesquisa; e, a *interpretação referencial*, onde os elementos da pesquisa foram relacionados com as variáveis mais complexas, como um todo, e, da totalidade social em que estão inseridos.

Conforme Bardin (2010), a análise de conteúdo corresponde aos seguintes objetivos: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura. Através da exposição oral dos sujeitos, que corresponde as suas experiências e histórias de vida, partem da realidade dúvidas e incertezas que podem ser superadas. Questionamentos passam a adquirir respostas mediante o desvendamento das próprias inquietações do pesquisador. A análise de conteúdo é um procedimento que parte, portanto, do cotidiano e das particularidades que envolvem as condições de vida dos sujeitos. A exposição oral de experiências e histórias da vida diária propicia que seja realizada a investigação sobre os sentimentos e interpretações de seus protagonistas. No caso da pesquisa em questão, os protagonistas do processo de coleta e análises de dados foram idosos hospitalizados e seus familiares.

A análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis (BARDIN, 2010, p. 32).

É importante evidenciar que os resultados obtidos através do estudo não se estendem à totalidade da população idosa. Os depoimentos e as interpretações, sistematizados através da coleta e análise de dados, são o representativo de um fragmento desta realidade. Portanto, não podem ser realizadas generalizações tendo como referência uma amostra de 15 idosos e 15 familiares. A análise de conteúdo reforça essa compreensão, pois sugere a variação das interpretações conforme a temática de diferentes processos investigativos.

É certo que o gênero de resultados obtidos pelas técnicas de análise de conteúdo não pode ser tomado como prova inelutável. Mas constitui, apesar de tudo, uma ilustração que permite corroborar, pelo menos parcialmente, os pressupostos em causa (BARDIN, 2010, p.77).

Como se trata de um estudo qualitativo evidencia-se a impossibilidade da referência do pesquisador a generalizações que caracterizem uma população em particular. Bardin (2010) ressalta a complexidade da realização da análise de entrevistas, devido ao número inferior de entrevistados em relação à representação do todo social.

Quanto à devolução dos dados, a socialização das informações obtidas durante o processo investigativo foi propiciada. Dessa forma, cumpriu-se com esse dever ético com os sujeitos do estudo e com a sociedade que proporcionaram a realização da pesquisa. A socialização dos dados foi concretizada mediante as apresentações realizadas, através da disponibilização da dissertação para as duas instituições investigadas e também da continuidade do estudo a ser materializada na Pós-Graduação em Serviço Social.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o processo de elaboração do projeto de pesquisa envolveu muito empenho, para que o mesmo pudesse ser desenvolvido mediante etapas como a coleta e a análise de dados. A construção do projeto envolveu também um processo de reconstrução dos objetivos, das técnicas e dos instrumentos. O projeto adquiriu dimensões mais ampliadas em comparação às

primeiras entregas, ainda bastante incipientes. Aos poucos, ganhou forma e objetivos mais coerentes com os questionamentos constantemente realizados pela mestranda. Concluída a parte descritiva da investigação, representada pelo documento em si, este foi submetido à Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social e ao Comitê de Ética da Universidade, que aprovou, através de documento (Anexo A), a pesquisa e a coleta de dados.

A aceitação por parte das chefias quanto à realização da coleta de dados, nos hospitais já mencionados, representou uma etapa importante do estudo devido às dificuldades enfrentadas para a obtenção das assinaturas. Constatou-se, a partir da vivência desta realidade, que os profissionais responsáveis pelas duas instituições demonstraram resistência em permitir a coleta de dados, fato este que infelizmente limitou um pouco o andamento da pesquisa. Entretanto, a persistência e o apoio de outros profissionais possibilitaram o desenvolvimento do processo. Comprova-se, dessa forma, novamente a importância do coletivo, sem o qual a pesquisa poderia ter sido limitada em alguns aspectos.

As entrevistas só foram realizadas mediante aceite dos sujeitos entrevistados. Aos pacientes idosos e familiares, que responderam aos formulários do estudo, foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra no Apêndice A deste trabalho. O Termo foi assinado por todos os entrevistados e formalizou a participação dos sujeitos. Esclarecimentos e dúvidas puderam ser concretizados mediante telefone. Em nenhum momento da sistematização foram utilizados os nomes dos entrevistados, resguardando a identidade das exposições.

Os dados do estudo já foram socializados parcialmente na Mostra de Pós-Graduação, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em agosto de 2010. Pretende-se que os resultados da investigação também sejam socializados no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social e em outros eventos e periódicos do Serviço Social, da Gerontologia Social e áreas afins. Quando finalizada a Dissertação, a mesma estará disponível para consulta na Biblioteca da PUCRS e nos dois locais onde foi realizada a pesquisa.

3 HETEROGENEIDADE DOS SIGNIFICADOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O crescente aumento do número de idosos tem estimulado a realização de pesquisas nessa área. Estudos comprovam as projeções futuras que indicam um percentual ainda mais expressivo de idosos, fruto do aumento gradativo da expectativa de vida. Apesar de toda essa expressão, os idosos ainda são vistos com preconceito pela sociedade que associa a faixa etária a partir dos 60 anos com a inatividade ou através da busca pela atividade plena. Os idosos brasileiros demonstram cada vez mais o desejo de participar da vida em sociedade. Destaca-se a consolidação cada vez mais significativa de iniciativas voltadas principalmente para idosos saudáveis, como os grupos de convivência.

Atribuir concepções à velhice que lhe vinculem tamanha passividade ou consolidar ações que objetivem uma velhice completamente ativa significam o desconhecimento acerca de sua heterogeneidade. A senectude (velhice) é um processo vivenciado de diferentes formas. Envelhecer não é sinônimo de convalescer, muito menos de padecer ou de permanecer completamente ativo. A qualidade de vida dos idosos tem sido o objetivo de inúmeras iniciativas destinadas ao convívio, à participação e ao pertencimento. Constata-se a associação entre a velhice e expressões como a “melhor idade”, embora esta etapa da existência humana distancie-se e muito ainda, em boa parte das experiências do bem-estar e da qualidade de vida. Os idosos acometidos por patologias e que já possuem certo grau de dependência ou semidependência carecem ainda mais de iniciativas. Para esses idosos, a hospitalização é uma das únicas alternativas a serem acessadas e, por isso, adquire tamanha centralidade em suas vidas.

3.1 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA: OS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO ENVELHECER

Há muito tempo, a velhice vem sendo alvo de estudos e de definições por parte de cientistas, pensadores e autores consagrados. Entretanto, obteve conotações distintas decorrentes da cultura dos povos e das representações dos valores de diferentes tempos

históricos. Dentre essas significações destacam-se as que Leme retrata em seu livro “O envelhecimento” sobre as primeiras apreensões dos conceitos atribuídos à palavra.

Uma das primeiras representações gráficas do envelhecimento ligado à debilidade física veio do Egito: o hieróglifo que significa “velho” ou “envelhecer”, foi encontrado a partir de 2800-2700 a.C, representa uma pessoa deitada, com ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea (LEME, 2000, p.9).

Observa-se que essa primeira apreensão sobre o envelhecimento está consubstanciada pela lógica da debilidade física, um dos principais sinônimos de envelhecer ainda hoje. Esse aumento da debilidade, muitas vezes, é atribuído ao passar dos anos, mas não significa que com essa constante os estímulos à realização de atividades serão perdidos, ou seja, que envelhecer seja sinônimo de convalescer. A velhice, apesar de sua heterogeneidade, tem características próprias como a diminuição da intensidade e da velocidade dos movimentos em comparação a outras etapas da vida. Por isso, questiona-se a reprodução de expressões como “Melhor Idade” e “Envelhecimento Ativo”. Parece que a senectude apresenta somente dois entendimentos e que ambos são opostos: a caracterização do idoso enquanto um ser passivo e a busca desenfreada pela realização de atividades intensas e plenas, ignorando os fatores biológicos. O processo natural de envelhecimento pode significar saúde e prazer na continuidade das relações estabelecidas ao longo da existência. A afirmação de que doenças são adquiridas obrigatoriamente em virtude da idade mais avançada é equivocada. Entretanto, estudos indicam que os idosos possuem uma incidência significativa de doenças crônicas, porém tais patologias não atingem a totalidade da população nesta faixa etária.

À medida que a população vai envelhecendo aumentam a incidência e a prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis. Esse grupo de doenças é caracterizado por longo período de latência, tempo de evolução prolongado e etiologia não totalmente elucidada e complicações e lesões irreversíveis que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (LEBRÃO; DUARTE, 2009, p. 194).

Ainda no que se refere aos conceitos do envelhecer, ao longo da história da humanidade, com o passar dos anos, outras significações foram atribuídas à velhice. Destaca-se a visão de Aristóteles sobre o envelhecimento, um século mais tarde, das primeiras observações terem sido realizadas, quando o filósofo apresenta sua concepção. Segundo sua teoria,

[...] a alma seria combinada, ao nascer, ao calor intrínseco, e dele dependeria para se manter unida ao corpo. A vida consistiria na manutenção desse calor, de sua relação com a alma, que se localiza no coração. Para continuar aquecido o calor intrínseco exigiria combustível. À medida que este combustível fosse consumido, o calor intrínseco diminuiria, sobrevivendo o envelhecimento. A chama débil (velhice) pode ser extinta com mais facilidade que a chama vigorosa (juventude), mas, sem sofrer interferência, a chama mais forte pode perdurar até que consuma totalmente o combustível (LEME, 2000, p.10).

Observa-se a formulação de uma concepção bastante filosófica sobre o envelhecimento humano associada a elementos como combustível – calor e chama. Com o passar dos anos esse “combustível” tende a diminuir, ou seja, a intensidade das ações humanas passa a ser realizada com menos agilidade e velocidade em comparação à juventude, “chama vigorosa”.

Posteriormente, cronologicamente a Alemanha foi a pioneira na realização de um estudo especializado sobre a velhice, em 1939. Logo após, os Estados Unidos foi o segundo país a desenvolver pesquisas nessa linha, em 1945, criando uma sociedade de gerontologia que tinha por objetivo estudar o processo de envelhecimento. A partir deste marco legal e principalmente da edição de uma publicação sobre o tema nos Estados Unidos, em 1946, novas produções ocorreram em diversos países do mundo. Certamente neste dado momento histórico atentava-se para o início do crescimento da população considerada idosa. Constatava-se também que os países desenvolvidos foram os pioneiros desses estudos.

Ainda hoje diversas concepções permeiam a etapa da vida compreendida como a senectude (velhice). Diferentes expressões são utilizadas para fazer referência à população a partir dos 60 anos. Cada terminologia representa um referencial teórico e, por isso, quando utilizada, reflete as preferências de cada autor. Optou-se nesta sistematização pela utilização da palavra “idoso”, em referência à compreensão de que significa um termo bastante abrangente e distante de aspectos discriminatórios e decorre do entendimento de que:

O idoso é um ser humano como o jovem, em pleno exercício de sua humanidade e competente segundo suas potencialidades. Infelizmente, esse segmento da população sofre constantemente com os mitos e os preconceitos pessimistas de uma visão distorcida e errônea da velhice, derivada de uma construção social historicamente instituída pela lógica capitalista (GUILAMELON, 2007, p.17).

Não é possível analisar o envelhecimento populacional isoladamente, mas sim através de suas ramificações e de uma avaliação profunda, que contemple, além do contexto histórico, os valores que pautam as condições e o modo de vida de cada sociedade e, para além dos

avanços em termos de legislação garantidora de direitos, as reais condições para que possam ser materializados, o que sintetiza o nível de sociabilidade. Há um descompasso entre o aumento da expectativa de vida e o desenvolvimento do país, em decorrência de uma realidade que não concebe a inserção do idoso como direito e não promove políticas públicas emancipatórias, ou as promove de modo tímido.

As iniciativas materializadas até o presente momento destinam-se principalmente a garantir o bem-estar de idosos ativos. A dependência do idoso devido ao adoecimento pode acarretar a diminuição da independência e a perda progressiva da capacidade funcional. Essa diminuição da independência também deve ser pensada sobre o prisma da qualidade de vida, apesar do nível de complexidade desta situação específica; qualidade de vida compreendida como,

[...] um evento que tem múltiplas dimensões, é multideterminado, diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades, e assim, sua avaliação tem como referência diversos critérios. Avaliar a qualidade de vida consiste em comparar as condições dispensáveis com as desejáveis. Os resultados são expressos justamente por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação (NERI, 2001, p. 108).

Atentar para a problemática da dependência é fundamental, mas para isso é importante um olhar das equipes profissionais para além da atenção apenas dispensada aos pacientes, como também para o contexto em que vivem, pois,

[...] o problema da dependência impõe-se progressivamente como relevante, não apenas pelo aumento da população em idade mais elevada, com maior risco de sofrer de doenças crônico-degenerativas, como também devido à redução do apoio familiar a ela disponível, fazendo com que as pessoas idosas em situação de dependência passem a estar mais vulneráveis em comparação ao passado (BATISTA, 2004, p.103).

A hospitalização, para o idoso, pode apresentar um teor de complexidade mais elevado frente às demais internações. As reinternações são muito frequentes em idosos com idade mais avançada. A maioria dos idosos entrevistados (67%) referiu ter realizado diversas internações na mesma instituição. Grande parte destes 67% não sabia precisar o número de internações que já haviam sido realizadas. Apenas 33% dos idosos hospitalizados declararam ter realizado algumas internações. Nenhum dos entrevistados referiu ser aquela a sua primeira internação em uma das instituições onde foi realizada a coleta de dados. A complexidade da hospitalização para o idoso está relacionada também às implicações decorrentes deste

período, podendo ter como consequência a finitude da vida. O idoso fragiliza-se na hospitalização devido as suas condições clínicas, necessitando de um apoio mais efetivo por parte dos que o cercam em sua convivência diária. Quando esse apoio não é consolidado, o paciente, a partir de 60 anos, pode permanecer muito tempo sozinho acabando por depositar uma estima elevada e criar vínculos com os profissionais da área da saúde, que compõem a equipe de determinado ambiente hospitalar. Em um ambiente hospitalar, essa debilidade mais acentuada permite que o paciente se encontre totalmente relegado à “boa vontade” de profissionais que, muitas vezes, não o reconhecem em sua plenitude.

3.2 A VELHICE NUMA SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO

Transformações societárias são desencadeadas constantemente em razão do movimento da realidade. A realidade é processual e por esse motivo, é fruto de mudanças constantes que tendem a proporcionar novas características a diferentes contextos históricos. Como exemplo dessas transformações, citam-se as profundas alterações ocasionadas na organização e na estrutura social, como a Revolução Industrial, e ainda transformações com um impacto um pouco menor como a passagem de um governo para outro. O envelhecimento populacional pode ser considerado uma transformação societária, na medida em que condiciona o movimento da realidade e, conseqüentemente, acarreta mudanças como os novos papéis atribuídos aos idosos na estrutura familiar ou a criação de políticas públicas voltadas à garantia da qualidade de vida desta parcela populacional.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), os grupos de idosos em situação de vulnerabilidade são representados por aqueles que possuem as seguintes características: idade superior a 80 anos; moram sozinhos ou em instituições de longa permanência; estão isolados socialmente; não possuem filhos; tem limitações severas ou incapacidades e/ou dispõe de recursos financeiros escassos. Portanto, os idosos que apresentam uma diminuição da independência decorrente do adoecimento são considerados vulneráveis, o que requer uma atenção redobrada quanto as suas condições de vida. Necessita-se, portanto, da realização de novos estudos que referenciem a importância da proteção social e de um olhar atento a essa realidade (CAMARANO, 2004).

O envelhecimento populacional, portanto, pode ser compreendido sob diferentes prismas – afirmação que ressalta as contradições deste processo. Pode ser entendido como sinônimo de qualidade de vida e desenvolvimento nacional, pois, em países como o Brasil, o aumento da expectativa de vida significa, dentre outras coisas, a garantia de oportunidades, seja através do trabalho, das condições financeiras e/ou da saúde. O acesso da população aos serviços de saúde apresenta progressos em comparação a momentos pretéritos, em detrimento de uma nova concepção de saúde socializada através dos programas e iniciativas voltadas à prevenção e que, conseqüentemente, objetivam melhorias na qualidade de vida. Ainda sobre o campo da saúde, muito tem sido realizado pelas unidades básicas, através do atendimento das necessidades de comunidades específicas, também privilegiando iniciativas voltadas à socialização de informações e à prevenção de doenças, resultados positivos que contribuem para o prolongamento da vida. Entretanto, destacam-se as contradições desta etapa da existência humana, que também pode vir a representar isolamento social, discriminação, provimento familiar e adoecimento. Alguns autores como Moragas (2004, p.17) trabalham com estes aspectos contraditórios e não negam esse lado da velhice para a sociedade ao referir que,

A velhice separa mais os idosos do resto dos concidadãos do que outros atributos cronológicos ou sociais. Suscita reações negativas e não é somente uma variável descritiva da condição pessoal da pessoa, como a aparência física, o estado de saúde, o sexo, etc.

Diante de concepções e compreensões tão distintas sobre o processo de envelhecimento populacional que se desencadeia em nível mundial, destaca-se a complexidade do tema e a relevância de serem realizados novos estudos sobre o aumento da expectativa de vida. Ressalta-se também a necessidade de serem desenvolvidas novas pesquisas sobre o perfil desta parcela da população, para que novas políticas, programas e projetos sejam construídos em conjunto. Somente os sujeitos que vivenciam essa etapa da existência humana têm plenas condições de delimitar suas necessidades e, dessa forma, através da organização coletiva, vislumbrar novos horizontes.

Outra reflexão importante a ser realizada refere-se à heterogeneidade da população com 60 anos ou mais. Ainda é muito reproduzida uma concepção social fechada, atribuída e imposta do que significa ser idoso; são atrelados à população a partir dos 60 anos sinônimos como: o velho, o incapaz e o inerte. Tais expressões representam um estereótipo formulado socialmente e que, conseqüentemente, é atribuído aos idosos, o que representa uma versão

discriminatória, preconceituosa e de certa forma, ingênua sobre o fenômeno do envelhecimento populacional. Em razão da não procura de outras definições, essa pré-concepção tende a se perpetuar socialmente, mas já com bastante resistência por parte dos próprios idosos, que demonstram preocupação com essa rotulação e buscam superar essa visualização social através da participação em diferentes espaços da sociedade.

Como já mencionado anteriormente, a vivência desta etapa da vida está condicionada a uma série de fatores que delimitam suas características e que podem ser bastante subjetivos. Protagonizar esse momento da existência humana com qualidade de vida pressupõe condições financeiras estáveis, acesso à saúde, alimentação e moradia adequadas, relações familiares e lazer. Esses condicionantes são oportunizados pelo Estado, pela família e pelo próprio sujeito e tendem a influenciar na vivência desta etapa da vida. Evidencia-se pelos estudos já realizados e pelas contribuições de diferentes autores que a vivência da senectude (velhice) difere entre aqueles que possuíram ou que possuem condições de vida digna, através da constatação de que,

A idade constitui um dado importante, mas não determina a condição da pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam (MORAGAS, 2004, p.18).

O envelhecimento populacional apresenta aspectos contraditórios, como mencionado. Três teses caracterizam a heterogeneidade da velhice sob diferentes prismas: a velhice cronológica, que sinaliza o envelhecimento do organismo com o passar dos anos; a velhice funcional, concepção bastante preconceituosa, pois associa o termo “velho” à incapacidade e a outros sinônimos como “limitado”; e, ainda, uma compreensão mais moderna, a velhice entendida como uma etapa vital, que se baseia no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa e que esta representa uma etapa diversa das vivenciadas anteriormente. No decorrer deste trabalho fica evidente a aproximação com a concepção da senectude enquanto uma etapa da vida, o que permite inferir a sua heterogeneidade e descartar qualquer associação com processos discriminatórios, vexatórios ou preconceituosos.

Para que a velhice, etapa do ciclo vital, seja vivida com plenitude, ou seja, através da garantia dos pressupostos legais e em consonância com a qualidade de vida, é necessário o investimento em políticas públicas que proporcionem melhorias para a população idosa. Dentre esses investimentos, é necessária criação de políticas intersetoriais que articulem a

habitação, a saúde, o trabalho, a cultura e o atendimento das demandas dos idosos. Destaca-se também a organização de grupos de convivência, de atividades de lazer, de ações voltadas à prevenção de doenças e cuidado com a saúde dos idosos que já apresentam um estado avançado no desenvolvimento de patologias e que, por isso, se encontram mais debilitados e, conseqüentemente, mais vulnerabilizados.

A necessidade do investimento em políticas públicas, voltadas ao envelhecimento saudável, não significa a consolidação dessas iniciativas. Existe a compreensão de que o investimento na assistência às crianças e adolescentes é mais rentável, pois apresenta resultados em longo prazo, em virtude das perspectivas futuras. É como que, ao ser considerado idoso, o sujeito não possua mais perspectivas existenciais e permaneça relegado ao isolamento. Muitos idosos são portadores de sonhos, planos, projetos e perspectivas de vida, mesmo aqueles que se encontram debilitados, acometidos por uma determinada patologia, pois a autonomia pode ser mantida em qualquer etapa da vida independente de limitações físicas.

O tempo de vida acaba por tornar-se um determinante para a realização de investimentos ou acesso a serviços. Partindo-se dessa perspectiva acaba-se por favorecer uma geração em relação à outra e negar o direito de todos os cidadãos à assistência e a condições de vida digna. Essa premissa também possibilita a efervescência de um processo contraditório de exclusão/inclusão, que permeia todas as políticas voltadas à inserção em programas e projetos e que suscita questões éticas. A emancipação do direito torna-se, dessa forma, limitada, portanto, não se pode falar em políticas emancipatórias quando se presencia a exclusão por critérios de renda ou por faixa etária.

Acrescenta-se, ao dever da sociedade para aqueles que deram tanto de si para as gerações futuras, a premissa de que muito os idosos têm a contribuir com o presente e com o futuro da sociedade. A riqueza das experiências vivenciadas é essencial para a compreensão dos processos remotos que, através dos sujeitos idosos, materializam-se, por representarem os verdadeiros protagonistas de diferentes momentos históricos. Enquanto os jovens possuem conhecimento técnicos superiores, a população a partir dos 60 anos desfruta de uma sabedoria a ser necessariamente socializada. Um dos espaços de socialização e compartilhamento das experiências de vida dos idosos é o Grupo Trocando Idéias, realizado pela PUCRS em parceria com a Faculdade de Serviço Social e o Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais. Esta importante iniciativa, voltada para idosos saudáveis, também contribuiu para a sistematização de todo o processo investigativo em razão das problematizações realizadas em conjunto com os idosos e das experiências socializadas pelo Grupo. Além da participação em

grupos de convivência, os idosos também passam a assumir papéis bastante ativos na sociedade como: o provimento financeiro familiar e o desenvolvimento de atividades produtivas para a manutenção da renda. Esses novos papéis contribuem para uma ressignificação do envelhecimento populacional, ao passo que, também, podem ser prejudiciais à garantia da qualidade de vida do idoso por implicar a não realização de atividades de lazer e o não usufruto da renda oriunda de aposentadorias e pensões.

Essa maior participação e organização do idoso na sociedade, além de possibilitar o surgimento de novos papéis, também permitiu conquistas principalmente no campo da legislação, como a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Nesses textos legais, o idoso aparece como portador de direitos e deveres; também são ressaltados aspectos culturais fundamentais, como o respeito à pessoa idosa. Tais aspectos culturais não necessitariam estar dispostos na legislação, pois representam hábitos e costumes da população, mas, na medida em que não são garantidos, precisam estar descritos em documentos como o Estatuto do Idoso. A participação ativa de grande número desse contingente populacional nos processos decisórios,

[...] trouxe inúmeros ganhos na elaboração da Carta Magna de 1988. Encontramos a proteção ao idoso em diversos dispositivos legais, mas este número ainda é insuficiente em nosso ordenamento jurídico e o desconhecimento desses direitos por parte desse grupo faz com que muitas injustiças sejam cometidas (FARIA, 2004, p.80).

É fundamental a lembrança de que o momento presente é decisivo quanto à ressignificação da concepção atribuída ao idoso na sociedade. Portanto, destaca-se, no momento atual, um conflito entre a identidade atribuída ao idoso e os novos significados a serem construídos sobre essa etapa da vida. Essa ressignificação conta com o apoio de inúmeros estudos e das referências realizadas por diversos autores como Camarano (2004), Machado (2006), Netto (1999), Lafin (2007), mas, sobretudo, os protagonistas deste processo podem construir novos significados a sua própria vivência e, dessa forma, contribuir com novas perspectivas para as gerações futuras.

Logicamente, é necessária uma organização mais efetiva dos idosos em prol de seus interesses. A promulgação da legislação não permitiu o total desenvolvimento e garantia de todas as premissas legais. Ainda há muito para ser construído nas áreas da previdência, da saúde, da educação, do lazer, da habitação, da alimentação, da assistência, etc. É inconcebível

relegar os direitos dos idosos apenas a iniciativas privadas, como as instituições de longa permanência, que ocupam um espaço a ser disponibilizado pelo Estado na figura de instituições gratuitas e no atendimento a domicílio. Enfatiza-se a necessidade também da formação das equipes de saúde para trabalhar especialmente com a população idosa, seja em hospitais ou nas ações voltadas ao bem-estar comunitário. Diante da escassez de iniciativas públicas, as clínicas particulares tomam para si um espaço que deveria ser disponibilizado gratuitamente, muitas vezes através de um atendimento precário pela ausência de profissionais e estrutura física, realidade que só confirma o fato de que,

Não é mais possível deixar que a solução desses problemas continue nas mãos da iniciativa privada (casas de repouso) ou entregue à boa vontade das instituições filantrópicas. Muitas delas necessitam superar o seu estágio de assistencialismo e desenvolver uma nova compreensão do seu papel, face à nova realidade, a fim de adequarem seus programas para a atualidade (BORN, 2004, p.413).

Outra questão envolve a natureza do auxílio prestado, muitas vezes concebido enquanto uma ajuda ou caridade, pelas instituições públicas, pelos profissionais e pelos usuários desses serviços. O desconhecimento da legislação dificulta a compreensão e identificação dos direitos, de forma a representar um empecilho também para a realização da crítica quanto aos serviços ofertados e à estrutura física disponibilizada (COUTO, 2004).

A importância da realização de processos investigativos sobre as condições das populações mais vulnerabilizadas, em que se incluem os idosos, possibilita a socialização de informações, o desocultamento da violação de direitos, a desnaturalização de processos de exclusão e ainda destaca a necessidade da formulação de alternativas coletivas para a superação das problemáticas que merecem prioridade por parte dos governos e da sociedade. O pesquisador desvenda as particularidades da realidade a que investiga, fornece subsídios que podem contribuir para a alteração desse contexto, a partir da proposição de alternativas.

A proteção social para o idoso está garantida na Constituição de 1988, no artigo 230, quando reconhece como dever da família, da sociedade e do Estado, a proteção das pessoas idosas, sendo assegurada a participação comunitária e a promoção de sua dignidade e bem-estar (BRASIL, 1988). No Estatuto do Idoso, a proteção social é delimitada através de ações cotidianas como a prioridade de atendimento nos serviços públicos, no acesso gratuito a medicamentos, na proibição de reajustes em planos de saúde por idade e nos transportes urbanos e interestaduais (BRASIL, 2003).

Deve-se ressaltar que o marco político institucional que orienta as políticas sociais dirigidas a este segmento da população é a Política Nacional do Idoso que prevê a organização de Conselhos e a participação de organizações governamentais e não governamentais no atendimento e oferta de serviços (BRASIL, 1994). A iniciativa privada oferta serviços como os convênios de saúde, bastante utilizados pelos idosos devido à frequência dos atendimentos e internações (CAMARANO, 2004).

A qualidade de vida do idoso pode ser garantida por um conjunto de medidas como: a prevenção, a educação gerontológica nas escolas para melhorar o convívio intergeracional, programas de reabilitação, centros-dia, centros de convivência e também, nos espaços destinados ao convívio intergeracional e geracional, como a família e os grupos de convivência. Entretanto, essas iniciativas necessitam ser estendidas ao conjunto da população de forma emancipatória. São exemplos dessa organização da população a partir dos 60 anos,

Os centros de convivência, as universidades abertas à terceira idade, as escolas da terceira idade, a criação crescente de espaços de convivência social. Estes são alguns exemplos de escolhas feitas pelas pessoas da terceira idade (FERRARI, 2004, p.103).

Verifica-se também, através de uma revisão bibliográfica sobre o tema, a realidade do idoso brasileiro vista sob o ângulo de diferentes autores, sobressaindo-se na obra de alguns destes pensadores os aspectos negativos. Há a constatação dos teóricos de que o aumento da expectativa de vida é um processo que, no Brasil, envolve inúmeros fatores. Entre eles podem ser citados: as condições econômicas, aposentadorias irrisórias que podem culminar com o agravamento à saúde do idoso por más condições de trabalho e vida. Não se pode deixar de fazer referência aos problemas enfrentados pelo sistema de saúde pública brasileiro, evidenciando dificuldades no acesso da população e precárias estruturas. Por último, caso o idoso necessite do auxílio de outra instituição, seus recursos acabam por permitir apenas pagar uma casa de repouso de baixo padrão (BORN, 2004, p.405).

Existem, portanto, perspectivas que demonstram uma visão fatalista da situação do idoso no Brasil, mas também bastante realista, assim como são as conquistas já alcançadas que apresentam essa dupla conotação fatalismo/realismo. Fatalistas por alguns direitos ainda distanciarem-se de sua efetivação, como as próprias punições às instituições irregulares que continuam a atender idosos debilitados e realistas, quanto à promulgação de todos os pressupostos descritos no conjunto dos dispositivos, materializados juridicamente.

Essa visão fatalista acaba por se sobrepor à concepção de heterogeneidade da velhice, que pode ser vivenciada de formas totalmente distintas. Os estudos demonstram que os idosos que têm acesso a uma maior qualidade de vida podem prolongar ainda mais a sua existência, através dos meios que acessam, com um atendimento de saúde mais qualificado e vários programas e serviços ofertados, tais como: as universidades para a terceira idade, os grupos de convivência e as atividades educativas e de lazer. O próprio conhecimento sobre direitos, oportunidades e iniciativas destinadas à população com 60 anos ou mais, e o seu acesso mediante a participação nesses espaços, contribui significativamente para a qualidade de vida e o prolongamento existencial. A descoberta dessas iniciativas depende das expectativas que os próprios idosos nutrem sobre essa etapa da vida e que necessita ser estimulada, como a importância do desenvolvimento de atividades não limitadas ao espaço doméstico, mas que avancem no sentido da participação e pertencimento social. O lugar que os idosos ocupam no meio social pode ser reconstruído e determinado pelos sujeitos que vivenciam esta etapa da existência humana, não somente pelas pesquisas já realizadas e que atestam o fenômeno do envelhecimento populacional, mas principalmente com o reconhecimento de suas potencialidades, compartilhamento de experiências e tomada de decisões mediante a participação em fóruns de discussão e espaços coletivos.

O reconhecimento da heterogeneidade da velhice também pode ser constatado através da evolução do aumento da expectativa em diferentes culturas. No caso dos países desenvolvidos, tal processo foi acompanhado pela preocupação dos governos com esta questão e, conseqüentemente, com os investimentos realizados na área. As iniciativas realizadas adquiriram um *status* de política pública, realidade que acaba agregando ações específicas destinadas a um público-alvo, mas que consolidada objetivos em longo prazo. No caso dos países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento da população de idosos surpreendeu a organização da sociedade como um todo, na medida em que não se concretizou a devida atenção ao fato, ou seja, houve um atraso na constatação da importância de se atentar para esta importante mudança na estrutura social. A cada ano 650.000 idosos são incorporados à população mundial, realidade que confirma as expectativas de expansão do prolongamento existencial (VERAS, 2003). Outros elementos marcaram o envelhecimento da população nos países desenvolvidos, ainda como constata Veras (2003, p.06), pois,

Nos blocos dos chamados países desenvolvidos, tal processo se deu de forma lenta, ao longo de mais de cem anos. Países como a Inglaterra, por exemplo, iniciaram o processo de envelhecimento de sua população, ainda em curso, após a Revolução Industrial, no período áureo do Império Britânico, dispondo de recursos necessários para fazer frente às mudanças advindas desta transformação demográfica.

Pode-se considerar que o processo de envelhecimento da população também envolveu outros condicionantes como a organização de cada nação e a preocupação de cada cultura. Deve-se, entretanto, sinalizar que a preocupação da denominada “agenda” pública tende a contribuir ou não com o atendimento de determinadas necessidades sociais, como, por exemplo, a preocupação por vezes excessiva e exclusiva com os determinantes econômicos, que têm por consequência a invisibilidade dos desencadeantes sociais, ou a distribuição de recursos para uma área específica em detrimento da menor aplicação financeira em outra. Nesses casos, não há um equilíbrio na aplicação de verbas nos diferentes setores que compõem a vida em sociedade e que são fundamentais para o desenvolvimento da população, como a saúde, a assistência, o lazer, a previdência, pois há a supervalorização de uma área em detrimento das poucas iniciativas viabilizadas a outras.

Envelhecer não significa adoecer. Essas duas expressões de significados distintos não representam sinônimos da senectude. As diversas pesquisas já realizadas revelam a constante busca e preocupação do idoso com sua inserção social, onde muitos encontram-se engajados em canais de participação, seja na mídia, nas associações comunitárias, nos movimentos religiosos, nos grupos de convivência ou através da realização de cursos voltados ao reconhecimento das inovações tecnológicas. Entretanto, esses mesmos estudos revelam a realidade de muitos que convivem com o adoecimento e recorrem às diversas formas de tratamento. Essa constatação que não sugere que a totalidade do número de idosos vivencia o adoecimento e não atrela o envelhecer ao adoecer, mas destaca um maior número de internações por parte deste segmento populacional, que recorre aos hospitais em detrimento das doenças crônicas.

As pesquisas já realizadas demonstraram que a maioria deles 85% apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma pequena parcela, cerca de 10%, possui cinco ou mais destas patologias (VERAS, 2003). Por esse motivo, a saúde é um dos setores mais acessados pelos idosos, fato que comprova a necessária atenção ao idoso a ser dispensada no atendimento das emergências, nas internações, pelas equipes e nos programas de saúde desenvolvidos e a serem consolidados, pressupondo novas formas de atenção à demanda crescente por melhores condições. Deve-se ressaltar também que essa atenção redobrada com as doenças crônicas decorre de suas consequências, que podem ocasionar limitações e até mesmo a invalidez. Questiona-se na iminência da ocorrência dessas situações, que ocasionam tamanhas limitações: quais e quantas são as alternativas já existentes destinadas ao idoso dependente? Certamente este é um assunto a ser mais bem problematizado, por esse motivo, no próximo subtítulo, discute-se esta temática tão recorrente.

O desafio, portanto, é incorporar a atenção necessária a ser dispensada com políticas destinadas aos idosos e principalmente, ao grupo dos que se encontram ainda mais vulnerabilizados seja pelas condições econômicas, pelo adoecimento ou pela dificuldade de acesso à saúde e à assistência, pelo próprio não conhecimento dos direitos legalizados. Políticas que conformem a compreensão da heterogeneidade da velhice, com a constatação de que mesmo com o respeito às particularidades desta etapa da vida, esta merece ser vivenciada em conformidade com o lazer, com a participação na sociedade, na família e em outros espaços. As políticas sociais para idosos devem contemplar, portanto,

[...] o direitos, as necessidades; as preferências e a capacidade dos idosos, reconhecendo as experiências individuais dos sujeitos idosos. O desafio é e será incluir na agenda do desenvolvimento socioeconômico dos países políticas para promover o envelhecimento ativo, possibilitando qualidade aos anos adicionados à vida (BERZINS, 2003, p.20).

As políticas sociais, fruto de um intenso processo de luta da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho e de vida, ao longo da história, sempre estiveram atreladas a um duplo caráter de acesso e transformação, mas também de conformação da ordem vigente mediante o controle social (MONTANO, 2007).

Através de todo este panorama possibilita-se a aproximação com a temática, com destaque para a sua relevância no cenário atual. Desafios e conquistas permeiam o universo dos idosos brasileiros. Entretanto, os desafios prevalecem perante as conquistas, pois são carentes de uma reafirmação constante de que o idoso é um cidadão portador de direitos e que ainda tem muito a contribuir com a sociedade, através da participação em fóruns de discussão, da organização coletiva, da atenção dispensada com a sua saúde através da prevenção, da socialização de experiências de vida e da vivência de novos papéis.

3.3 A HETEROGENEIDADE DOS SIGNIFICADOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL SOB O OLHAR DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Falar em envelhecimento populacional requer reconhecer os significados atribuídos a este processo. Quem mais compreende os significados do envelhecimento e principalmente da velhice são os sujeitos que vivenciam esta etapa da vida. A este momento são atribuídas

inúmeras significações que decorrem das vivências dos sujeitos quanto à qualidade de vida, condições estáveis de sobrevivência e de fatores como a autonomia, a independência ou a existência de limitações para a realização de atividades cotidianas. A compreensão sobre esta etapa da vida decorre de inúmeros fatores que acabam por incidir no entendimento e na vivência da senectude. Evidencia-se neste momento uma maior propensão à inexistência de perspectivas, principalmente para os idosos que vivenciam o processo associado ao adoecimento. O fator “idade” particulariza a vivência da velhice, embora não represente uma regra. Os idosos com mais de 80 tendem a apresentar uma diminuição da intensidade na realização de atividades diárias e, conseqüentemente, recorrem mais à internação hospitalar, como demonstra a representação gráfica abaixo sobre a faixa etária dos idosos do estudo.

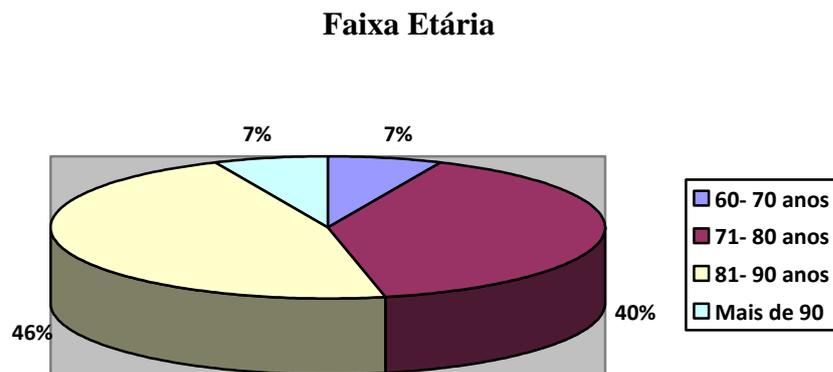


Gráfico 1 – Faixa etária dos entrevistados

Fonte: Pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”

Quase metade dos entrevistados, 46%, possui 80 anos ou mais; realidade que comprova a ocorrência de patologias em sujeitos com idade mais avançada. O desenvolvimento de doenças em sujeitos com idade mais avançada acarreta um número mais elevado de internações nesta faixa etária. O processo de adoecimento, em razão das características biológicas desses idosos, apresenta uma probabilidade mais elevada em ocasionar limitações físicas, como dependências ou semidependências (MACHADO, 2006).

A maioria destes idosos, 67 %, relatou residir com os filhos. São os filhos os familiares mais entrevistados nesta pesquisa, pois compareciam com mais frequência no período de hospitalização. Esse percentual considerável reflete também a realidade dos idosos à perda do companheiro (a). O fato de residirem em sua maioria com os filhos também

apresenta uma relação com a questão da idade mais avançada e com o fato de a maioria dos entrevistados serem do sexo feminino. No Brasil, segundo estudos, a mulher tende a viver mais do que o homem, principalmente em decorrência dos cuidados em relação à saúde. Conforme pesquisa realizada em 2006, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), as mulheres vivem oito anos a mais do que os homens. Essa realidade demonstra a importância de serem realizadas campanhas e outras iniciativas destinadas à prevenção e à qualidade de vida do homem.

A família é um ponto de interseção onde se cruzam características diferentes. É um ponto de estabelecimento de alianças entre grupos; um ponto de definição da filiação e pertença ao grupo; um ponto de negociação de relações de gênero e a referência para o estabelecimento de relações entre as gerações (SCOTT, 2001, p.96).

O passado e o presente podem contribuir para a formulação dos atuais significados atribuídos à velhice, pelos próprios idosos. Para mencionar um exemplo significativo, pode-se ter como referência os idosos que são acometidos por alguma enfermidade e que, pelas limitações ocasionadas pela própria idade e pelo desenvolvimento de patologias, ou até mesmo por sequelas, relatam não realizar planos ou possuir expectativas de vida. Quando este idoso não recebe os cuidados necessários, geralmente a serem dispensados por familiares, tende também a não fazer referência a sonhos e projeções. Deve-se ressaltar que o ser humano é movido pelas relações que estabelece ao longo de sua existência e, que por isso, não conduz a sua vida isoladamente. É fundamental, portanto, para qualquer pessoa o convívio indispensável para a criação de um elo de pertencimento com o ambiente em que vive.

Na hospitalização, as perspectivas e os projetos de vida podem se tornar ainda mais inviabilizados pelo próprio paciente, em decorrência da complexidade que envolve um processo de internação. Quando o paciente é idoso soma-se a complexidade da hospitalização aos anos já vividos, fato que contribui para a inferência da não existência de um planejamento futuro.

Quanto à escolaridade dos sujeitos do estudo, 67% dos idosos manifestaram possuir uma escolaridade baixa, que varia entre o Ensino Fundamental incompleto e a não alfabetização. A pouca escolaridade dos idosos entrevistados justifica-se por aspectos culturais da sociedade brasileira, que tempos atrás não dava tanta importância à educação. Na atualidade, a educação e a qualificação profissional representam atributos fundamentais para o ingresso no mercado de trabalho.

Escolaridade

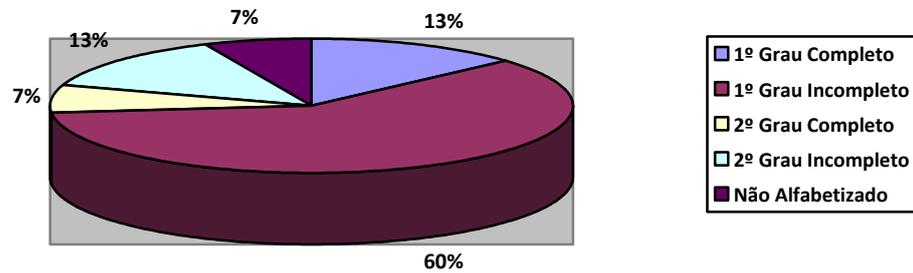


Gráfico 2 – Escolaridade dos entrevistados

Fonte: Pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”

Quando questionados sobre a existência ou não de expectativas de vida, planos e sonhos, 80% dos entrevistados informou não realizar mais planejamentos. Ou seja, para a maioria dos entrevistados não existiam objetivos a serem alcançados; o que existia era uma conformidade perante as suas vivências, em decorrência da idade avançada e das limitações já existentes. Por estarem em uma condição ainda mais vulnerável, que implica a necessidade da vivência do processo de hospitalização, os pacientes idosos tendem a naturalizar o adoecimento e a acusarem o fator idade como o principal causador de suas limitações o que contribui para a inexistência de um planejamento futuro.

Construído sobre os alicerces de uma concepção singular de temporalidade, a idéia de projeto de vida coloca-se, na modernidade, apenas no horizonte dos que estão cronologicamente afastados da velhice. Neste modelo societário, há um tempo para os projetos de vida, tempo distante da velhice (ALMEIDA, 2003, p.45).

Aqueles que indicaram possuir expectativas as referenciam e caracterizam como os desejos que possuem de viver mais, melhorar a saúde, auxiliar a família e encontrar um companheiro(a). A extensão da vida depende, dentre outros fatores, de condições de saúde estáveis, por isso a expressão destes objetivos revela a preocupação com o prolongamento existencial e, de certa forma, uma aproximação com a concepção de uma vida mais saudável. Alguns revelaram, entretanto, não ser possível a ocorrência de melhorias em suas condições de saúde, por já estarem em um estágio avançado no desenvolvimento de patologias e também pela idade. Destaca-se, nesse momento, o fundamental apoio da família e/ou de(o) cuidadore(s) conforme a própria fala dos pacientes idosos, que expressam a importância do acompanhamento de pessoas próximas no período da hospitalização.

A família, entretanto, pode compreender a velhice de seu familiar como fim da vida, e não formular alternativas e perspectivas voltadas para a garantia do bem-estar do paciente. Como manifestação dessa realidade, pode-se visualizar o abandono dos idosos em hospitais públicos e privados. Nesses casos, fica visível o preconceito do qual o idoso é vítima sendo reproduzido pela própria família que assimila os preceitos sociais sem vislumbrar alternativas, pois,

Extraindo suas energias da vitalidade física e do pleno gozo das capacidades intelectuais e produtivas, esta sociedade se constrói em torno de um ideário no qual a juventude ocupa um lugar central. O mito não poderia ser outro senão o da “eterna juventude” (ALMEIDA, 2003, p.42).

A ausência de perspectivas também pode estar associada à centralidade da enfermidade na vida dos sujeitos, como se outras perspectivas fossem totalmente refutadas em razão da convivência com a doença, as formas de tratamento e os procedimentos médicos. De certa forma, o idoso pode visualizar-se apenas na sua condição de “enfermo” e esquecer as outras dimensões da vida humana, como o lazer, a socialização, o estabelecimento de relações, o convívio e a participação social. Certamente, se fossem entrevistados idosos que pertencessem a um grupo de convivência as perspectivas existiriam e seriam diferentes ou apresentar-se-iam em um estágio de materialização mais avançado. Essa diferenciação ocorre porque,

A velhice, entendida como sendo uma totalidade interativa que inclui as dimensões biológica, psíquica, cultural e existencial, apresenta-se, na visão dos dependentes, como parcelada, como alguma coisa somente vinculada à dimensão biológica, mais especialmente ao corpo doente (MERCADANTE, 2003, p.61).

A dependência leva os idosos a possuir ainda menos expectativas em relação àqueles que se encontram mais ativos. Logicamente que as respostas referentes à formulação ou não de expectativas e perspectivas estão diretamente relacionadas aos significados atribuídos pelo idoso à velhice. Esses significados expressam a compreensão que possuem sobre suas próprias vivências enquanto idosos. A inatividade ocasionada pela dependência ou semidependência torna-se um fator importante de debilidade, de redução da qualidade de vida e de morte. A autonomia associada a um estilo de vida saudável pode prevenir esses riscos, assim como reduzir a sensação de tristeza e ansiedade (TERRA; DORNELLES, 2003).

Verifica-se a associação realizada pelo idoso da inexistência ou diminuição de habilidades, com a conformidade com as limitações existentes, como se não houvesse alternativas. Isso pressupõe também que as únicas alternativas visualizadas sejam a reclusão em espaços como hospitais, no qual, ao menos, não são relegados ao esquecimento pelas equipes de saúde. Essa realidade também contribui para uma reflexão que parte da concepção de saúde propagada atualmente, associada a medicamentos e tratamentos, mas ainda bastante distante de outras perspectivas e ações, como a importância do lazer e da convivência. É, ainda, bastante difícil algumas pessoas conceberem a saúde afastada de doenças, pois é como se ambas estivessem lado a lado. Essa associação é realizada por idosos hospitalizados, que fazem uso de medicações e realizam tratamentos específicos. Nesses casos, a unificação entre saúde/doença torna-se praticamente impossível de ser divorciada. Estes significados atribuídos expressam-se nas falas dos idosos, quando questionados sobre as expectativas de vida, sobre o entendimento que possuem sobre a velhice e os cuidados com a saúde. Para os sujeitos da pesquisa, a velhice em nada se relaciona com o convívio, o lazer, a qualidade de vida e a participação social. Os relatos a vinculam com a finitude existencial, com conformidade e naturalização, ou seja, como uma etapa natural da vida. As formas de participação coletiva materializadas nos Conselhos do Idoso também não são referenciadas.

Para os idosos entrevistados a velhice é sinônimo de expressões como: “fim da vida”, “natural” e “carga pesada”. Os que se consideram felizes por terem chegado até esse momento declaram sentirem-se vencedores, em razão das mortes prematuras noticiadas pela mídia ocasionadas pela violência, pela drogadição etc. Pode-se constatar que aqueles que possuem uma noção mais positiva da velhice encontram-se mais ativos ou apresentam limitações físicas mais tênues. São os idosos que recebem o apoio da família, não só no ambiente hospitalar e que compreendem a velhice como “Uma fase feliz. Eu me considero feliz. Não é qualquer um que chega na idade que cheguei. A minha família também contribui com isso, pois faz com que me sinta bem. A doença é que me “quebra” um pouco”. (Sujeito 06)

Em todos os depoimentos sobressaltam significados totalmente distintos sobre a velhice. Esse fato representa o quanto é heterogênea também a compreensão dos sujeitos sobre essa etapa da vida. As referências a significados tão distintos podem ser visualizadas pela exposição realizada pelo Sujeito 01, quando expressa o que representa a senectude para ele: “O fim da vida. É natural. Feliz é pessoa que chega na idade que estou. A minha expectativa de vida é esperar até o dia em que Deus me levar. O que tinha pra fazer aqui já fiz”.

Destaca-se a riqueza de compreensões que permeiam a fala do entrevistado quanto ao entendimento que possui, sendo este ao mesmo tempo naturalizado, ausente de perspectivas e, ainda assim, possibilitador de sentimentos como a felicidade. Mas afinal, de que forma a sociedade tem contribuído para a atribuição de outros significados ao envelhecimento populacional? Ou melhor, o que tem sido realizado para a atribuição de outros significados à velhice, principalmente para os idosos que se encontram ainda mais vulnerabilizados pelo adoecimento e pela hospitalização?

O questionamento é bastante significativo, pois permite associá-lo a necessidade de serem criadas novas estratégias e alternativas para a população que convive com limitações e que visualiza como resposta a esta situação apenas a hospitalização e que também, por esse motivo, compreende a saúde atrelada ao adoecimento, à medicação e ao tratamento. Significa também observar e constatar que a prevenção e a qualidade de vida encontram-se afastadas do cotidiano dos entrevistados, pois a convivência com a doença não permite que sejam formuladas novas perspectivas e avistados novos horizontes. A família também pode vir a contribuir com estes significados atribuídos à velhice, visto que os idosos que definiram suas relações como insatisfatórias também apresentaram uma visão fatalista sobre a senectude.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como saúde, o estado de bem-estar físico, psíquico e social, portanto diante destes fatores, “[...] para caracterizar o idoso sadio e o idoso doente será imprescindível a caracterização de sua situação familiar, sem a qual nosso diagnóstico de saúde será grandemente empobrecido” (LEME, 2005, p.94).

Como consequência da insatisfação manifestada por alguns idosos, com relação as suas relações familiares, os entrevistados referiram considerar o hospital um local em que se sentem seguros e no qual estabelecem relações.

Ainda sobre o questionamento realizado sobre o significado da velhice, outras respostas foram sistematizadas pelos pacientes, entre as quais se destaca a associação com a tristeza, a doença, a própria falta de significação, a naturalização, a consideração da complexidade do processo e a ocultação da vivência desta etapa, através da percepção do sujeito 10, que refere: “Não me acho velho”. Essa expressão pode significar o distanciamento do próprio idoso diante do seu não reconhecimento enquanto protagonista desta etapa da vida e da necessidade de superação de uma visão ainda bastante pejorativa sobre a velhice.

No horizonte oposto das manifestações já mencionadas está uma realidade que o idoso pode considerar todo o processo repleto de expectativas e planejamentos, que envolve para a sua materialização condições de saúde e de vida estáveis, convívio social, relações familiares e participação em espaços coletivos (lazer, grupos de convivência, conselhos, fóruns, etc...).

As falas demonstram, sobretudo, uma associação entre saúde e doença e um horizonte voltado apenas para a enfermidade (tratamento e melhorias na saúde). A centralidade da doença na vida dos entrevistados caracteriza a vivência da senectude. A hospitalização acaba por intensificar ainda mais esse “olhar” totalmente voltado ao desenvolvimento de patologias e a convivência com limitações. A família é um suporte essencial para o idoso hospitalizado, na medida em que contribui para amenizar essa visão direcionada apenas à vivência do adoecimento.

Em razão de a pesquisa ter se proposto a investigar a hospitalização de idosos, a velhice para os entrevistados está associada ao desenvolvimento de patologias, que podem ocasionar agravos nas condições de saúde do idoso e que contribuem para a ocorrência de limitações responsáveis por dependências ou semidependências.

Constata-se também que a diminuição da independência dos entrevistados é um processo gradual e prolongado, visto que decorre de internações já realizadas e do surgimento de outras patologias. Segue relato que sintetiza o processo de adoecimento e dependência de um dos idosos entrevistados:

Fazia todas as atividades sozinho, mas agora necessito da ajuda dos filhos. Eu estou bastante debilitado e preciso de auxílio até mesmo para a locomoção. Agora nessa última internação que eu senti problema nas pernas e nos ossos, além de um início de glaucoma. Eu operei a visão no ano passado e não resolveu. Tive dois derrames cerebrais e isso dificultou bastante (Sujeito 06).

Pode-se citar como atividades realizadas pelos idosos entrevistados: passear, caminhar, dirigir, cuidar dos netos, ver televisão, ler jornais e ouvir música. Quando questionados sobre os cuidados que mantêm com a saúde, os entrevistados não relataram as atividades mencionadas, apenas destacaram hábitos como tomar remédios e/ou consultar um médico. Revela-se, portanto, que o entendimento que possuem sobre a saúde está bastante associado a doenças e suas formas de tratamento, deixando de lado os cuidados preventivos e as atividades de lazer.

A independência dos idosos pode também ser cerceada por pessoas próximas, familiares e/ou cuidadores que, devido aos excessos do cuidar, não permitem que sejam exercidas as habilidades que os idosos ainda possuem. Mesmo que sejam bastante limitadas, as ações que os idosos conseguem realizar devem ser estimuladas, não se dispensando os cuidados devidos. Esse cerceamento pode fazer com que o idoso sinta-se incapaz de realizar atividades que ainda tem condições de efetuar. O convívio é importante em qualquer fase da

vida, no entanto, este não pode estar associado à imposição, como no caso dos idosos que possuem condições de efetuar escolhas e de administrar ações, mas que são tolhidos de sua autonomia pelo zelo excessivo. Essa realidade é mencionada pelo Sujeito 02, quando refere que “A família não deixa fazer mais nada. Não tem nada pra fazer, o apartamento é pequeno, só nós duas”.

O cuidador familiar, portanto, pode ser definido como: “[...] a pessoa da família que responde ao papel ou às tarefas de cuidar de idosos que apresentam dependência associada a incapacidades funcionais e ou a doenças, de tal forma que são incapazes de sobreviver por si mesmos” (NERI, 2001, p.30).

Portanto, reitera-se a importância da manutenção e do estímulo à realização das habilidades que o idoso ainda possui, mesmo que minimamente. Quando a velhice associa-se à diminuição da independência, torna-se fundamental os cuidados administrados por familiares cuidadores ou por profissionais contratados.

As ações administradas por familiares cuidadores e profissionais devem ser similares, embora os cuidados administrados pelas famílias se sobreponham à prática e atinjam patamares correspondentes aos vínculos afetivos.

Ainda no que se refere ao âmbito familiar, destaca-se o novo papel assumido pelos idosos brasileiros na atualidade – o provimento financeiro da família. Essa realidade é comum aos idosos entrevistados tendo em vista que 33,5% participam efetivamente da economia familiar por meio do provimento financeiro de seus membros. Do total, 53,6% dos sujeitos do estudo referem auxiliar nas finanças e apenas 13,4% relataram não ter participação econômica no âmbito familiar. Ainda no que se refere a essa importante participação econômica, de todos os entrevistados 67% vivem com o dinheiro proveniente da aposentadoria.

Com relação à renda, 40% referiram receber apenas um salário mínimo, ou seja, boa parte dos entrevistados possui uma renda bastante baixa. Quando se relaciona essa realidade ao provimento financeiro familiar, questiona-se sobre as condições de vida dos idosos e seus familiares. Realiza-se uma associação também com a importância atribuída à hospitalização.

Através da seguinte demonstração gráfica evidencia-se a renda dos sujeitos do estudo.

Renda

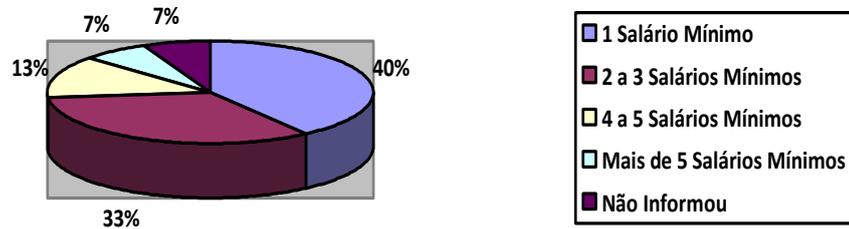


Gráfico 3 – Renda dos participantes

Fonte: Pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”

Devido a essa participação financeira a autonomia dos idosos pode sofrer interferências, em virtude da sobrevivência dos demais membros da família. A autonomia está relacionada à liberdade que os sujeitos possuem de realizar ações e de optar por escolhas por eles criadas. O sujeito autônomo é aquele capaz de realizar julgamentos. Por julgamento entende-se o discernimento necessário para a expressão de opinião e opção de escolhas. A autonomia do paciente é descrita como “[...] a capacidade de avaliar criticamente, refletir e, conseqüentemente, agir em relação a desejos básicos e em relação ao tratamento” (MACHADO, 2006, p.34).

Veicula-se socialmente a idéia de que com o passar do tempo a autonomia tende a diminuir. A autonomia pode ser exemplificada através da participação do paciente nos momentos de tomada de decisão sobre as ações a serem adotadas. A pessoa com idade mais avançada não está sujeita a uma dependência elevada, em razão da faixa etária. Esta hipótese representa uma das tentativas de conceber a velhice como uma etapa da vida homogênea para todos os seus membros, quando não é reconhecida a heterogeneidade que compõe o envelhecimento populacional. , a qual também se estende aos pacientes idosos hospitalizados. Embora a maioria dos entrevistados revele experiências referentes à dificuldade em administrar cuidados com a higiene e/ou com a locomoção, percebe-se, mediante os relatos, que alguns pacientes continuam bastante participativos apesar do adoecimento. “A minha vida diária é trabalhar mais em casa. Trabalho em casa de carpinteiro e de ferreiro, de tudo. De alguns tempos pra cá a coisa piorou, mas mesmo assim sempre trabalhei. Eu corro. Resolvo problemas de banco e dirijo” (Sujeito 05).

A inexistência de sonhos e projetos de vida pode se caracterizar como um comportamento passivo diante do presente e do futuro. Sugere também o entendimento que os idosos entrevistados possuem sobre a velhice, como se a partir de determinada faixa etária novas projeções não pudessem ser realizadas. Através das falas, percebe-se um distanciamento entre esta etapa da vida e as perspectivas futuras. O relato do Sujeito 13 destaca essa falta de perspectiva em razão da idade, através da seguinte afirmação: “Não tenho mais perspectivas. A idade que eu estou, sonho já era. Imagina, com 76 anos estar sonhando ainda”. Ressalta-se, como mencionado, outra percepção de alguns entrevistados que relataram não almejar novas perspectivas em detrimento do adoecimento e das limitações ocasionadas.

Agora nessa última internação que eu senti problema nas pernas e nos ossos, além de um início de glaucoma. Eu operei a visão no ano passado e não resolveu. Tive dois derrames cerebrais e isso dificultou bastante. Não faço plano algum para a minha vida. (Sujeito 08)

Centraliza-se na figura da instituição hospitalar a solução de todas as dificuldades enfrentadas pelos idosos acometidos por patologias. Dessa forma, o adoecimento torna-se também a centralidade da vida dos sujeitos entrevistados, pois, afinal, como realizar projeções futuras se a doença causa limitações para o paciente e são escassas as alternativas formuladas? Todos os familiares entrevistados relataram desconhecer a existência de iniciativas públicas destinadas a idosos que possuem limitações para a realização das atividades cotidianas. A única iniciativa destacada pelas famílias foi o trabalho realizado pelas instituições de longa permanência, que possuem um caráter privado.

As exposições dos sujeitos revelam que muito ainda precisa ser feito no campo da saúde do idoso. Todos devem ser responsáveis pelas mudanças que se tornam imprescindíveis. Os idosos, os familiares, o poder público, as instituições que trabalham e representam os interesses da população a partir dos 60 anos, necessitam continuar mobilizando-se para que as demandas deste segmento populacional continuem a ser atendidas, visto que algumas conquistas já foram realizadas.

Entretanto, é urgente uma atenção redobrada com os idosos acometidos por patologias e que desenvolveram limitações para a realização de atividades fundamentais como a locomoção, visto que ainda depositam-se, sobretudo, na hospitalização as expectativas quanto à manutenção ou melhora nas condições de saúde do idoso.

4 PERSPECTIVAS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO

Evidencia-se a materialização de conquistas referentes aos direitos do idoso. São conquistas da população idosa os direitos legais e as ações mais focalizadas, como as iniciativas promovidas por universidades, por sindicatos e órgãos de representação. Entretanto, muito ainda necessita ser realizado principalmente no campo da saúde do idoso, pois é uma área que ainda carece de investimentos. Visualiza-se a presença de iniciativas voltadas primordialmente à cura de patologias ou à prevenção de enfermidades. Reitera-se a importância da construção de novas perspectivas, principalmente para os grupos que se encontram mais vulneráveis, como os idosos que convivem com limitações oriundas do desenvolvimento de patologias. Este capítulo sistematiza as conquistas existentes e busca subsidiar novas discussões, com destaque para os desafios ainda prementes. Destacam-se também os processos de trabalho desenvolvidos por Assistentes Sociais na área da saúde, suas limitações e formas de enfrentamento.

4.1 PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO

A existência de políticas públicas voltadas à população a partir de 60 anos, destaca a materialização de conquistas como a Política Nacional do Idoso, PNI (BRASIL, 1994), que almeja assegurar os direitos desse contingente populacional, garantindo a sua participação efetiva no meio social, tendo como pilares a família, o Estado e a sociedade. O Estatuto do Idoso privilegia a convivência com familiares, ao mesmo tempo em que se configura como um importante aparato regulador da negligência e dos maus-tratos. A materialização do Estatuto ainda encontra-se distante de ser efetivada, em decorrência do desconhecimento da própria população em relação a sua existência e/ou ao seu conteúdo e pelas ações destinadas ao segmento a partir dos 60 anos não ter prioridade na distribuição de recursos.

No Brasil, a proteção social para o idoso está garantida através da Constituição de 1988, no artigo 230, quando reconhece como dever da família, da sociedade e do Estado a proteção das pessoas idosas, sendo assegurada a participação comunitária e a promoção de sua dignidade e bem-estar (BRASIL, 1988). No Estatuto do Idoso, a proteção social é garantida através da prioridade de atendimento nos serviços públicos, no acesso gratuito a

medicamentos, na proibição de reajustes em planos de saúde por idade e nos transportes urbanos e interestaduais. O marco político institucional que orienta as políticas sociais dirigidas a esse segmento da população é a Política Nacional do Idoso, que prevê a organização de Conselhos e a participação de organizações governamentais e não governamentais no atendimento e oferta de serviços (BRASIL, 1994). Portanto, cabe ao Estado, às instituições e ao Sistema Único de Saúde a oferta de serviços de saúde, bastante utilizados pelos idosos devido à frequência dos atendimentos e internações (CAMARANO; 2004).

No processo histórico de consolidação da proteção social, destaca-se a importância do Estado de Bem-Estar Social, no limiar do século XX. O Estado de Bem-Estar Social objetivou primeiramente a proteção aos trabalhadores assalariados em situação de perda da capacidade de trabalho ou desemprego involuntário. Em um segundo momento, foram ofertados benefícios monetários e de serviços nos campos de previdência social, assistência, educação, saúde, habitação e trabalho. O Estado de Bem-Estar Social representou uma forma de relação entre Estado e Sociedade e desenvolveu-se sob a forma de Estado Social, sendo seu processo marcado pela contradição. Ao mesmo tempo em que o Estado Social almejou o bem-estar humano, realizava ações que garantissem a consolidação hegemônica. A crise do *Welfare State* esteve ligada à crise financeira, à crise do mundo do trabalho e à demanda crescente da classe trabalhadora para que suas necessidades fossem atendidas. Apesar de serem consideradas por alguns teóricos neoliberais como “fora de moda”, as mudanças da sociedade atual fazem da presença do *Welfare State* algo imprescindível (PEREIRA, 2008).

No Brasil, a Constituição de 1988 apresentou como diferencial das demais a constituição da Seguridade Social e representou o primeiro texto constitucional a responsabilizar o Estado quanto à efetivação de respostas à questão social. O tripé da Seguridade Social brasileira compreende as políticas de assistência, previdência e saúde. No texto constitucional, a saúde é um direito de todos enquanto a assistência é para quem dela necessitar e a previdência somente para aqueles que contribuem (COUTO, 2004). São diretrizes da Seguridade Social a descentralização e participação de trabalhadores na gestão, avançando no sentido de conceituá-la enquanto integrante do próprio direito de cidadania.

O idoso tem ocupado um papel importante em diferentes espaços, dentre eles na família. É um importante provedor familiar, em virtude da aposentadoria e da participação no mercado de trabalho, dado de realidade comprovado pelo rendimento dos homens que corresponde a 67% da renda familiar. A garantia do sustento familiar, atribuída ao rendimento do idoso, também está relacionada com o fenômeno do desemprego estrutural que atinge

principalmente os jovens. A dependência financeira da família não permite, muitas vezes, ao idoso usufruir do salário e/ou aposentadoria, podendo representar um distanciamento com relação à qualidade de vida, à realização de atividades de lazer e ao suprimento de necessidades básicas (WAJNMAN; OLIVEIRA, 2004).

Nesse contexto, em que as condições básicas de subsistência não são efetivadas, pode-se realizar uma discussão em relação ao significado da expressão “exclusão social”. Ainda bastante associada ao poder econômico relativo de cada indivíduo, a exclusão é reduzida a um caráter unicamente financeiro, sendo que, “... é muito comum ligar o entendimento de exclusão social a expressões estritamente sociais, tais como: pobreza, indigência, mendicância, subnutrição, velhice...” (REIS, 2007, p.27). Entretanto, a realização de uma associação entre a exclusão e fatores econômicos pode representar uma leitura equivocada, visto que “em realidade, ao se fazer desta maneira, provavelmente, se esteja diminuindo a amplitude do entendimento...” (REIS, 2007, p.27). A exclusão social pode ser pensada sob prismas como as diferenças sociais, as mudanças nas relações produtivas e na gestão da mão-de-obra, além de suas formas invisíveis, como o preconceito e a discriminação. Portanto, a exclusão não pode ser discutida apenas sob o ponto de vista do poder de consumo, associado a questões meramente financeiras, pois envolve uma série de outros condicionantes como a existência de uma lógica competitiva no mercado de trabalho.

A discriminação contra o idoso pode ser vivenciada até mesmo no ambiente familiar. Entretanto, deve-se atentar para o fato de que o aumento gradativo da expectativa de vida é um fenômeno em expansão. Já são constatadas suas implicações e uma delas é a necessária ressignificação em termos valorativos, no que diz respeito ao envelhecimento populacional, que se encontra em um processo transitório, e à velhice. Esta é uma etapa complexa, pois novas ideologias e concepções passam a ser constituídas, podendo configurar-se como uma resposta a este tipo de exclusão, muitas vezes ainda invisível. É nessa fase de mudanças que surgem novas reflexões fundamentais acerca da senectude (velhice), pois estão relacionadas a um idoso muito mais ativo, participativo e integrado ao meio social. Começa a surgir então a compreensão de que “[...] a velhice deve ser uma idade abrangente, apesar de todas as limitações. O idoso é um ser humano como o jovem, em pleno exercício da sua humanidade e competente, segundo suas potencialidades” (LAFIN, 2007, p. 01).

Os idosos estão cada vez participativos, o que pode ser comprovado pela forte participação no mercado de trabalho em decorrência da insatisfação com o repasse econômico proveniente das aposentadorias e também, como já mencionado, pelo provimento familiar. As evidências para as últimas três décadas demonstram não estar ocorrendo no Brasil o

decremento dos níveis de atividade econômica dos idosos. 41% dos homens entrevistados, em uma pesquisa realizada no ano de 2002, fizeram referência à procura ou ao exercício de trabalho remunerado, devido à necessidade de uma remuneração complementar à aposentadoria ou pensão. Para as mulheres o índice é mais baixo: 13% das entrevistadas relataram procurar ou possuir um espaço no mercado de trabalho. Para os idosos do meio urbano é notório o predomínio das atividades no setor de serviços, sendo que no setor rural predominam as atividades agrícolas. A inserção dos idosos no mercado de trabalho permite concluir que políticas específicas devem ser voltadas a este segmento, em razão do número expressivo de sujeitos que buscam uma complementação de sua renda, proveniente, na maioria das vezes, das aposentadorias e pensões.

Tal tendência de crescimento da oferta de trabalhadores idosos, somada às precárias perspectivas de ampliação da cobertura do sistema previdenciário, estabelece a importância de se planejar cuidadosamente políticas específicas para esse segmento de potenciais trabalhadores (WAJNMAN; OLIVEIRA, 2004, p.456).

Por outro lado, no que se refere à previdência social, ao final da década de 90, a mudança demográfica aumenta a pressão sobre os sistemas de proteção com o surgimento do fenômeno do desemprego estrutural. A tendência atual assinala que o número de contribuintes decresce e o dos aposentados se incrementa cada vez mais. A situação da previdência social caminha comumente com o envelhecimento populacional, na medida em que aumenta o número de beneficiários do sistema (OLIVEIRA, 2004). O desafio maior é como ajustar o sistema previdenciário às questões como transformações societárias, em sociedades com sérios problemas de desigualdade e governos em precárias condições orçamentárias. Ainda assim é importante destacar que, “... o grande responsável por evitar a queda da maioria dos idosos brasileiros na indigência e na pobreza é o benefício de natureza previdenciária” (BATISTA, 2004, p.29).

Projeções apontam um crescimento do número de idosos para os próximos dez anos, sendo que no ano de 2020 a população brasileira contaria com 30 milhões de idosos, o que poderá corresponder a 14% da população em geral. Segundo Censo realizado em 2000, 113 mil pessoas, com 60 anos ou mais, vivia em domicílios coletivos. Boa parte deste segmento populacional que vive em domicílios coletivos paga pelos serviços prestados, pois o número de instituições públicas que atendem idosos dependentes ou não é bastante inferior. Atenta-se para a compra de serviços como os convênios de saúde e a institucionalização em espaços de

longa permanência. Essa realidade discorre sobre a necessidade de que políticas específicas à população idosa sejam estendidas a todos de um modo geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A relação de troca, com que é mediatizada a compra de serviços, pode ser realizada mediante a existência de um poder econômico relativo de consumo. A supervalorização do consumo e sua relação com o pertencimento social tem como resultado a formação de novos valores, pautados principalmente pelo individualismo. Diante desse contexto, há uma preocupação em formular teses que discorram sobre o atual momento histórico, propondo mudanças significativas na sociedade,

A organização social, ameaçada “de cima” pelo que chamamos de globalização, não pode mais encontrar nela mesma os meios para reerguer-se. É “embaixo”, num apelo cada vez mais radical e apaixonado ao indivíduo, e não mais à sociedade, que procuramos a força capaz de resistir a todas as violências (TOURAINÉ, 2007, p.25).

A centralidade no indivíduo pode vir a tornar complexa a luta pela garantia de direitos sociais, projetadas através de uma organização coletiva. No que se refere ao idoso, os direitos sociais já começaram a ser garantidos pelas conquistas alcançadas e consolidadas pelo Estatuto do Idoso, pela Política Nacional e de Saúde do Idoso. Entretanto, novos desafios são impostos, principalmente nas áreas da assistência e da saúde, quanto à necessidade de uma atenção redobrada com a inserção de pessoas idosas no mercado de trabalho e as importantes propostas centralizadas no segmento mais vulnerável, o dos sujeitos que possuem diminuição de sua capacidade funcional, dependentes dos cuidados de outrem (BATISTA, 2004). Os idosos que possuem limitações na realização de suas atividades, em decorrência do desenvolvimento de patologias, são mais suscetíveis à hospitalização. A internação hospitalar poderá ser mais bem adensada no próximo subtítulo, mediante a problematização sobre o setor saúde.

4.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO: EM DESTAQUE A HOSPITALIZAÇÃO

O aumento da expectativa de vida requer novos modos de conceber e tratar os sujeitos que chegam à velhice, em razão da discriminação e do preconceito sofridos, principalmente pelos idosos que possuem limitações físicas ocasionadas pelo adoecimento. Portanto, o que se verifica é a necessidade de serem criadas novas iniciativas que contemplem a proteção desse

segmento populacional. Os avanços conquistados pela ciência, que reduzem os níveis de mortalidade e ampliam a longevidade, trazem consigo a necessidade de um conjunto de adequações a serem realizadas nas condições de vida, no que tange às melhorias contínuas para que a qualidade de vida da população seja garantida, conforme previsto na Constituição Federal do Brasil (BRASIL 1988), no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e nas políticas de saúde e assistência social, somente para mencionar alguns exemplos mais significativos.

A Organização Mundial da Saúde delimitou, na Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População, realizada em 1982, que o contingente da população com 60 anos ou mais pode ser considerado idoso nos países em desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos é considerada idosa a pessoa a partir dos 65 anos. Essa diferenciação ocorreu em razão da existência de uma desigualdade mais acentuada nos países em desenvolvimento, que acarreta o não acesso de uma parcela populacional a condições mínimas ou básicas de subsistência. O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, não ocorre da mesma forma para todos seus protagonistas. As condições de vida e de saúde do sujeito, ao longo de sua existência, ter importantes implicações em seu envelhecer.

Na década de 90, em virtude do aumento significativo e progressivo da expectativa de vida, a Organização Mundial da Saúde passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo”, que pressupõe uma aproximação cada vez mais fidedigna com a qualidade de vida. O “envelhecimento ativo” pode ser compreendido enquanto “... o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Portanto, foi estabelecida uma concepção sobre saúde que abarcou muito mais que os fatores físicos, mas o sujeito idoso em sua totalidade e complexidade. Afinal como pensar saúde sem a compreensão dos aspectos biopsicossociais e dispensando uma atenção adequada quanto às condições de vida da população? Por isso ressalta-se a importância da terminologia “envelhecimento ativo”, quanto à consolidação de novas práticas que redimensionam a Política de Saúde do Idoso.

O processo de otimização das oportunidades de saúde para o idoso envolve políticas públicas, que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, e propõe uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento. Entretanto, constata-se ainda o dispêndio de recursos mais acentuados para as políticas sociais que respondam às necessidades dos jovens, como os programas de alfabetização e escolarização. Apesar de o envelhecimento populacional constituir uma realidade mundial, constata-se ainda a existência de alguns referenciais que tendem a não

creditar aos idosos novas expectativas de vida. Esse consenso social é formado pelas mesmas pessoas que creditam às crianças e adolescentes o poder de transformar a realidade brasileira. O estímulo à realização de programas e projetos focalizados na juventude é evidenciado como prioritário.

Por interesses convencionais, a sociedade concentra a sua atenção e seus serviços para a juventude e seus valores, sendo, portanto, a velhice discriminada, pois é constituída por aqueles que já passaram da fase da produção econômica (KUNZLER, 2009, p.84).

O afastamento do idoso do mercado de trabalho, em razão dos processos de aposentadoria, contribui para certa discriminação que sofre a população idosa já afastada, em muitos casos, do processo produtivo. A inserção no mercado de trabalho é fundamental do ponto de vista econômico, no que se refere ao consumo de bens e serviços, mas, também possibilita a associação de um *status* social ao trabalhador que lhe garante um nível de pertencimento e uma possibilidade mais concreta de promoção de serviços e atenção por parte da sociedade. Destaca-se também que com a aposentadoria os idosos tendem a diminuir suas relações sociais, sendo que o convívio social e os relacionamentos interpessoais podem ser substituídos pelo isolamento. O trabalho permite o estabelecimento da socialização e a troca de experiências. A heterogeneidade da população idosa garante a este segmento um significativo número de pessoas que ainda encontram-se no mercado de trabalho, devido à necessidade da complementaridade da renda e que podem, dessa forma, comprometer as suas condições de saúde (KUNZLER, 2009).

Foram estabelecidas prioridades no planejamento da saúde para a pessoa idosa centradas em três eixos: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica. A promoção da saúde subentende alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção da violência e cultura de paz. Essas propostas englobam bem mais fatores do que aqueles diretamente associados ao processo de saúde/doença, pois envolvem o meio em que estes idosos encontram-se inseridos. A atenção básica é compreendida enquanto uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais. É acrescida a atenção básica à dimensão cultural da saúde, o respeito às crenças e valores de diferentes comunidades.

A atenção básica também pretende melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde e adequar os espaços físicos, tornando-os mais acessíveis para as pessoas que possuam alguma limitação funcional. A diminuição da autonomia do idoso passa a ser

visualizada através da acessibilidade dos espaços. A Política de Saúde do Idoso despende uma atenção fundamental à prevenção, à cura de patologias e a novas propostas destinadas aos sujeitos que possuam dificuldades em realizar atividades básicas e instrumentais.

Em conformação a essas novas prioridades definidas pelo setor, a Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL; 2003) objetiva concretizar os princípios do Sistema Único da Saúde no cotidiano dos serviços. As propostas da Política Nacional de Humanização da Saúde centralizam-se no princípio do “acolhimento”, ou seja, uma mudança da relação entre profissional/usuário e sua rede social; também preconiza o compartilhamento de saberes, necessidades e possibilidades. No que se refere às pessoas idosas, a atribuição dos profissionais da Atenção Básica é conhecer seus hábitos de vida e valores culturais. A Política Nacional de Humanização da Saúde assegura como seu objetivo,

[...] efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos (PORTAL HUMANIZASUS, 2009).

No que se refere às garantias ofertadas à saúde do idoso, o seu marco histórico é determinado pela promulgação da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL; 1999), que prioriza a avaliação funcional da pessoa idosa, que determinará o seu comprometimento físico e a necessidade de auxílio. A realização de atividades cotidianas é subdividida em atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Por atividades de vida diária compreende-se o autocuidado; e por atividades instrumentais, a participação do idoso no seu entorno social. A realização da avaliação funcional do idoso estabelece a emergência de duas categorias centrais: a dependência e a autonomia. A dependência é compreendida enquanto incapacidade do idoso de realizar atividades cotidianas e a autonomia enquanto liberdade para agir e tomar decisões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Política de Saúde ofertada aos idosos através da Atenção Domiciliar apresenta modalidades como a Internação e a Assistência Domiciliar. A Atenção Domiciliar, portanto, é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar, no domicílio do usuário/família, e articula ações que promovem a prevenção, o tratamento e a reabilitação e tem como principal finalidade a liberação de leitos e a diminuição dos custos com a hospitalização de idosos. A hospitalização do idoso tende a ser mais cara, em razão da incidência de várias hospitalizações decorrentes do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Preocupados com o índice elevado de reinternações e com o encarecimento do

tratamento, a Internação e a Assistência Domiciliar representam uma estratégia para “desafogar” o número de internações por idosos em hospitais públicos. Entretanto, essas importantes modalidades de Atenção Domiciliar contam com um número bastante inferior de profissionais, realidade que prejudica as ações empreendidas e a sua extensão ao conjunto da população. A Atenção Domiciliar representa uma prática significativa e é um dos condicionantes da reformulação da política de saúde, mas também pode ser compreendida enquanto um desafio para o setor quanto à formulação de uma perspectiva mais abrangente, sendo que,

Do ponto de vista da política de saúde, os estudos têm indicado a importância de que os serviços foquem a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que afetam as pessoas idosas. Isso exigirá a transformação do paradigma hegemônico na medicina hoje, dominado pela biologia, para um modelo socioambiental, que considere as doenças a partir de uma perspectiva mais abrangente, analisando também os aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas (BATISTA, 2004, p.13).

As modalidades de Internação e Assistência Domiciliar apresentam algumas diferenças, que caracterizam os tipos de atendimento prestados pelas equipes profissionais. A Internação Domiciliar é compreendida enquanto o conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas que exigem uma intensidade de cuidados; e a Assistência Domiciliar responde às necessidades de saúde de um determinado segmento da população, com perdas funcionais e dependência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2006) Além dessas importantes formas de atendimento às pessoas idosas, que sofrem com o desenvolvimento de patologias múltiplas, a Institucionalização é uma estratégia utilizada por inúmeras famílias que recorrem a espaços privados. Quando não possuem condições econômicas de prover a institucionalização dos idosos em lares de longa permanência, as famílias ficam à mercê dos atendimentos prestados pelas equipes de saúde em número ainda bastante inferior.

Proposições podem ser formuladas para a melhoria da Política de Saúde do Idoso como a incorporação de novos indicadores de saúde. A estratégia requer a ampliação e a renovação dos modelos de atenção, cuidado, prevenção, reabilitação, enfim, alternativas que permitam à população brasileira desfrutar de melhorias nas condições de atendimento. O Sistema Único de Saúde, no âmbito das ações gerontológicas, aponta alternativas importantes como a capacitação de recursos humanos e a implantação de Serviços de Preferência. Em realidade é correto afirmar, sobre o uso dos serviços de saúde por idosos que:

[...] o sistema de saúde lida ainda com um grande contingente de idosos portadores de múltiplas doenças crônicas, muitas das quais passíveis de seqüelas incapacitantes, até mesmo permanentes, vítimas que foram de um passado de desassistência e não acesso a ações preventivas de saúde. Dessa forma, a complexidade da assistência necessária para o atendimento dessas demandas carece de reordenamento dos serviços de saúde (SAYEG; MESQUITA, 2006, p.1086).

No Brasil, constata-se a existência de diferenças nas formas de prestação de serviços de saúde, em razão da divisão do atendimento pelo sistema público ou por convênios particulares. O que diferencia essas duas modalidades de atendimento são as condições ofertadas por ambas, ou seja, a qualidade dos espaços físicos e as facilidades e dificuldades dos sistemas de urgência/emergência e das internações. Para se usufruir do atendimento realizado por um convênio particular, é necessário um poder aquisitivo de compra deste serviço. Enquanto a saúde pública é estendida ao conjunto da população brasileira, porém ainda lutando por um maior incentivo do governo em termos de recursos financeiros.

Os idosos que necessitam de internação vivenciam sentimentos diversos, tais como a ansiedade, o medo da morte, da dependência; e se confrontam com a necessidade de obter cuidados especiais – em decorrência de sua debilidade física – nem sempre possíveis de serem garantidos por seu grupo primário, quando dispõe de familiares. Um cotidiano marcado por carências de ordens diversas, pela miserabilidade em termos de condições de vida, poderá trazer implicações significativas durante um momento de instabilidade, como uma internação hospitalar, situação esta agravada pelo envelhecimento. Sobre a grande incidência do número de internações em pacientes idosos, esta pode estar associada a inúmeros fatores, dentre eles:

[...] um risco aumentado de declínio funcional, institucionalização, re-hospitalizações e morte. Os idosos que recebem alta hospitalar apresentam com frequência condições clínicas e funcionais diversas das apresentadas no período anterior à hospitalização. Como consequência ocorrem mudanças nas necessidades relacionadas aos cuidados do paciente idoso após a alta hospitalar (PAZZINATO, 2003, p.12).

No que se refere à diminuição da independência do idoso, evidenciada ao longo do processo de hospitalização, trata-se de uma temática que merece destaque, devido à necessidade de serem realizados mais estudos que contemplem os direitos de idosos e familiares. Constata-se, também, uma debilidade acentuada da rede de apoio ofertada a sujeitos e famílias que vivenciam estas situações.

A Vigilância Sanitária regulamenta, fiscaliza e controla os serviços e instituições que se propõem a prestar assistência às pessoas idosas. Espera-se dos profissionais, nos campos da

Geriatria e Gerontologia, uma atenção redobrada com o paciente idoso, mas, também, atuação interdisciplinar, conduta ética, familiaridade com ações de prevenção, recuperação e reabilitação e a manutenção de processos de educação contínua.

A prevenção é uma importante iniciativa que pode possibilitar ao idoso a preservação ou a promoção da qualidade de vida e também diminuir o número de internações. A dependência do idoso, devido ao adoecimento, acarreta a perda progressiva da capacidade funcional. Atentar para a problemática da dependência é fundamental, mas para isso é importante um olhar das equipes profissionais para além da atenção apenas dispensada aos pacientes que nutrem reais expectativas de prolongamento existencial.

[...] o problema da dependência impõe-se progressivamente como relevante, não apenas pelo aumento da população em idade mais elevada, com maior risco de sofrer de doenças crônico-degenerativas, como também devido à redução do apoio familiar a ela disponível, fazendo com que as pessoas idosas em situação de dependência passem a estar mais vulneráveis em comparação ao passado (BATISTA, 2004, p.103).

As pessoas dependentes podem ser consideradas aquelas que possuem capacidades reduzidas e que, por isso, têm necessidade de serem assistidas por apresentarem mais dificuldades na realização de atividades diárias. Dessa forma, ressalta-se a relevância da hospitalização para a tomada de decisão da família frente às situações limitantes e que exigem uma maior atenção e zelo. Destaca-se, nesse contexto, a necessidade da permanência ou contratação de um cuidador. A relação entre a hospitalização do idoso e a diminuição da autonomia torna-se evidente, pois “a hospitalização determina o risco de declínio funcional, que é definido como a perda da capacidade em realizar de forma independente as atividades diárias em diferentes domínios” (PAZZINATTO, 2003, p.26).

A convivência com o limiar entre autonomia/dependência é a realidade de muitas pessoas que possuem uma idade mais avançada. A autonomia é primordial para qualquer ser humano. Através da autonomia, escolhas podem ser realizadas o que permite ao sujeito traçar seu próprio destino. Torna-se evidente a necessidade que qualquer ser humano possui de exercer a sua autonomia cotidiana, na execução de atividades e ações que acabam por delimitar a identidade de cada um. A autonomia pode ser compreendida como,

[...] o senso e o exercício do autogoverno, onde esta precaução é fundamental para o idoso exercer a sua dimensão pessoal, ou seja, exercitar a sua condição de relacionar-se com outras pessoas de modo igualitário, onde pode preservar suas livres escolhas, sua privacidade, sua liberdade individual; enfim, onde pode estar em harmonia com seus próprios sentimentos e necessidades (SCHAURICH, 2004, p. 58).

A acentuada dependência pode vir a estabelecer uma relação com outra expressão muito forte, mas utilizadas por alguns autores, a “morte social”. Os autores que denominam essa etapa tão complexa como “morte social” a compreendem como “a completa ausência de relacionamentos interpessoais e a impossibilidade ou a perda da capacidade de estabelecer relações significativas com outras pessoas. Isso acarreta isolamento e solidão” (COSTA, 2005, p.35). Essa denominação é utilizada para caracterizar o processo vivenciado pelos idosos que apresentam muitas limitações, inclusive para estabelecer relações com o meio externo.

O aumento significativo da população a partir dos 60 anos é um fenômeno que adquire visibilidade mundial. Populações do mundo inteiro convivem com a expansão do contingente de idosos, mas para que o aumento da expectativa de vida esteja associado à qualidade de vida, são necessários investimentos e estímulos à criação e desenvolvimento de políticas sociais. Nos países desenvolvidos essa tão sonhada qualidade de vida parece estar mais próxima da população idosa, tendo em vista o planejamento e desenvolvimento de propostas e programas destinados a esse segmento específico. É certo dizer que os países em desenvolvimento atentaram tardiamente para essa realidade e, por essa razão, ainda estão um pouco distantes da realidade desejada. Entretanto, estão sendo implementadas ações preventivas e o acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, como sinaliza a Política Nacional de Saúde do Idoso. Muito ainda há para ser realizado como a contratação de mais profissionais para trabalhar nas equipes de saúde, efetivando, verdadeiramente, a proposta da Internação Domiciliar.

Conquistas puderam ser parcialmente efetivadas como a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), graças à mobilização empreendida pela organização dos Conselhos, Organizações Não Governamentais, aposentados, etc. Destaca-se, ainda, a necessária materialização dos pressupostos desses marcos legais como uma maior preocupação com os idosos que possuem diminuição da autonomia, em razão do desenvolvimento de patologias limitantes. As iniciativas que propõem a promoção de melhorias nas condições de saúde desse segmento vulnerabilizado, devem ultrapassar a busca pela liberação de leitos e diminuição dos custos do setor saúde. Para além disso a população com 60 anos ou mais, no Brasil, necessita ser vista em sua integralidade e heterogeneidade, ou seja, através de particularidades que

diferenciam os seus membros, no caso, idosos ativos e aqueles dependentes de atenção e zelo de um ou mais cuidadores e/ou familiares.

4.3 A SAÚDE SOB O OLHAR DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os constantes avanços e as importantes conquistas da medicina sinalizam a possibilidade de se viver mais e com qualidade de vida. Entretanto, nem todos os idosos apresentam condições de acessar tais conquistas, em virtude de suas condições financeiras ou até mesmo pelo desconhecimento sobre estas importantes inovações. O envelhecimento populacional brasileiro tem sido marcado pelo aumento do número de idosos, embora essa realidade não signifique que esta parcela da população usufrua de bem-estar e qualidade de vida. Certamente, apesar de todos os avanços não só na área da saúde, como através da consolidação de propostas voltadas para a população a partir dos 60 anos, muito ainda pode ser realizado. Para que novas estratégias e ações sejam concretizadas, torna-se fundamental o papel de profissionais como: médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, dentre outros, que desenvolvem um trabalho em equipe em prol de melhores condições de vida para a população idosa.

As ações destinadas à garantia do bem-estar do público em questão ainda destinam-se, sobretudo, a idosos saudáveis, ou seja, que não possuem doenças incapacitantes e que realizam suas atividades cotidianas sem o auxílio de profissionais, cuidadores e/ou familiares. Apesar das alternativas existentes, muitos idosos optam pela não participação em quaisquer dessas propostas, pelo simples fato de realizarem uma escolha pessoal. Existem ainda os idosos que apresentam limitações ocasionadas pelo adoecimento e pela própria velhice, que por si só pode vir a significar uma menor intensidade na realização de atividades rotineiras e que, por esse motivo, dependem mais do atendimento de saúde e de auxílio relacionados à prestação de cuidados específicos.

Por vivenciarem limitações e/ou por realizarem atividades em maior tempo e com menos intensidade estes mesmos idosos apresentam mais dificuldade em acessar os recursos existentes, pois muitas vezes não representam o público-alvo dessas ações. A realização de atividades físicas e de lazer, a inatividade ou a própria dificuldade em realizar atividades

cotidianas, necessitando do auxílio de outras pessoas, estão diretamente relacionadas ao bem-estar e à qualidade de vida do idoso, tendo em vista que,

Hoje, a inatividade tornou-se um fator importante de debilidade, de redução da qualidade de vida e morte prematura nas sociedades contemporâneas, em particular nos países industrializados, a relação entre atividade física habitual e saúde é indiscutível, estudos mostram a existência de uma associação inversa entre os níveis de atividade física e a incidência de diversas doenças [...] (TERRA; DORNELLES, 2003, p.93)

Inúmeros elementos envolvem a concepção de saúde e dentre eles destaca-se a realização de atividades físicas e de lazer. A realização dessas ações é importante em todas as etapas da vida, por esse motivo ressalta-se sua relevância também na velhice. Além das atividades físicas é fundamental salientar a importância das ações que valorizam o convívio geracional e intergeracional, como os grupos de convivência.

Através da investigação que subsidiou esta sistematização, percebe-se uma relação entre saúde e adoecimento que resulta em uma visão contrária à concepção formulada pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o tema, decorrente da experiência vivenciada por idosos e familiares através da internação. Por essa razão, quando questionados sobre os cuidados que mantinham com a saúde, no período anterior à hospitalização, os sujeitos do estudo realizaram associações referentes apenas ao adoecimento e à manutenção dos tratamentos médicos já realizados. Esses depoimentos demonstraram o quanto ainda impera para os idosos entrevistados um entendimento de saúde bastante patológico, como expressa o sujeito 01 quando interrogado sobre os cuidados dispensados com a sua saúde: “Tomar remédio. Quando retorno para minha casa levo comigo um punhado de remédios junto”.

Os significados atribuídos aos cuidados com a saúde resultam do entendimento que os idosos entrevistados possuíam sobre o tema, mas também decorrem das características dos sujeitos da investigação, que vivenciavam um processo de hospitalização, e que já conviviam, na maior parte dos casos, com limitações incapacitantes. Por isso, atenta-se para o espaço no qual foram pronunciados esses depoimentos dotados de significados particulares. Esses depoimentos, oriundos da realidade e do cotidiano dos sujeitos entrevistados, demonstram a “riqueza” dos dados que emanam do real, sendo esta uma das condições para que dificuldades sejam superadas e estratégias de resistência sejam consolidadas pelos próprios sujeitos.

A maioria dos sujeitos entrevistados relatou possuir dificuldades para a realização de atividades básicas ou a sua total incapacidade. Esse processo de perda de capacidades e

habilidades, ou da dificuldade em realizar tais ações, resulta do agravamento de patologias e das consequentes reinternações. Sobre as atividades realizadas pelo idoso no período anterior à última hospitalização, momento em que foi concretizada a coleta de dados, a maioria referiu já apresentar dificuldades em exercer suas habilidades e capacidades, sendo necessário o auxílio de outras pessoas; ou já não dispor de condições de saúde para realizar qualquer ação que exija o mínimo de condicionamento físico.

Antes passeava bastante com os netos. Agora foi ficando mais difícil de caminhar. Quando fui hospitalizada anteriormente, tive um derrame e um infarto. Depois disso comecei a precisar da ajuda da minha filha. Ela me ajuda a caminhar e realizar minha higiene pessoal (Sujeito 10).

Destaca-se que não é apenas em razão do adoecimento e da velhice que os idosos entrevistados apresentam dificuldades em realizar atividades cotidianas, mas também pelas relações familiares e afetivas que se tornaram menos contínuas ou pela própria exigência dos filhos (as) quanto a não realização de qualquer ação, em virtude dos receios com a piora das condições de saúde do idoso. O depoimento do Sujeito 14 demonstra o zelo e a preocupação muitas vezes excessiva por parte da família, que teme pela sua saúde: “A minha família não me deixa fazer mais nada. Não tem nada para fazer, pois o apartamento é pequeno só nós duas”.

A saúde não está associada apenas à doença e à cura de enfermidades, mas à qualidade de vida, que envolve um conjunto de fatores como alimentação, convívio, realização de atividades diárias e sensação de pertencimento. Apesar de a velhice ser associada constantemente à doença, sendo esta uma das representações e manifestações de preconceito para com o idoso, destaca-se a heterogeneidade do envelhecimento populacional. A compreensão sobre tamanhas particularidades que caracterizam a velhice poderá subsidiar a construção de novos significados sobre esta etapa da vida.

O envelhecimento é comumente associado à doença, mas ter saúde não significa apenas não possuir nenhuma doença, a saúde está associada às pessoas que se situam em um padrão de “normalidade” definido pela sociedade. O idoso é visto como uma “anormalidade”, e assim é associado à doença. Desta forma, a sociedade rejeita o idoso, pois ele não está dentro dos padrões de beleza vigentes (AREOSA, 2008, p.98).

A velhice é uma das etapas do ciclo vital. Nesta fase da vida o idoso tende a apresentar dificuldades em realizar atividades exercidas com a velocidade e a dinamicidade de etapas do ciclo vital anteriores, como a adolescência. Muitos idosos não compreendem essa diminuição

na intensidade e velocidade na realização das atividades diárias e podem vir a desenvolver patologias, a mais conhecida delas nestes casos é a depressão. A depressão é uma doença bastante comum em idosos e que exige também o auxílio da família ou de pessoas próximas ao idoso. A depressão aparece também nos depoimentos dos sujeitos entrevistados.

Eu estou aqui por causa da depressão. A depressão é uma coisa muito triste. Aqui eu acabo dando uma descansada, pois não me preocupo tanto com o meu filho. Às vezes ele chega atrasado vai para uma reunião então fico em casa sozinho e muito nervoso (Sujeito 04).

Percebe-se que a hospitalização do idoso envolve um conjunto de fatores que vai além do tratamento e da ingestão de medicamentos. A internação em idosos pode estar relacionada a determinadas histórias de vida, que contribuem também para a permanência dos familiares e pessoas próximas durante a hospitalização. Sabe-se que existem idosos internados em ambientes hospitalares que se encontram relegados aos cuidados das equipes de enfermagem. Essa realidade está relacionada aos vínculos familiares, à ausência de disponibilidade de tempo para a permanência no hospital ou em alguns casos, pela realidade de familiares/cuidadores que se dedicam aos cuidados com outros idosos na família. Somente para mencionar um exemplo que ilustre essa realidade: os filhos que se dedicam aos cuidados a serem administrados com o casal de idosos, pai e mãe; sendo que aquele que não está vivenciando o processo de hospitalização continua necessitando de auxílio no espaço doméstico; em contrapartida ao que recebe os cuidados disponibilizados pelos serviços hospitalares e que se encontra de certa forma protegido.

Quanto à realização de atividades diárias no período pós-hospitalar, a maioria dos entrevistados ressaltou que não ocorreriam mudanças significativas em suas rotinas, pois as internações anteriores desenvolveram-se da mesma forma. Aqueles idosos que já precisavam de auxílio para a realização de atividades básicas, como realizar higiene pessoal, alimentar-se e locomover-se, acreditavam que esta realidade continuaria a ser mantida após a hospitalização: “Não fiz mais nada depois das minhas internações anteriores. Depois dessa internação continuará tudo igual. Minha filha tem que me levar ao banheiro e não consigo caminhar sozinha” (Sujeito 02).

Diante dos depoimentos expostos que representam os resultados de uma investigação que se propôs a investigar o processo de hospitalização do idoso, destaca-se a importância dos profissionais envolvidos na internação hospitalar. São os profissionais em questão que exercem as particularidades de cada área do conhecimento e se comprometem, através do

exercício profissional, em realizar um acompanhamento do processo de hospitalização do idoso, que representa um momento bastante complexo e, muitas vezes, pode gerar o agravamento de suas condições de saúde. Dentre estes profissionais destaca-se o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais, através do reconhecimento das histórias de vida dos usuários, da acolhida, das intervenções realizadas durante a internação, voltadas também à organização familiar no período pós-hospitalar. Todos esses aspectos foram problematizados no próximo subtítulo, no que se refere às particularidades dos processos de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde.

4.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO E CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL

Nos dias de hoje, a área da saúde tem sido o alvo de inúmeros estudos e debates. Na perspectiva de se compreender saúde, encontram-se várias pesquisas e um grande acúmulo teórico de uma variedade de autores (VASCONCELOS, 2006; NOGUEIRA; MIOTO, 2006; PAZZINATO, 2003; DUTRA, 2007). Todas essas contribuições tendem a motivar um número ainda maior de investigações, como também contribuem com melhorias cotidianas, seja na qualidade dos serviços prestados seja na formulação de novas iniciativas para o setor. A saúde sempre esteve em destaque na sociedade, pela importância atribuída pela população à ausência de doenças.

Entretanto, nem sempre a ausência de patologias está diretamente relacionada à qualidade de vida. Essa constatação permite compreender que a saúde, como mencionado anteriormente, engloba um conjunto de fatores e está relacionada à história de vida das pessoas. Essa visão globalizada da saúde deve fazer parte do imaginário principalmente dos profissionais que trabalham na área, cada um destes com uma identidade profissional construída pelos movimentos das categorias. Cabe ressaltar a importância de uma abordagem multidisciplinar ou interdisciplinar, pois as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais possuem finalidades bem comuns que visam à consolidação do bem-estar e da recuperação do público-alvo.

Apesar dos propósitos bastante similares e da importância do compartilhamento de saberes para a compreensão globalizada do significado da palavra saúde, cada um dos profissionais que compõem os serviços de saúde desenvolvem ações bastante particulares e

diferenciadas uma das outras. Essa divisão de tarefas é fundamental para o desenvolvimento das atividades e para a recuperação da população atendida. Através dessa constatação, enfatiza-se que os assistentes sociais também apresentam particularidades que acabam por identificar os diferentes processos de trabalho, e que resultam no reconhecimento da profissão.

Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, a recuperação e a promoção da saúde, aos assistentes sociais que tem como objeto à questão social – cabe, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar, os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social (VASCONCELOS, 2006, p. 435).

Portanto, destaca-se essa relação constante entre teoria e prática como um dos alicerces do exercício profissional. As contribuições da ciência e as discussões existentes sobre a saúde e todas as suas perspectivas devem fazer parte das ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem os diferentes espaços de prestação de serviços na área. Os saberes acumulados são subsídios para o planejamento e execução das ações e propostas, por isso a necessidade de uma educação continuada, tendo em vista que a realidade é um processo sujeito a transformações. Torna-se fundamental nesse processo o reconhecimento do perfil do público-alvo, das ações empreendidas como um dos principais pressupostos para o desenvolvimento das ações. Afinal que características identificam a população que demanda os serviços do espaço em que o Assistente Social encontra-se inserido? De que forma o trabalho desenvolvido pode contribuir com respostas a estas demandas?

É através de questionamentos que aos poucos o exercício profissional vai sendo consolidado, mediante o estabelecimento de finalidades claras e definidas. Ressalta-se que, em razão da realidade ser um processo bastante flexível, mudanças podem surgir exigindo do profissional estratégias e alternativas, para que os propósitos sejam consolidados. Os Assistentes Sociais convivem proximamente com a necessidade da formulação de alternativas frente a obstáculos que venham a surgir e que necessitam muitas vezes serem superados, como a obtenção de condições de trabalho.

Cabe ressaltar que a escassez de recursos ou as próprias demandas institucionais cerceiam em alguns momentos o trabalho desenvolvido pelos profissionais, apesar do comprometimento dos Assistentes Sociais com aquilo que os identifica, o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e o Projeto Ético- Político.

[...] os assistentes sociais que estão na implementação e operacionalização dos serviços sociais não tiveram e continuam não tendo acesso a um mínimo de formulações para implementação dos princípios básicos de um Serviço Social que realmente possa contribuir no desenvolvimento de sujeitos de direito – princípios expressos, principalmente no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (VASCONCELOS, 2006, p.426).

A realidade cotidiana exige do profissional, comprometido com os princípios do Projeto Ético-Político Profissional, liberdade, defesa dos direitos e igualdade, empenho e dedicação na materialização de finalidades voltadas ao bem-estar dos usuários. Ao mesmo tempo em que almeja assegurar que os propósitos e os objetivos das ações empreendidas materializem-se, os profissionais buscam o reconhecimento da profissão em razão de uma compreensão ainda bastante equivocada sobre as particularidades do Serviço Social. Essas compreensões equivocadas, ainda bastante difundidas nas instituições, são reproduzidas muitas vezes pelos próprios usuários e por outros profissionais. Essa é uma realidade vivenciada pelos profissionais em diferentes instituições, sendo que a superação desses equívocos é um desafio comum a todos os profissionais da categoria. Representa o exercício cotidiano de sucessivas tentativas em provar aos demais qual o significado da profissão e de ressaltar a sua relevância nos diferentes espaços de atuação profissional. Todo esse movimento decorre da compreensão e da defesa dos princípios do Projeto Ético-Político Profissional que tem em seu núcleo,

[...] o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração (dominação de classe, etnia e gênero). A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio ao arbítrio e aos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2006, p.155).

Desenvolver o exercício profissional nos rumos em questão requer senso crítico, empenho à proposição e compromisso com o usuário. Nem sempre tamanho empenho e dedicação são suficientes para que os princípios aludidos sejam colocados em prática, pois forças externas convergem para que outros objetivos façam parte do processo de trabalho do assistente social. Essa é uma realidade vivenciada por inúmeros profissionais que estão inseridos em serviços de saúde. Entretanto, para que os rumos expostos façam parte do

cotidiano profissional é fundamental uma visão aberta sobre a importância de uma educação continuada que concilie teoria e prática.

Apesar dos desafios atuais, destacam-se as conquistas já alcançadas no campo da saúde, no que se refere a um atendimento universal e gratuito a toda população, que representam os frutos de um movimento intenso de mobilização por uma nova perspectiva para a área. Contrariamente a essa perspectiva abrangente, surge um movimento inverso, em destaque na década de 90, voltado à compra de serviços e a uma lógica privatista. Articula-se, concomitantemente à consolidação do Sistema Único de Saúde, outras formas de acesso voltadas a compra de serviços, apesar da existência de uma possibilidade universalizante.

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da Reforma Sanitária é questionado e consolida-se na metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central (BRAVO; MATOS, 2006, p.206).

Verifica-se, portanto, a ocorrência de questionamentos referentes à Reforma Sanitária e ao Sistema Único de Saúde, em razão de outra lógica voltada ao consumo de serviços, como as formas de tratamento e a própria internação. Esses dois projetos, privatista e universal, permanecem em disputa na sociedade. A manutenção da lógica universal requer empenho e mobilização social, em busca de melhorias no acesso, no atendimento, na hospitalização, na realização de consultas e tratamentos e na obtenção das medicações.

No campo das conquistas se configuram desafios para os assistentes sociais, dentre eles o reconhecimento da saúde como um direito social e a sua garantia enquanto um dever do Estado. Esse entendimento pressupõe o reconhecimento sobre a necessária formulação de novas políticas sociais que demandem ao Estado maiores atribuições quanto à proteção social da população. Cada vez mais essas atribuições passam a ser delegadas para outros setores dentre eles o setor privado. A existência dos convênios privados em saúde está relacionada aos lucros gerados, tendo em vista a importância atribuída aos tratamentos, à recuperação, à cura de patologias, ao bem-estar e à ausência de doenças.

O princípio da integralidade contribui com um novo enfoque sobre o direito à saúde. A integralidade possibilita uma atenção diferenciada do Assistente Social na área, distante da relação entre saúde e doença e mais próxima de uma percepção que engloba não apenas o tratamento, a recuperação, a internação e o uso de medicamentos como também ressalta a compreensão sobre a importância da história de vida dos sujeitos. A saúde engloba o cotidiano,

as relações sociais estabelecidas, a realização de ações, as atividades de lazer, o convívio, a participação, dessa forma, “[...] pauta-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.225).

Dentre os fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos como idade, sexo, características herdadas pela herança genética, o meio físico, os meios socioeconômicos e culturais. Todos esses meios influenciam no aumento da expectativa de vida (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). A partir deste entendimento pressupõe-se que a diminuição dos níveis de pobreza pode contribuir com o prolongamento existencial. Para que isso ocorra é necessária uma alocação maior de recursos destinados à área social, associada a uma maior atenção por parte dos governantes, através da garantia de mais investimentos. Além de todos os elementos já mencionados, a saúde também inclui a promoção e a prevenção, etapas anteriores ao desenvolvimento de patologias. O trabalho dos assistentes sociais na promoção e prevenção em saúde inclui a socialização de informações, a realização de campanhas e a luta pela emancipação do acesso aos serviços.

Entretanto, destaca-se que essas ações são muitas vezes colocadas em segundo plano pelos próprios profissionais, pois acabam sendo submetidos a rotinas pré-definidas e à execução das demandas institucionais, em alguns casos bastante burocráticas. Para que essas particularidades, que caracterizam processos de trabalho, sejam rompidas, Vasconcelos (2006, p.243) faz referência a um dos maiores desafios da categoria, que representa a superação das práticas conservadoras através do rompimento da reprodução do processo de trabalho capitalista.

[...] aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper – através do trabalho e das relações sociais – com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo, resulte num bem e não num produto a ser consumido.

No que diz respeito aos desafios impostos à prática profissional do Assistente Social em ambientes hospitalares, deve-se destacar a importância das equipes profissionais e as dificuldades em ser estabelecido um trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar. O idoso precisa ser reconhecido em sua integralidade, em elementos como a sua história de vida, processo de adoecimento, perspectivas do tratamento, etc. Para tanto, faz-se necessário a união e a socialização do conhecimento de diferentes profissionais que interagem por meio do

diálogo e da exposição de opiniões, pautadas nas particularidades de cada profissão. O desenvolvimento de ações totalmente isoladas e, portanto, desprendidas das intervenções de outros profissionais, atribuem à saúde uma concepção restrita à cura de patologias. Entretanto, a saúde deve ser reconhecida também sob o prisma da prevenção e, ainda, através da compreensão de que as condições de vida do paciente podem influenciar o processo de adoecimento, ou seja,

A superação da abordagem mecanicista da determinação da saúde e da doença implica a politização da prática, que, resgatando a totalidade na singularidade do adoecer e da saúde, demarca o que é possível e necessário ser feito, sem esquecer que a ação decidida deve ser um resultante da definição de necessidades, interesses e prioridades dos usuários (VASCONCELOS, 2003, p.80).

Outros desafios são impostos ao trabalho do Assistente Social no que concerne à hospitalização do idoso como: a não materialização das propostas e pressupostos contidos na Política Nacional de Saúde do Idoso; a contratação de mais profissionais que contemplem a demanda de idosos dependentes, que necessitam de um atendimento específico como a Internação Domiciliar. As famílias que não possuem relativo poder econômico para dispor de um tratamento em saúde específico, como os serviços de enfermagem 24 horas, acabam suscetíveis ao descaso. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), o que se verifica é que mesmo garantidas por lei suas diretrizes ainda encontram-se distantes de ser implementadas, principalmente quanto ao financiamento e ao acesso aos serviços cada vez mais sucateados. (VASCONCELOS; 2003)

Também, observa-se, a propagação, nos espaços institucionais, de um desconhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelo Assistente Social, associado muitas vezes a um não reconhecimento do exercício profissional, ainda visualizado sob o prisma do assistencialismo e da troca de favores. Essa concepção equivocada da prática profissional transforma direitos em benefícios, voltados totalmente ao imediatismo das ações. As intervenções em longo prazo acabam sendo menosprezadas em nome da liberação de leitos. As principais transformações ocorrem através do caráter contínuo das intervenções, mas estes cedem espaço para a realização de atividades rotineiras e burocráticas. A rotina do Assistente Social no campo da saúde subentende, portanto, que,

... a prioridade não é a saúde e as chances de se resgatar, no paciente, as condições de se lidar com seu quadro clínico, de educação em saúde, de prevenção de agravos e/ou de promoção da saúde, a partir do quadro que o usuário apresenta, mas os encaminhamentos burocráticos que respondem a demandas da instituição por leitos vagos e maior faturamento (VASCONCELOS, 2003, p.192).

Quanto às perspectivas de trabalho do Assistente Social na hospitalização de idosos, constata-se a necessária construção de alternativas frente aos desafios impostos pelo contexto histórico atual e pelas limitações dos espaços socioinstitucionais, na figura dos empregadores. Para o não reconhecimento da profissão busca-se incessantemente o reconhecimento do profissional do Serviço Social, que pode ser mais bem visualizado através do diálogo estabelecido com outros profissionais, da aproximação com os usuários e com o ambiente hospitalar – como leitos e postos de enfermagem. A melhoria de espaços físicos específicos do Serviço Social também depende do reconhecimento atribuído ao Assistente Social. A realização de um trabalho em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar está associada ao apoio dispensado pelo espaço sócio-ocupacional para essas práticas, passando a ser um objetivo da administração hospitalar. A participação em eventos deliberativos enaltece o posicionamento do profissional frente à necessária materialização de direitos sociais. O diálogo estabelecido com a rede de apoio ao idoso hospitalizado é necessário, em detrimento de um acompanhamento contínuo no período pós-hospitalar. Sinalizam-se as ainda precárias iniciativas deliberadas para o idoso dependente e acometido de alguma patologia, o qual necessita de um tratamento especializado e não visualiza horizontes no período posterior à hospitalização. O Assistente Social frente a esta realidade, através de uma sensibilização com a falta de iniciativas destinadas ao público-alvo mencionado, questiona-se e pode propor alternativas dentre elas projetos institucionais e iniciativas em nível municipal, estadual e federal e também contribuir com a consolidação das ações existentes.

5 CENTRALIDADE DA CATEGORIA HOSPITALIZAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO INVESTIGATIVO

Neste capítulo evidencia-se a centralidade da categoria hospitalização no desenvolvimento da pesquisa. A hospitalização de idosos é um processo contraditório, pois, ao mesmo tempo em que é constantemente associada ao adoecimento e por isso tão temida, pode representar para o paciente um espaço de pertencimento, em virtude da manifestação do zelo, dos cuidados e do estabelecimento de relações. A centralidade atribuída à hospitalização pelo idoso resulta da necessidade de serem criadas outras iniciativas. Os idosos que apresentam certo grau de dependência ou semidependência encontram-se ainda mais vulneráveis em razão de suas condições de saúde. São estes mesmos idosos que tendem a centralizar suas vidas no adoecimento e por esse motivo, apresentam um entendimento bastante negativo sobre a velhice e manifestam a ausência de projeções futuras.

5.1 COMPLEXIDADE E CONTRADIÇÃO DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO

A importância da realização de estudos e de abordagens de caráter investigativo sobre a hospitalização de idosos deve ocorrer principalmente pela complexidade deste período. A internação de idosos requer cuidados redobrados das equipes de saúde dos ambientes hospitalares, pela maior suscetibilidade ao agravamento do quadro clínico do paciente, em decorrência da idade mais avançada. Muitas vezes essa hospitalização pode vir a ocasionar a dependência que limitará a realização de atividades diárias por parte do paciente. Ressalta-se novamente que 67% dos sujeitos do estudo realizaram várias internações na mesma instituição. Essa realidade comprova a alta incidência de internações por parte de idosos com idade mais avançada, assim como pode estar associada aos significados atribuídos pelos idosos do estudo à hospitalização e melhor adensados ao longo desta sistematização.

A centralidade da temática também pode ser atestada pela ocorrência de iniciativas destinadas, sobretudo, à prevenção de doenças. Tais ações têm como público-alvo idosos saudáveis e que, conseqüentemente, possuem certa independência para principalmente locomoverem-se e exercitarem suas habilidades de expressão oral. Aquele contingente que já

não possui as capacidades essenciais descritas acaba por, muitas vezes, resignar-se a permanecer no ambiente hospitalar. Destaca-se, diante desse contexto, a necessária formulação de propostas e alternativas que objetivem ofertar uma maior qualidade de vida ao idoso dependente ou semidependente.

O processo de hospitalização é bastante contraditório, na medida em que envolve interfaces bastante opostas como a ocorrência de um agravo nas condições de saúde do paciente idoso; também podendo representar um espaço de promoção e de atenção redobrada, muitas vezes não consolidada no espaço doméstico. Geralmente, quando a sociedade de um modo geral reporta-se à internação a associa, de acordo com o seu entendimento, a uma situação traumática e instável. Entretanto, a hospitalização pode representar um período de conforto, estabilidade, segurança e pertencimento para o idoso e seus familiares. O fato é que os idosos encontram-se mais suscetíveis a internações, que ocorrem com mais frequência devido ao desenvolvimento de patologias que requerem cuidados contínuos, como as doenças crônico-degenerativas. O desenvolvimento dessas doenças possui maior incidência quando o paciente encontra-se na faixa etária a partir dos 60 anos. Associada a tais patologias estão também as dificuldades que podem vir a ocorrer, como limitações e agravos, tornando tensa esta etapa da vida para idosos e familiares.

As doenças crônicas acarretam incapacidades e alteram a qualidade de vida do idoso, levando-o a utilizar os serviços hospitalares com mais frequência. O tratamento das doenças crônicas é mais prolongado, a recuperação é mais lenta e complicada, o que eleva o custo da assistência à saúde na terceira idade (WELFER, 2007, p.12).

O desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas observadas com certa frequência em idosos repercute no aumento dos custos da assistência à saúde. Ressalta-se, como mencionado anteriormente, que na esfera financeira estes gastos mais elevados podem ser reduzidos através de iniciativas voltadas ao ambiente extra-hospitalar, como os atendimentos realizados no domicílio ou como as abordagens grupais destinadas aos familiares de idosos dependentes e semidependentes. Configura-se uma realidade que sinaliza um descrédito para com a população idosa que já possui certas limitações. Ocorre, portanto, a constatação, por parte das equipes de saúde, da escassez de perspectivas voltadas à promoção da qualidade da população idosa, principalmente aos sujeitos em idade mais avançada. Essa falta de perspectiva sugere a realização de um tipo de tratamento específico para com o paciente idoso já bastante debilitado que limita e, ao mesmo tempo, sobrecarrega a

hospitalização de significados. “O custo elevado da assistência à saúde na terceira idade, que é de três vezes a sete vezes mais caro que o custo médio da população, vem inibindo iniciativas do poder público dirigidas ao idoso (WELFER, 2007, p.24).

São consideradas doenças crônicas algumas doenças transmissíveis e principalmente as doenças não transmissíveis, como: cardiovasculares, respiratórias, diabetes, câncer e também incapacidades estruturais como amputações. O desenvolvimento destas patologias pode gerar implicações ainda mais drásticas para a saúde do idoso, como a diminuição da independência. Em todas as etapas da existência humana, a independência é um elemento central para o desenvolvimento da sociabilidade, para o estabelecimento de relações, assim como no processo produtivo, visto que a produtividade está vinculada ao desenvolvimento de habilidades e capacidades essenciais. Os prejuízos à independência podem ser vistos com certo grau de preconceito por parte da sociedade, que vive um processo de passagem na construção de novos alicerces sobre o significado do envelhecimento populacional. Afinal, em um meio social que supervaloriza os estereótipos associados a indivíduos saudáveis, produtivos, consumidores e jovens perde-se um pouco o espaço da problematização acerca de melhorias a serem garantidas para o restante da população, no qual se incluem os idosos, os idosos dependentes e os idosos semidependentes.

O hospital representa o local no qual os idosos entrevistados consolidam os alicerces mencionados, por representar o espaço destinado à cura de patologias. Outros espaços existem para os idosos além do ambiente hospitalar, mas estes se destinam especialmente aos indivíduos saudáveis, como os grupos de convivência. Dessa forma, de que maneira garante-se o convívio e a participação dos idosos dependentes e semidependentes no meio social? Desde já, ressalta-se novamente que o convívio e o estabelecimento de relações são fundamentais para todo e qualquer ser humano, desde o princípio de sua existência. A grande questão é: como se dá a garantia destes pilares essenciais? Pois, certamente, o convívio e a participação não ocorrem através do isolamento e do confinamento a um determinado espaço. Nesses termos, compreende-se que boa parte dos sujeitos da pesquisa visualiza este período como um momento de socialização, de diálogo e de pertencimento através do contato estabelecido com os profissionais da saúde. Contato esse, muitas vezes, não concretizado em nenhum outro espaço e em nenhum outro momento.

A maior atenção para com os idosos hospitalizados e que apresentam já uma diminuição da intensidade na realização de atividades básicas perpassam uma visão mais ampla sobre a saúde. O significado da saúde precisa ser modificado naquilo que delimita a sua concepção a ações meramente curativas e descrentes de um entendimento da totalidade. Cada

vez mais se faz necessária uma compreensão da saúde através de fatores biopsicossociais, que incluem elementos essenciais para a vida de qualquer ser humano, tais como: moradia, alimentação, saneamento básico, condições econômicas, somente para mencionar alguns exemplos significativos. Reportando-se à concepção de saúde cabe salientar que:

Em 1997, a Organização Mundial da Saúde, conjuntamente com autoridades do setor no Brasil, profissionais e usuários do SUS, chegou ao consenso de que o modelo de atenção à saúde vigente, que prioriza a assistência curativa e individual, com ênfase no atendimento hospitalar, não consegue modificar a condição de saúde da população, já que esse modelo considera como mais importante a doença em si em detrimento dos condicionantes sociais e epidemiológicos (DUTRA, 2007, p.17).

Destacam-se algumas iniciativas já existentes como o Programa Estratégia de Saúde da Família, que passa a incorporar os agentes comunitários de saúde e que se dedica a prestar o atendimento necessário no domicílio, tendo como eixos centrais: o conhecimento sobre a realidade das famílias, a identificação dos problemas de saúde, a assistência integral, a realização de visitas domiciliares, a garantia ao acesso e à continuidade do tratamento e à promoção de ações intersetoriais (DUTRA, 2007). Todas as ações mencionadas pressupõem uma concepção de saúde associada não somente a um atendimento voltado à cura de patologias, como o conhecimento acerca da realidade da população atendida, ou seja, as equipes de Saúde da Família tomam conhecimento dessas esferas através do reconhecimento do cotidiano de pacientes e familiares. A vivência destas ações também alarga os canais de ação, que passam a não se limitar exclusivamente ao período de hospitalização e tendem a minimizar uma visão “hospitalocêntrica”.

Percebe-se ao longo da história da saúde no Brasil, que o hospital tende a centralizar todas as expectativas referentes à cura e ao tratamento de enfermidades, embora estas pudessem obter resultados positivos através do trabalho desenvolvido pelas instituições comunitárias, como as Unidades Básicas de Saúde. O Sistema Único de Saúde representa uma importante conquista da população brasileira. Através de sua regulamentação, compreende-se a saúde como um direito fundamental do ser humano, que visa garantir, através das ações empreendidas, às pessoas e à coletividade bem-estar físico, mental e social.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre estes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL; 1990).

No caso do idoso que apresenta dificuldades na realização de atividades cotidianas como a manutenção e os cuidados com a higiene pessoal, a tendência é a procura por hospitais e instituições de longa permanência, que forneçam o suporte necessário capaz de dar respostas a este momento tão complexo. Quando o idoso já apresenta agravos em sua condição de saúde, a família muitas vezes recorre a essas duas instituições pelo que representam e podem vir a propiciar, sendo sinônimos de cuidado e atenção. O idoso que apresenta total dependência física e que, por esse motivo, não consegue realizar qualquer ação, encontra-se ainda mais vulnerável por não dispor de sua independência e em alguns casos, de sua autonomia. Tais situações específicas exigem da família e/ou do(s) cuidador(es) uma atenção redobrada, assim como a necessária presença de profissionais qualificados para prestar os atendimentos cabíveis que todo este processo torna imprescindível. Entram “em cena” os cuidadores de idosos, pessoas da família, vizinhos ou conhecidos que se dispõem a prestar auxílio e/ou profissionais qualificados para a função, que acabam exercendo essa tarefa, como mencionado anteriormente. Essa atividade representa,

Uma das tarefas mais exigentes da contemporaneidade refere-se aos cuidados de idosos, o segmento populacional que mais cresce atualmente. Demanda tempo, energia, capacitação e afetividade para executar uma tarefa tão complexa. Esta também pode ser prazerosa, trazendo benefícios não somente para o idoso, mas também para o seu cuidador (GROSSI; GUILAMELON; HILLEBRAND, 2009, p.43).

Dentre os desafios atuais destaca-se a criação de iniciativas voltadas a idosos dependentes e semidependentes, que incluam ações destinadas aos familiares e/ou cuidadores. Dentre estas proposições, a consolidação de um número mais expressivo de abordagens grupais, a socialização de informações sobre os cuidados indispensáveis para com a saúde do idoso e as discussões relacionadas à melhor organização dos espaços domésticos.

No que se refere à compreensão de que a hospitalização representa um processo contraditório, esta constatação parte das leituras realizadas, das pesquisas em andamento ou já finalizadas e disponibilizadas e da vivência prática da mestranda no espaço pelo qual dedicou sua formação acadêmica – o ambiente hospitalar. Existem diversas percepções sobre o significado e a representação do período de hospitalização do idoso. A internação por representar uma experiência traumática, para alguns idosos, pode acarretar o agravamento das condições de saúde, assim como pode vir a se configurar como um espaço vinculado à noção de segurança e pertencimento. É fundamental compreender as causas de significados tão distintos, mas desde já destaca-se que estas percepções tão contrárias não são consolidadas

sem o reconhecimento das histórias de vida dos verdadeiros protagonistas deste processo – idosos e familiares. Para Welfer (2007, p.12), a hospitalização em pacientes a partir dos sessenta anos, pressupõe,

[...] vários conflitos como confinamento no leito, cumprimento de normas e rotinas da instituição, dificultando a adaptação ao ambiente gerando estresse, isolamento, depressão, medo da morte, entre outros, acarretando impacto negativo não só para o idoso, mas também para a sua família e para a sociedade como um todo em termos de custos gerados.

É um empreendimento bastante difícil de ser concretizado com sucesso, por encontrarem-se nas referências bibliográficas e teóricas da medicina elementos que constatem significados positivos para a hospitalização de idosos. Percebe-se um reforço na literatura de que o período de hospitalização pode vir a representar uma experiência traumática e geradora de estresse para o paciente e que, dessa forma, pode ocasionar um agravamento nas condições de saúde do idoso. Entretanto, percebe-se também um esforço das diferentes áreas que compõem o setor saúde em comprovarem a eficácia de seus métodos. A partir do momento em que o período de internação for analisado somente através dos dias transcorridos de tratamento, sem a análise e o conhecimento necessário sobre condicionantes externos, como as particularidades da vida de cada sujeito, a hospitalização pode vir a ser pensada somente como uma experiência “assustadora” para o paciente. Ainda sobre o reforço desta associação bastante negativa sobre a hospitalização de idosos, Pazzinato (2003, p.24) ressalta que:

A hospitalização e o repouso no leito determinam um agravamento das condições descritas, favorecendo o declínio da capacidade funcional e o desenvolvimento de incapacidades. Circunstâncias associadas à hospitalização favorecem o desenvolvimento de incapacidades, incluem maior risco de infecções, efeitos adversos às drogas e às intervenções e a imobilidade.

Pesquisas comprovam, como mencionado, a associação entre a hospitalização e os agravos nas condições de saúde do idoso. Os resultados destes estudos dizem respeito a aspectos, sobretudo, biológicos. De nenhuma forma contesta-se a veracidade destes processos investigativos, pois os mesmos obedeceram a critérios de cientificidade. A problematização desencadeada, ao longo desta Dissertação, sugere que estejam, também, em destaque os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados à hospitalização. O reconhecimento dos significados atribuídos ao período de internação do idoso deve envolver também as situações vivenciadas anteriormente à hospitalização, com destaque para experiências referentes a

diferentes etapas da vida e que contribuem para a compreensão de outra concepção sobre o processo.

Com o intuito de desvendar os motivos de uma compreensão tão positiva sobre a hospitalização, foi realizada uma nova entrevista com um dos idosos entrevistados após o período de internação. Na visita domiciliar realizada constatou-se, mediante esse exemplo real, possíveis motivos para essa compreensão atribuída à internação dentre eles: o tempo ocioso, as precárias condições financeiras e o necessário convívio muitas vezes indisponível, em razão da falta de tempo dos demais membros da família que acabam ausentando-se do espaço doméstico.

A pesquisa, que possibilitou as considerações deste trabalho, surgiu a partir da necessidade de se atentar para a expressão oral dos sujeitos entrevistados, sem uma visão pré-determinada sobre a realidade a ser desvendada, embora já houvesse, a partir de experiência realizada, uma primeira aproximação com os sentidos atribuídos ao ambiente hospitalar. Diante da constatação de que a hospitalização representa uma contradição, não cabe ao pesquisador optar por um dos significados vinculados à temática, apenas suscitar o questionamento e de alguma forma evidenciar a importância da realização de processos investigativos e, principalmente, destacar o depoimento oral dos sujeitos.

Para a maioria dos idosos que fizeram parte do processo investigativo a hospitalização não representou uma situação que possibilitasse o desencadeamento de situações estressantes e o agravamento das condições de saúde. Contrariamente aos estudos científicos, o ambiente hospitalar gerou melhorias na saúde desses idosos, pois é sinônimo de segurança, estabelecimento de relações e pertencimento.

Questiona-se ainda, apesar da entrevista realizada no período pós-hospitalar, porque um espaço associado à sensação de estranhamento adquire tais conotações. Muitos condicionantes podem estar imbricados nesta associação tão inóspita, dentre eles a ausência de outras instâncias, ações e alternativas para idosos já acometidos por patologias. Cabe salientar que as ações já existentes, como o atendimento domiciliar, a hospitalização e a própria institucionalização do idoso em instituições de longa permanência sugerem uma maior reclusão em “muros” internos, sejam estes espaços domésticos ou ambientes hospitalares. Em detrimento da tendência à supervalorização da saúde, centralizada na figura do ambiente hospitalar, e a necessária construção de novas iniciativas voltadas para pacientes dependentes ou semidependentes, destaca-se a atribuição de significados para a hospitalização:

Aqui eu me sinto bem. Recebo alimentação e converso com as enfermeiras e médicos. Sinto-me melhor do que em minha própria casa. O meu filho viaja muito e não tem tempo para estar comigo. Aqui no Hospital também não vem me visitar, pois não acredita na minha internação. Acha que deveria estar realizando atividades físicas e que não necessito estar aqui (Sujeito 12).

Fatores que contribuem para estes entendimentos estão atrelados à família, ao sentimento de pertencimento, à participação, à convivência, a perspectivas futuras ou a sua total ausência. A importante referência realizada até o presente momento sobre a internação em idosos, também não se limita apenas aos dias transcorridos no ambiente hospitalar, pois deve ser atribuída significativa relevância ao momento posterior à internação, que exige uma organização por parte da família, principalmente quando se constata a exigência de cuidados mais específicos ocasionados pelo agravamento das condições de saúde do idoso. As condições em que a alta hospitalar ocorre podem ser caracterizadas pela ausência de orientações, seja pela fragilidade do diálogo entre médico/paciente ou pelo tempo insuficiente para o esclarecimento de dúvidas diversas. Destaca-se, portanto, o período pós-hospitalar e as mudanças ocasionadas em decorrência da internação, como a descoberta de novas patologias.

No pós-hospitalar não será a mesma coisa. Teremos de ter mais cuidados. Precisaremos contratar uma pessoa para ficar permanentemente com ela. Eu até parei de trabalhar, porque não encontramos ninguém que se dispusesse a cuidar dela (Familiar 12).

A família, perante o agravo da saúde de seu familiar idoso, se vê diante de uma situação nova e ao mesmo tempo desconhecida. Destaca-se a importância de um diálogo esclarecedor entre o médico e a família do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, através da socialização de conhecimento e informações sobre os cuidados a serem administrados no espaço doméstico e cotidiano. Essas ações exigem uma maior capacitação dos profissionais da área da saúde, principalmente com pacientes idosos que já possuem uma diminuição de sua independência e/ou que se encontram com uma idade mais avançada, pois:

O idoso muito idoso, definido como aquele com idade igual ou superior a 85 anos, em geral durante internação hospitalar, não tem recebido atenção adequada, principalmente no que se refere à questão autonomia. Vários fatores estão contribuindo para esta má qualidade de assistência: faixa etária nova na nossa sociedade, inadequações ambientais, nível cultural da população, escassez de recursos econômicos, dentre outros (MACHADO, 2006, p.24).

Conhecer um pouco mais sobre a realidade de idosos, que vivenciam o processo de hospitalização, significa, portanto, analisar e evidenciar categorias como a independência e a dependência, tendo em vista as particularidades já descritas. Estas categorias explicativas da realidade, que propiciaram um maior embasamento para a investigação e sistematização presentes, foram mais densamente depuradas na finalização deste capítulo utilizando-se das falas dos sujeitos entrevistados e da compreensão de diferentes autores.

Por ocasião da internação, outros conflitos anteriormente ocultos emergem e são vivificados no cotidiano. Os sujeitos que necessitam de internação vivenciam sentimentos diversos, tais como a ansiedade, o medo da morte, da dependência; e se confrontam com a necessidade de receber cuidados especiais, em decorrência de sua debilidade física – nem sempre possíveis de serem garantidos por seu grupo primário, quando dispõe de familiares. Um cotidiano marcado por carências de ordens diversas, pela miserabilidade em termos de condições de vida, poderá trazer implicações significativas durante um momento de instabilidade, como uma internação hospitalar.

5.2 A RESSIGNIFICAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO E A CENTRALIDADE DO ADOECIMENTO

A hospitalização, como problematizada ao longo deste trabalho, representa um processo complexo e ao mesmo tempo contraditório. O período em que o paciente encontra-se internado em um determinado ambiente hospitalar é fundamental para a recuperação de suas condições de saúde. Entretanto, a hospitalização pode não limitar-se apenas aos cuidados realizados pelas equipes de saúde, visto que agravos podem surgir durante este processo. Cada paciente é portador de uma história de vida e de experiências que tem uma relação direta com o período de hospitalização. Por esse motivo, a hospitalização não envolve somente o período de tempo dedicado ao tratamento, devido ao reconhecimento dos profissionais das particularidades que envolvem a história de vida de cada paciente; envolve também a participação familiar ao longo da internação, que exige o comparecimento de pessoas da família nos momentos que não correspondem apenas à visita, principalmente em situações específicas, quando o idoso não consegue alimentar-se, vestir-se, comunicar-se e locomover-se sem auxílio.

Na hospitalização, observa-se, a emersão de histórias de vida que culminam, em alguns casos, com o total abandono do paciente. Por esse motivo, a hospitalização adquire tamanha complexidade, principalmente quando os agravos nas condições de saúde acabam ocasionando a diminuição da independência. Nesses casos, a presença da família torna-se imprescindível. O idoso está propenso ao acometimento de patologias que acabam, muitas vezes, por limitar suas ações, tendo em vista, a suscetibilidade ao surgimento de doenças. O adoecimento determina a ocorrência da hospitalização, em razão das instabilidades das condições de saúde do paciente. Quando este paciente é idoso, os riscos de agravos nas condições de saúde tornam-se mais explícitos em razão da idade mais avançada.

A qualidade de vida do idoso envolve um conjunto de fatores e pode ser vivenciada por toda a população a partir dos 60 anos, independentemente de restrições e dificuldades decorrentes da saúde. Envolve também o apoio de familiares, pessoas próximas como também de instituições de apoio, como aquelas que realizam ações destinadas ao lazer e ao bem-estar da população idosa. A qualidade de vida, além dos aspectos mencionados, diz respeito à sensação de pertencimento social que reflete a importância da participação e do convívio geracional e intergeracional.

[...] abrange aspectos comportamentais, como a prática de exercícios e costumes alimentares, por exemplo, e perceptivos da comunidade em que estamos inseridos. A qualidade de vida compreende a consideração de vários critérios de natureza psicológica, biológica e sócio estrutural, visto que muitos são os indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica e mental, satisfação, cognição e interação social, produtividade, participação, papel social e ocupacional e rede de relações (COSTA, 2006, p.24).

O adoecimento e as internações frequentes são fatores que podem determinar o entendimento que os idosos possuem sobre a velhice. Quando as patologias desenvolvem-se progressivamente, a velhice passa a ser entendida como doença. Os idosos entrevistados, nas duas instituições hospitalares retratadas, revelaram a ausência de perspectivas e planos futuros devido à centralidade da doença em suas vidas. Esse adoecimento pode estar acompanhado pela conformidade ou pela naturalidade, como se o desenvolvimento de patologias fosse algo inerente à velhice. Mesmo quando questionados sobre as formas de enfrentamento à doença, alguns entrevistados relataram ser natural vivenciar o processo, enquanto outros se conformaram com os agravos vivenciados: “Considero normal a minha doença. Eu que adquiri a doença trabalhando. Além do mais com a idade que eu estou acho natural. Entrego nas mãos de Deus daqui pra frente” (Sujeito 10).

Os idosos entrevistados relataram diferentes formas de enfrentar e/ou superar suas patologias. Dentre as formas de enfrentar o adoecimento destacam-se as crenças religiosas e os cuidados com a saúde. Entretanto, alguns depoimentos sugerem não existirem alternativas. São essas as pessoas que compreendem o adoecimento como algo natural e que manifestam conformidade com a situação. Essa compreensão associa o adoecimento do idoso à finitude existencial, por considerá-lo como algo inerente à etapa da vida. Esse entendimento não permeia o imaginário de todos os idosos entrevistados e muito menos representa a compreensão dos idosos de um modo geral sobre a velhice. Geralmente essa é a compreensão de idosos que convivem com o processo de adoecimento gradual e que presenciam suas consequências, como a dificuldade para a realização de atividades antes concretizadas com sucesso ou a total incapacidade para a realização de qualquer ação. Realidade que pressupõe uma dependência total do paciente.

Apesar do adoecimento e das internações frequentes, alguns dos entrevistados formularam estratégias para o enfrentamento das dificuldades já apresentadas, como a simples crença na melhoria das condições de saúde, sem a exatidão do motivo ou a importância atribuída à realização de tratamentos médicos, do apoio da família, da vontade de viver mais e do desejo de acompanhar o desenvolvimento de outros membros da família como netos e bisnetos. “Tem que enfrentar. O que me ajuda a enfrentar é a vontade de viver, pois eu tenho medo de morrer. Todo mundo vai morrer. A fé também me ajuda a enfrentar. Hoje mesmo o padre esteve aqui benzeu a gente” (Sujeito 14).

Nenhum dos idosos entrevistados relatou enfrentar o adoecimento através da realização de atividades físicas e/ou de atividades de lazer. Destaca-se que esta representa a concepção de saúde dos entrevistados bastante associada à doença. Por esse motivo, constata-se a centralidade da doença na vida dos idosos entrevistados. O entendimento de saúde está bastante distante da prevenção, em razão da própria conformidade e naturalidade com que muitos manifestam não enfrentar o adoecimento. Percebe-se, também, que quando mencionados os tratamentos realizados com profissionais da saúde, estes foram desenvolvidos em razão de sintomas que já pressupõem o desenvolvimento de enfermidades. “Estou enfrentando bem o meu adoecimento. Eu procuro me cuidar quando estou numa fase difícil de doença. Procuro, nesse caso, me poupar. É por isso que estou internada também, porque não me cuidei antes de ficar doente” (Sujeito 08).

Verifica-se uma associação entre adoecimento, hospitalização e ausência de perspectivas futuras. O adoecimento pode gerar agravos como a diminuição da independência, dependência ou semidependência para a realização de atividades cotidianas que culminam

com a ausência de perspectivas; e, também, com o entendimento que os entrevistados possuem sobre as formas de enfrentamento à doença. As hospitalizações em idosos são mais frequentes que em outros segmentos populacionais, como as crianças e os adultos. O número mais elevado de hospitalizações em idosos já foi comprovado pela realização de estudos, que atestam uma maior suscetibilidade da população a partir dos 60 anos de desenvolver doenças crônicas, que podem ser agravadas por sequelas incapacitantes. O número de internação de homens é superior ao de mulheres, devido à demanda feminina por mais ações preventivas (DINIZ; MEDEIROS, 2004).

A elevação das despesas com saúde dos idosos não é explicada pela elevação dos custos dos procedimentos e, sim, pela frequência, ou seja, pelo consumo mais elevado destes. Medidas de saúde pública que objetivem melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos, sem com isso necessariamente aumentar os gastos, devem priorizar a redução do número de internações (DINIZ; MEDEIROS, 2004, p.433).

Os idosos são o segmento da população que realiza internações com mais frequência. Realidade que comprova a relevância de serem realizados cada vez mais estudos sobre a hospitalização. A hospitalização sempre foi compreendida pela sociedade como um período importante para a recuperação do paciente, mas que nem por isso é bem-vinda por estar vinculada ao adoecimento. Entretanto, surpreendentemente, os idosos entrevistados pelo estudo contrariam esta lógica. Pela frequência das internações muitas vezes realizadas na mesma instituição, acabam sendo estabelecidas relações de amizade no ambiente hospitalar, entre os pacientes e os profissionais que compõem as equipes, principalmente os(as) técnicos(as) de enfermagem e enfermeiros(as). Essa relação, que muitas vezes beira a amizade, é relatada pelos próprios entrevistados que manifestaram a gratidão por estarem sendo atendidos.

Eu acho que a hospitalização é uma coisa que a gente precisa para nos curarmos. O Hospital é muito bom nem gosto que falem qualquer coisa deste local. Eu adoro aqui. As enfermeiras então nem se fala. É a segunda casa aqui. As meninas todas elas, sem exceção, são boas (Sujeito 11).

A expressão “segunda casa” é a forma que alguns dos entrevistados utilizaram para mencionar o significado da hospitalização em suas vidas. O fato de o hospital representar um segundo lar revela a frequência das internações e a ausência de atividades realizadas pelo idoso, no período anterior à internação. Demonstra que os idosos realizam com menos

assiduidade outras ações e circulam com bem menos frequência em outros espaços. Por representar uma “segunda casa”, o hospital também representa um espaço em que os idosos sentem-se pertencentes, principalmente pelas relações que estabelecem.

As famílias, assim como os idosos, relataram também somente os aspectos positivos que envolvem a hospitalização. Na internação, as famílias sentem-se mais seguras devido aos cuidados ministrados pelos profissionais da saúde. Muitas vezes exige-se da família e/ou cuidador uma atenção redobrada, imprescindível para o idoso, que no período de hospitalização passa a ser realizada por profissionais capacitados, por isso o entendimento de que a internação representa algo positivo. “Aqui ela é muito bem atendida. Até comentamos que quando ela vem pra cá parece que está num ‘SPA’. Quando ela é internada comentamos que ela está indo para o ‘SPA’. O Hospital é o ‘SPA’ (Familiar 02).

A hospitalização é o momento em que as carências e necessidades dos idosos entrevistados, debilitados pelo desenvolvimento de patologias, evidenciam-se. Representa, segundo os mesmos, o período em que se encontram contemplados em suas demandas e atenção de que necessitam. Um local melhor que o próprio espaço doméstico. Essa situação é preocupante, porque sugere questionamentos sobre as particularidades que envolvem o cotidiano dos idosos entrevistados. As condições do processo de hospitalização avaliadas tão positivamente fazem parte do cotidiano dos idosos após a alta hospitalar? As falas sugerem uma supervalorização e uma ressignificação da internação que a coloca em uma condição superior ao espaço doméstico. Os motivos do estabelecimento dos significados mencionados sobre a hospitalização poderão ser mais bem adensados através de um estudo mais extenso e que destaque com maior relevância o período pós-hospitalar. Esta investigação teve como propósito investigar o período de hospitalização do idoso, dessa forma, ainda permanecem questionamentos referentes ao período anterior e posterior à hospitalização. Essa realidade poderá ser explorada de forma mais intensa na investigação que corresponde ao Doutorado em Serviço Social.

6 FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO

Muitos estudos e referências bibliográficas são dedicados a discutir a trajetória da família, de acordo com as transformações societárias. Assim como a realidade é bastante flexível, a família também é passível de mudanças. Certamente as transformações na organização familiar decorrem dos diferentes contextos históricos e, principalmente, de seus acontecimentos. São atribuídos à família papéis que remetem à solidariedade entre seus membros, e que acabam por diminuir a intensidade protetora do Estado.

Ao mesmo tempo em que exala solidariedade, na família podem ser observadas manifestações violentas e preconceituosas. Por isso, a referência estritamente positiva sobre família pode permear diversos equívocos. Não cabe serem realizadas generalizações sobre família e muito menos almejar um modelo ideal.

Para os idosos a família pode representar um importante alicerce, assim como configurar um espaço propagador de experiências traumáticas. A importância da família para os idosos dependentes ou semidependentes é ainda maior do que para os idosos ativos, em função da fragilidade causada pelo adoecimento e pela hospitalização.

6.1 AS REFERÊNCIAS À FAMÍLIA: PASSADO E PRESENTE

Os estudos relacionados à família e dedicados ao desvendamento de suas particularidades merecem destaque no cenário mundial. Fruto de grandes problematizações, a família permanece configurada enquanto organização essencial para a propagação de valores pré-estabelecidos. Novos condicionantes são impostos ao âmbito familiar, fruto dos contextos de crise econômica e dos aspectos culturais. A família configura-se como um importante espaço de promoção do convívio intergeracional, permeiam suas relações laços de solidariedade, amizade e de vínculo bastante intensos. É na família que dificuldades são superadas, através do estabelecimento de relações protetoras.

Sobrecarregar a família de responsabilidades referentes ao bem-estar e à qualidade de vida de seus membros significa onerar outras instâncias de seu papel protetor, como o Estado. As responsabilidades assumidas pela família, pelos laços que unem seus membros, acabam por carregá-la de representações tornando-se uma das únicas fontes de superação de dificuldades, como o desemprego e a pobreza.

No que se refere ao envelhecimento populacional, o aumento gradativo da expectativa de vida é uma realidade vigente em países como o Brasil, no qual se constata uma disparidade quanto a sua associação com condições estáveis de vida. Mas ao mesmo tempo, pesquisas comprovam a manutenção financeira de lares brasileiros por parte de idosos, que acabam por arcar com os custos do espaço doméstico, provendo necessidades básicas de outros membros familiares.

Atentar para as consequências da relação entre capital e trabalho e estabelecer uma relação com a família contemporânea representa o estímulo ao desenvolvimento do senso crítico, necessário para a configuração de novas perspectivas e de questionamentos intrínsecos à realidade. As transformações decorrentes das oscilações entre contextos de crise econômica ou as complexas mudanças de valores socialmente construídos, têm ocasionado significativas implicações na família contemporânea. Entretanto, os significados que dotam a família de relevância e lhe atribuem responsabilidades permanecem inabaláveis, em razão dos papéis atribuídos à estrutura familiar. Isso porque a constituição familiar não é padronizada e nem padronizável, notável ressaltar para evitar a inerência da discussão ao senso comum.

Os laços sanguíneos não são os únicos fatores motivacionais para a constituição de uma família. Laços maiores podem ser identificados, como os que unem os filhos adotivos aos seus pais, união decorrente da construção de vínculos afetivos, suficientemente capazes de criar relações fraternais. Ainda em voga na atualidade, a adoção ainda é a opção de muitos casais, em decorrência de vários fatores, como a infertilidade ou, até mesmo, pela praticidade do mundo moderno e a necessidade sempre implícita da lógica da sobrevivência.

Em decorrência de contextos históricos que se modificam com o passar dos anos e dos aspectos culturais que particularizam diferentes nações, transformações ocorreram no âmbito familiar. Dessa forma, surgem novas tentativas de conceituação sobre a representação da família contemporânea, em virtude de tão distintas formas de organização que vem assumindo. Quanto às diferentes formas de organização familiar, destaca-se que:

Um novo mecanismo social marcará a nova configuração ético-sócio-histórica da família: a ideologia do “amor conjugal”. Essa ideologia, como forma positiva, ancora esperanças de expressão dos sentimentos e afetividade, agora “sagrados” do indivíduo, compondo espaço para a vivência do privado, da diferença e da intimidade, assim como da hierarquia (MATOS, 2000, p.17).

O ordenamento social capitalista delimita o estabelecimento de rotinas desenfreadas, o que acaba por personificar as relações sociais a serem estabelecidas, desenvolvidas em meio à praticidade do dia-a-dia e em consonância com a necessária sobrevivência humana. Uma prova dessa constatação são as relações assumidas e construídas pelos meios virtuais, verdadeiras comunidades unificadas por laços que muitas vezes representam um mundo imaginário e deveras superficial. Os meios virtuais são adotados como estratégia para o estabelecimento de relações, principalmente pela inexistência de tempo disponível para a constituição de um diálogo mais próximo e que designa intimidade. O medo também conduz essa opção tecnológica relevante, o medo do outro e do próprio estabelecimento de relações que delas decorram intimidade. É como se estivéssemos desaprendendo para apreender novas referências, fruto dos avanços e retrocessos decorrentes da globalização e dos meios tecnológicos que ganham destaque no cenário mundial. A globalização permite o advento da tecnologia de ponta e a sua expansão em solos onde impera o desenvolvimento.

Diante deste contexto histórico é impossível pensar família sem a discussão e a problematização da realidade, em suas diferentes nuances e tempos históricos. A família passou por mutações consideráveis, nunca foi constituída enquanto elemento inerte em nossa sociedade, pois suas transformações foram conduzidas pelos diferentes valores perpetuados socialmente. Hoje já foram rompidas importantes e fundamentais barreiras, e as conquistas deram origem a iniciativas, em alguns países, como a legalização da união entre pessoas do mesmo sexo e até mesmo a opção pela adoção se tornou uma possibilidade. Torna-se fundamental o reconhecimento da notável mobilização por parte da sociedade, identificada com o drama cotidiano vivenciado, em razão das diversas formas de preconceito. As organizações coletivas, como os movimentos sociais, ainda se encontram muito fragmentadas e segmentadas em prol de objetivos particulares e sem a unicidade necessária para a garantia de direitos universais. É uma divisão por gênero, etnia e principalmente pelas necessidades humanas, consideradas fundamentais para a sobrevivência, desde que em condições associadas à qualidade de vida e a estabilidade.

De certa forma, as diferenças começam a ser mais bem compreendidas e aceitas, devido às lutas incessantes empreendidas pelos negros, pelas comunidades indígenas, pelo movimento dos sem terra, pelas mulheres, pelos trabalhadores, etc. Resistir às formas

vexatórias de discriminação ainda é uma estratégia importante a ser adotada pela organização coletiva da sociedade, pois se constata a importância de suas conquistas e, dentre elas, o aparato da legislação. A efetivação da legislação é um dos objetivos perseguidos pela união coletiva das resistências, pois é sinônimo de garantias efetivas.

Se no campo dos direitos e das conquistas a mobilização social adquire extrema relevância, do ponto de vista da família, constata-se a falta de iniciativas e políticas públicas centralizadas no âmbito familiar. As iniciativas empreendidas pelo Estado focalizam-se no direito de segmentos específicos, mais especificamente, da criança, do adolescente, da mulher, distante de uma política voltada à família. As iniciativas do Estado passam a adquirir um caráter residual e individualista, pois a totalidade da “instituição” família tende a passar despercebida. Países como o Brasil, especificamente, atribuem e depositam na família papéis e funções que deveriam ser provenientes do Estado, como a proteção social de seus membros.

O Estado e a família desempenham papéis similares, em seus respectivos âmbitos de atuação: regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e dever de proteção e assistência. Tanto família quanto Estado funcionam de modo similar, como filtros redistributivos de bem-estar, trabalho e recursos (CARVALHO, 2003, p.267).

Países que investem mais em políticas e iniciativas destinadas a suas populações de um modo geral, não depositam somente na família as funções mencionadas anteriormente. Consequentemente, não sobrecarregam as famílias de responsabilidades referentes ao bem-estar de seus membros, como se fosse à única alternativa existente. Quando faltam recursos e investimentos destinados ao bem-estar e à qualidade de vida da população como um todo, o papel da família, como responsável da proteção social de seus membros, torna-se ainda mais complexo. É o caso de parte dos idosos que se tornam provedores financeiros de seus lares, em decorrência do desemprego que aflige significativa parcela populacional. Muitos assumem a provisão financeira familiar, pois gerações mais novas, como netos e filhos, enfrentam dificuldades em inserirem-se no mercado de trabalho. Deve-se atentar, entretanto, que esse provimento não garante ao idoso maior convívio e participação nas decisões familiares, pois mesmo nesta condição pode ainda ser alvo da discriminação e da violência. Toda essa participação na economia doméstica pode possibilitar também uma apropriação indevida do valor financeiro recebido, o que tolhe o idoso do usufruto de medicações necessárias, somente para mencionar um exemplo significativo.

É no ambiente e no convívio familiar que conflitos são superados como a perda do emprego, etc. Os vínculos afetivos, estabelecidos ao longo da existência de cada membro da

família, unificam-nos e possibilita que situações massacrantes e inviabilizadoras sejam superadas. Para os idosos que não possuem estabilidade nas condições de saúde, é necessário o estabelecimento e a manutenção de laços específicos, criando-se, dessa forma, novos papéis como o do cuidador. A velhice, quando acompanhada por uma debilidade acentuada, propagadora de limitações físicas que geram dependência para a realização de atividades diárias, exige cuidados redobrados a serem dispensados por profissionais capacitados e/ou pela família, que acaba por responsabilizar-se com a atenção a ser dispensada. A iminência da associação entre proteção social e organização familiar é expressa por Carvalho (2003, p.16) quando destaca a sua conexão com a cultura brasileira e a sua disseminação no meio social.

No Brasil, as sociabilidades sócio-familiares e as redes de solidariedade por elas engendradas nunca foram descartadas. É que elas foram e são, para as camadas populares, a sua condição de resistência e sobrevivência. A família alargada, o grupo de conterrâneos, por exemplo, são possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde [...]

Destaca-se que os textos legais direcionados à garantia de direitos, bem-estar e qualidade de vida dos idosos brasileiros, dirigem à família uma atenção particular quando mencionam a importância do convívio familiar intergeracional. Dentre estes documentos podem ser citados: a Política Nacional (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Ao mesmo tempo em que tais marcos legais valorizam o convívio e a participação do idoso no meio familiar e, conseqüentemente, no espaço doméstico, não mencionam a ausência de recursos e até mesmo de informação vivenciada pela família, em contrapartida a todas as responsabilidades depositadas.

A superação de conflitos e problemáticas que se desenvolvem no interior do contexto familiar faz com que a organização coletiva de seus membros busque alternativas e formas de enfrentamento. Em decorrência do processo natural de envelhecimento, com o passar dos anos, no interior da família, novos papéis são atribuídos: os pais deixam de garantir os cuidados necessários à sobrevivência de seus filhos para promover a educação dos netos; enquanto os filhos tornam-se os provedores da progressiva existência humana das figuras paternas. Mesmo não participando do processo produtivo, os idosos ainda são grandes garantidores do provimento financeiro e responsáveis pela renda mensal da família brasileira. Certamente porque o contexto histórico do qual fizeram parte permitia a inserção no mercado de trabalho, através de garantias mais seguras da tão sonhada estabilidade empregatícia. Hoje, os índices de desemprego, embora em constante queda, ainda se fazem presentes no cenário atual do mercado de trabalho. As necessidades humanas ainda são vislumbradas através da

promoção dos mínimos sociais, enquanto a provisão social básica encontra-se se distantes da realidade dos cidadãos (PEREIRA, 2008).

Sobre a constituição familiar, datada de diferentes tempos históricos, ressaltam-se características como as atribuições designadas a homens e mulheres, que permitiram uma diferenciação entre gênero masculino e feminino. Provedor do lar, o homem sempre encontrou mais facilmente espaço no mercado de trabalho, enquanto cabia à mulher a educação dos filhos e a manutenção do ambiente doméstico. Às crianças não foi atribuída tamanha significação, como na atualidade. Os filhos da burguesia eram submetidos a situações embaraçosas e que deixavam marcas identitárias em suas vidas, como a atribuição dos cuidados, as nutrizes e até mesmo o infanticídio tolerado datado de sociedades antigas e que remontam os princípios da humanidade. A intimidade foi uma característica preservada por diferentes gerações, sendo que o espaço domiciliar permaneceu recluso e bastante íntimo, em nome da manutenção da moral e dos bons costumes.

Através de questionamentos sobre as grandes transformações na família, pode-se constatar também a relevância da questão social e de suas ramificações sociais, fundamentais à perpetuação do sistema capitalista. Para a leitura da realidade é fundamental a compreensão de uma totalidade articulada, pois os fatos históricos condicionam modos de vida e interferem nas relações sociais e não seria diferente com a constituição familiar. Novos valores sociais são construídos e aceitos pelo conjunto da sociedade e passam a fazer parte do imaginário popular, permitindo a construção de julgamentos e a formulação de pré-concepções, determinando o nível de aceitabilidade e pertencimento de grupos sociais e dos indivíduos. A aceitação social é condição para a inserção na sociedade de consumo, como exemplo, a garantia de vínculos empregatícios, mesmo que instáveis, e a condição de consumidor, passaporte para a obtenção de condições de vida e de formação de relações em sociedade. Estar fora do sistema capitalista de consumo significa estar a mercê das mazelas empreendidas pelo capital e que constituem a população “sobrante”, como são reconhecidos os que não possuem condicionantes para prover os mínimos de renda (CASTEL, 2008). A família é pensada como mecanismo de proteção social, sendo que também lhe são disponibilizados benefícios caritativos como a garantia de uma renda mínima.

Problematizar a totalidade social, que permeia e determina as particularidades do âmbito familiar, é fundamental para a formulação de hipóteses e o desenvolvimento de afirmações. Na atitude de desvendar as contradições presentes no contexto histórico atual, constata-se os meandros que envolvem a organização familiar e que perpassam as diferentes concepções estabelecidas, seja pelo ordenamento social capitalista seja pela organização

coletiva fomentadora da resistência. A família é compreendida do ponto de vista da sua centralidade, esteja ela voltada para a perpetuação do sistema vigente ou como garantia de estabilidade, solidariedade e proteção nos contextos de crise econômica, neste caso viabilizadora da superação de conflitos e dificuldades.

Quem se identifica com a família? Principalmente os conservadores, partidários da restauração de uma ordem estabelecida, centrada em torno da família, de um retorno a um antigo regime idealizado, como também os liberais, que nela veem a garantia da propriedade privada, da ética burguesa da acumulação e, igualmente, o garante de uma barreira contra as intervenções do Estado. Nas organizações de massa, a família passa a constituir o obstáculo contra o qual as críticas se apagam, o ponto de apoio a partir do qual se lançam as reivindicações para a defesa da vida (DONZELOT, 2003, p.11).

Um dos condicionantes que propicia e delimita o estabelecimento de relações sociais, o trabalho, através destas contribuições reflexivas, é reconhecido enquanto categoria central, que nos diferencia dos outros seres vivos e permite as trocas sociais, a mais conhecida delas, a compra por parte do proprietário dos meios de produção, da força de trabalho e a sua submissão a atividades e tarefas alienantes.

Diferentemente dos outros seres vivos, o indivíduo realiza projeções sob determinadas atividades que garantirão à produção e o seu entendimento sobre o processo e os ganhos futuros. Da mesma forma que participa do processo produtivo, o homem atribui sentido as suas ações e busca satisfazer suas necessidades. Quando estas necessidades não se resumem apenas à criatividade, mas a um conjunto de condicionantes que garantem a sobrevivência humana, reporta-se a um processo de venda e troca, fundamental para a manutenção do sistema capitalista. Somente através do trabalho, o homem transforma a natureza e, ao mesmo tempo, não permanece inerte quando atribui sentido e finalidade a esse processo e aos seus resultados, previstos em sua imaginação e projetados por seu intelecto.

A inserção no mercado formal de trabalho é condição imposta pela sociedade aos proprietários da força de trabalho, que tendem a se submeter a rotinas degradantes e cargas horárias elevadas, em razão do provimento financeiro e econômico da estabilidade familiar, conservação dos valores e costumes. No momento em que dedica grande parcela de seu tempo às grandes corporações empregatícias, o trabalhador abdica do lazer e do convívio com os seus, pois tende a se autoculpabilizar pelos momentos em que se dedica ao ócio, comprometendo-se psicologicamente apenas com as atribuições impostas pela corporação. Portanto, a família pode ser compreendida como uma importante organização coletiva e também como elemento partícipe desse ordenamento social, que é determinada e padronizada

pela vida em sociedade. Destaca-se a necessidade da criação e efetivação de políticas sociais que destinem suas finalidades e objetivos à proteção no âmbito familiar, sem fragmentações por gênero, idade, etnia, etc.

6.2 FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Ressalta-se o caráter contraditório da família, pois ao mesmo tempo em que é um mecanismo utilizado pelo Estado para a isenção de suas funções, ainda pode ser compreendida como a união tão necessária do coletivo, que luta e forja estratégias de resistência. Por isso, é fundamental a intervenção direcionada à organização familiar, pois é na família que vínculos são construídos e identidades são constituídas. A inexistência de vínculos familiares pode ocasionar até mesmo a morte, seja esta social ou física, pois gera a solidão e o aparecimento de patologias psíquicas, como a depressão. Dessa maneira há duas etapas da vida em que o convívio familiar é estritamente necessário: a infância e a senectude (velhice), quando associada à diminuição da independência. Nessas duas etapas da existência humana, tanto crianças quanto idosos necessitam de referências familiares, fundamentais a própria sobrevivência humana. A família, em ambos os casos, tende a condicionar o prolongamento da vida. No caso da infância, pela necessária construção de vínculos afetivos e pela manutenção de cuidados necessários, a educação tem papel fundamental nesse processo para a própria formação da identidade humana. Já do ponto de vista do idoso, principalmente nas situações associadas à dependência física, os vínculos familiares são estritamente importantes, pois, além da garantia da sobrevivência, permitem a formulação de novas expectativas de vida que promovem o prolongamento existencial. A solidão, como já mencionado, associa-se a um risco maior de institucionalização do idoso, ao agravamento de patologias e, conseqüentemente, à finitude existencial. Dessa forma, como destaca Zimmerman (2000, p.51),

Devemos, no entanto, considerar quem é a família do velho. Para um bebê, a família pode se resumir ao pai e à mãe. Para um adolescente, ela será ampliada, acrescentando-se irmãos, tios, avós, primos, etc. O mesmo acontece para o adulto jovem. À medida que vamos envelhecendo, vemos a família se alterando e, em especial, a posição de cada membro dentro dela. Os papéis vão se modificando e a relação de dependência torna-se diferente. Para o velho, a família passa a ser os filhos, os netos, os bisnetos e os outros parentes de idades inferiores à dele. Ele, que já teve filhos sob seu cuidado e dependência, agora é quem necessita de assistência e torna-se mais dependente.

O aumento gradativo da expectativa de vida é um fenômeno em expansão e pode ser concebido como um dos condicionantes que incide sobre a organização familiar e lhe designa particularidades. Em razão do aumento da expectativa de vida, como mencionado anteriormente, destaca-se o crescimento do número de famílias multigeracionais. Ressalta-se a incidência do convívio intergeracional, considerando as tendências de coabitação entre vários segmentos etários (MACHADO; PORTO; 2010). O acelerado crescimento da população a partir dos 60 anos, em países como o Brasil, permite atentar para a importância desse dado quanto à consolidação dos índices de desenvolvimento social. Um dos fatores determinantes para a concretização dessa realidade têm sido a construção e efetivação de políticas públicas que contemplem o bem-estar e a saúde física dos idosos. Certamente essas iniciativas não se estendem a toda a população, pois a participação em programas que privilegiam a manutenção da qualidade de vida é destinada a pessoas portadoras de condições físicas, que as habilitam a realizar atividades cotidianas. Idosos ativos possuem mais facilidade de participar de abordagens coletivas (grupos), realizadas por comunidades, municípios, organizações do terceiro setor, universidades, centros paroquiais etc.

O prolongamento existencial, associado à qualidade de vida, torna-se consequência de hábitos saudáveis, dos cuidados com a saúde, do convívio e está associado também à história de vida de cada sujeito. O convalescer é um dos condicionantes para todos aqueles que almejam prolongar a existência humana, mas até mesmo os processos de convalescença podem ser ministrados por atendimentos médicos de qualidade e por programas de prevenção e tratamento de patologias, principalmente as doenças crônico-degenerativas, que tendem a ser mais constantes nessa etapa da vida.

O convívio com a família é fundamental para o idoso como para qualquer ser humano, mas necessita ser garantido, como preconiza o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), pois ainda está distante da vivência cotidiana de muitos lares brasileiros. Apesar de possuir experiência significativa, os idosos, muitas vezes, são relegados ao esquecimento, em decorrência de uma concepção pré-estabelecida e propagada sobre o fenômeno do envelhecimento populacional. Com o prolongamento existencial, consequência desse crescimento da população idosa, os avós podem vir a desempenhar um papel importante no que se relaciona à educação dos netos e à provisão dos recursos financeiros no âmbito familiar.

Os governos, na figura do Estado, e a sociedade atentaram tardiamente para o aumento da expectativa de vida, fenômeno mundial. A leitura fragmentada dessa realidade não garante a efetivação e a extensão da garantia de direitos a todos os idosos. Os idosos e familiares que

vivenciam um processo de sofrimento, ocasionado pela convalescença, não recebem a atenção adequada que a gravidade e a complexidade da situação exigem. São designados, dessa forma, funções como a do “cuidador”, exercida por um ou mais membros da família que destinam boa parte do tempo à manutenção de cuidados, algumas vezes, precários pelo desconhecimento sobre procedimentos e técnicas e pela complexidade do próprio processo de adoecimento. A vivência desse processo para o idoso e para a família pode gerar um “desgaste” físico e mental, principalmente, quando as condições financeiras não correspondem à realidade e à necessidade de dar continuidade a um acompanhamento médico específico, que demanda zelo, consultas frequentes, avaliações e tratamentos medicamentosos.

As famílias chefiadas por idosos são cada vez mais comuns, exemplificando, as figuras dos avós que adquirem judicialmente a guarda definitiva dos netos e acabam provendo todas as condições que lhes garantem a formação social – transformações que impuseram à família mudanças significativas nas suas formas de organização. Se antes à mulher era imposta a submissão ao convívio com o lar, na contemporaneidade ela assume a chefia da família provendo as condições de vida dos seus membros. Logicamente que mediante a problematização dessa realidade, constata-se a pressão exercida sobre a figura materna, que passa a realizar tarefas diversas, além da educação dos filhos e das atividades domésticas, a necessária inserção no mercado formal de trabalho e o aumento de responsabilidades. Consequentemente predomina no imaginário feminino o surgimento de novas preocupações, pois além das atribuições do papel de mãe e dona do lar, a mulher passa a exercer a função de provedora dos recursos financeiros indispensáveis à sobrevivência humana. À figura paterna são designadas também novas tarefas como a educação dos filhos e a realização de atividades domésticas, em razão do desemprego e da presença mais ostensiva do pai no espaço domiciliar.

A realidade vigente permite a reflexão sobre a organização familiar, a partir de uma construção coletiva da sociedade. Reitera-se que não há concordância com uma visão padronizada de família, que lhe atribui um modelo específico, pois compreende-se as suas formas de organização através de transformações. No campo dos direitos, um cenário de conquistas necessita ainda ser consolidado. Constata-se a sua relevância enquanto coletivo e a sua força como fator motivacional para a organização dos movimentos de resistência. Apesar dos controversos significados atribuídos à família, no que concerne às premissas de sua ruína ou da atribuição de sua centralidade na contemporaneidade, essa importante organização

coletiva permanece no meio social em diferentes roupagens, perante críticas ou enquanto sinônimo de zelo e proteção.

6.3 PROTAGONISMO DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO IDOSO

A convivência com o limiar entre independência/dependência é uma realidade vivida por muitos idosos, principalmente aqueles que se encontram em idade mais avançada. Não é tão somente neste momento da vida que o ser humano necessita estabelecer relações e sentir-se pertencente ao meio em que vive. Durante todas as etapas da existência humana, o convívio e o sentimento de pertencimento são essenciais para a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo. Entretanto, principalmente durante a infância e a velhice em seu estágio mais avançado, a família torna-se uma referência fundamental para crianças e idosos. A família é uma das formas de organização coletiva que possibilita o estabelecimento de relações. A organização familiar é responsável, em muitos casos, pela criação e manutenção de um vínculo de solidariedade que possibilita a superação de obstáculos vivenciados pelos seus membros.

No que se refere à família, durante o período de hospitalização, esta referência, pode vir a posicionar-se sobre o futuro do idoso após a internação. Ao longo da velhice e do processo de adoecimento do familiar idoso, a família, em muitos casos, tem representado um importante alicerce. É muitas vezes a família que zela e presta todos os cuidados indispensáveis à manutenção e perpetuação da vida do idoso, através de apoio financeiro, do convívio, da realização de ações preventivas e curativas. Constata-se uma centralidade nas ações destinadas a idosos dependentes ou semidependentes na figura da família, que é responsabilizada e julgada pelo tratamento dispensado ao seu familiar, sendo que, em alguns casos, não possui condições de arcar com os custos desse processo tão complexo, em todas as esferas.

A família, em virtude da fragilização decorrente da diminuição da independência do idoso, pode formular uma resposta imediata frente à redobrada necessidade de atenção e cuidados, que em muitos casos materializa-se na institucionalização do idoso em espaços de longa permanência. A inexistência ou a precariedade de condições financeiras induz a família a buscar a institucionalização em espaços praticamente inoperantes ou a limitação a cuidados

superficiais perante a necessidade de assistência médica. Evidencia-se através da seguinte representação quem foram os familiares entrevistados pelo estudo.

Idosos(as)	Familiar Entrevistado(a)
Sujeito 01	Filho
Sujeito 02	Filha
Sujeito 03	Filha
Sujeito 04	Filho
Sujeito 05	Esposa
Sujeito 06	Filha
Sujeito 07	Esposa
Sujeito 08	Irmã
Sujeito 09	Filha
Sujeito 10	Irmã
Sujeito 11	Filha
Sujeito 12	Filha
Sujeito 13	Filha
Sujeito 14	Filha
Sujeito 15	Filha

Quadro 3 – Familiares Entrevistados

Fonte: Pesquisa “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”

A hospitalização pode representar para a família uma oportunidade de estabilidade, devido aos tratamentos despendidos para com o idoso. Tratamentos estes, que estão relacionados à segurança, ao zelo, ao convívio, à saúde e principalmente, à atenção das equipes de saúde. Destaca-se, quanto às características dos familiares entrevistados, uma preponderância de pessoas do sexo feminino, filhas e esposas, em comparação à incidência de pessoas do sexo masculino que responderam ao formulário. Ressalta-se, portanto, a preponderância do cuidado assumido pelas mulheres para com seus familiares idosos, realidade que se justifica por aspectos culturais e principalmente pelo papel historicamente atribuído à mulher de cuidar dos filhos e administrar os serviços domésticos, apesar de ocorrerem transformações significativas quanto a essa realidade, como a inserção feminina no mercado de trabalho e a questão do provimento financeiro familiar. A mulher passa a assumir o papel de “chefe de família”.

A dependência do idoso, devido ao adoecimento, pode acarretar a diminuição da independência e a perda progressiva da capacidade funcional. Essa diminuição da independência também deve ser pensada sobre o prisma da qualidade de vida, apesar do nível de complexidade desta situação específica. Nesses casos, torna-se imprescindível a manutenção de cuidados especiais geralmente despendidos pela família. Diante da complexidade do período de hospitalização, 87,1% dos idosos entrevistados referiram considerar suas relações familiares satisfatórias. Em decorrência de o estudo valorizar a opinião e os depoimentos dos familiares sobre o período de hospitalização do idoso, os mesmos demonstraram participar significativamente da hospitalização. Os idosos entrevistados recebiam o apoio familiar ao longo da internação. Realidade que comprova o reconhecimento e a satisfação dos idosos com suas relações familiares.

Ao longo do período de hospitalização, a presença da família contribui não só com a manutenção de cuidados essenciais, quanto com a possibilidade de serem formuladas pelos idosos novas expectativas em relação ao tratamento. Todos os idosos entrevistados manifestaram, através de depoimentos, a importância da permanência de seus familiares durante a hospitalização compreendida principalmente enquanto um “estímulo”. Os familiares que fizeram parte do estudo demonstraram participar ativamente do período de internação dos idosos, como também manifestaram as formas de organização referentes ao período pós-hospitalar.

Apesar de conquistas como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), os familiares relataram através de seus depoimentos o desconhecimento, ou o conhecimento parcial, do conteúdo da legislação destinado a população idosa. Este é um dado que preocupa, na medida, em que novas conquistas poderão ser efetivadas a partir do conhecimento da população dos seus direitos e do que ainda necessita ser realizado. Todas as conquistas consolidadas até o presente momento foram fruto de uma intensa mobilização social dos próprios idosos por verem seus direitos e demandas reconhecidos.

Não apenas os idosos atribuem significados tão positivos à hospitalização, os familiares também manifestaram sentirem-se seguros com a internação. Essa realidade vincula-se também ao total desconhecimento que possuem sobre iniciativas destinadas a idosos dependentes e semidependentes. Os aspectos positivos relacionados à hospitalização, mencionados pelos familiares, associam-se principalmente aos cuidados despendidos pelas equipes médicas, por profissionais especializados, muitas vezes superando a importância atribuída aos espaços domésticos.

Aqui assim é uma tranquilidade. A gente acha que está em boas mãos. Não tem problema. A gente fica mais sossegado do que ela estar em casa. A gente acha que às vezes não vai dar tempo de socorrê-la. A gente fica mais tranquila quando ela está aqui (Familiar 02).

Constata-se a existência de uma relação realizada pelos familiares entre o adoecimento e a idade, que se manifesta nas falas através da naturalidade com que o processo de hospitalização é compreendido. Muitos familiares convivem há bastante tempo com o processo de adoecimento do idoso e, por isso, possuem uma compreensão mais ampliada da situação.

Apenas um dos idosos entrevistados não convivia diretamente com a família em razão de residir em uma instituição de longa permanência. Todos os outros familiares relataram participar significativamente da vida do seu familiar idoso mediante uma convivência direta. Essa convivência estendeu-se em todos os casos ao período de hospitalização e contribuiu para um entendimento bastante semelhante sobre o período de internação para idosos e familiares. Ressalta-se outras falas que demonstram a importância atribuída à hospitalização pelas famílias que a descrevem como algo positivo.

Eu não posso me queixar. Tem gente que se queixa, mas eu não me queixo. O doutor marcou a urgência com o cirurgião. Eu achei o processo todo muito “atencioso”. Aí não tinha médico para marcar aquele dia, mas foi indicado um outro médico que foi bastante atencioso com a nossa família. Ele já examinou ele, já fez a baixa e já internamos ele à tarde. O atendimento tem sido muito bom e a equipe tem nos auxiliado bastante (Familiar 04).

Na fala observa-se a naturalização da familiar em relação à hospitalização e ao tratamento despendido pela equipe de profissionais, em detrimento da própria gratidão e da ausência de outras iniciativas. Percebe-se também, como mencionado anteriormente, um desconhecimento referente aos direitos da população idosa que acabam sendo transformados em benefícios.

No que se refere à organização da família, quanto ao período pós-hospitalar, evidencia-se a existência de entendimentos bem distintos sobre esta etapa. Como muitos idosos mantiveram a estabilidade de suas condições de saúde no período da internação, boa parte dos familiares relatou não haver necessidade de outro planejamento, senão o habitual, no período posterior à hospitalização.

Como ele ficou internado diversas vezes nós já possuímos uma noção do que ele necessita, principalmente com relação à alimentação. Ele permanece internado, porque ele está recebendo um antibiótico. No momento em acabar a dosagem da medicação ele retornará para casa. Daí já volta à rotina dele novamente. Ele começa a tomar o banho dele e a realizar a higiene dele novamente. Tem um irmão nosso que dorme na casa com ele e toma todos os cuidados necessários (Familiar 07).

A frequência com que são realizadas as hospitalizações em idosos, como comprovado por diversas pesquisas, acaba por determinar um conhecimento sobre o processo de hospitalização. Nesses casos, o planejamento da família frente à alta hospitalar é concretizado em todas as hospitalizações, não necessitando de novas organizações. Entretanto, ressalta-se que o agravamento das condições de saúde do idoso pode gerar a necessidade de um novo planejamento e organização familiar.

Embora em algumas situações seja descartada a necessidade de serem ministrados cuidados especiais, sinaliza-se o entendimento de alguns familiares de que o período pós-hospitalar possa exigir a contratação de um cuidador. Geralmente, este tipo de alternativa só é pensada pela família quando o processo de hospitalização do idoso está associado a um agravamento de sua condições de saúde, gerando muitas vezes limitações. Em alguns casos os familiares são idosos que acabam por cuidar também de idosos, realidade que pode sinalizar a necessidade da contratação de uma pessoa capacitada. “Ele continuará morando comigo e com os filhos. Caso a situação se agrave, meu filho falou sobre a possibilidade de contratar uma pessoa para cuidar dele. Eu estou velha também para assumir tudo isso” (Familiar 05).

Tendo em vista os significados atribuídos pela família à hospitalização reforça-se novamente a ideia de que iniciativas precisam ser formuladas e materializadas em matéria de qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Estas ações devem estender-se às famílias, por meio da socialização de informações e de experiências, como as iniciativas já existentes, como as abordagens grupais. A família merece uma atenção maior que pode vir a ser consolidada por uma maior intensidade protetora do Estado, materializada através de políticas públicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da realização de processos investigativos torna-se evidente pela necessidade de se conhecer/reconhecer aspectos que envolvem uma realidade tão dinâmica e flexível. Transformações ocorrem cotidianamente sejam microrrevoluções ou alterações significativas no contexto mais amplo. Os resultados de inúmeros estudos permitem o desvendamento das mudanças que sinalizam muitas vezes novos horizontes.

O envelhecimento populacional configura-se como uma das muitas transformações societárias. O aumento da expectativa de vida elevou consideravelmente o número de idosos em nível mundial. Projeções apontam para um crescimento ainda maior e mais acelerado da população a partir dos 60 anos no Brasil. Sinônimo de conquista, o envelhecimento da população ainda carece de mais iniciativas voltadas para o bem-estar e a qualidade de vida desta faixa etária. Para que esses objetivos sejam concretizados é indispensável uma maior participação do Estado na vida deste segmento populacional, através da materialização de políticas públicas emancipatórias.

Destacam-se conquistas como: a Constituição Federal (BRASIL, 1988); a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994); a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Também se evidencia a existência de desafios a serem superados como a materialização de iniciativas destinadas, sobretudo, aos idosos que já possuem certo grau de dependência ou semidependência. Os idosos enfrentam e ainda sofrem com a reprodução do preconceito manifesto no meio social. O preconceito atribui à velhice conotações como a inatividade, o isolamento e a incapacidade. Entretanto, destaca-se que a velhice é uma etapa da vida bastante heterogênea e que, por esse motivo, não pode ser alvo de uma concepção pré-estabelecida que lhe atribua um significado bastante restrito e, em alguns casos, pejorativo.

Os idosos que convivem com limitações, oriundas do desenvolvimento de patologias, encontram-se em uma situação ainda mais vulnerável. As iniciativas voltadas aos idosos dependentes e semidependentes são mais escassas em relação àquelas que se destinam a qualidade de vida e ao bem-estar de idosos saudáveis. Essa ausência de alternativas acaba por supervalorizar o processo de hospitalização, pois este é reconhecido como a principal resposta ao adoecimento. A hospitalização centraliza as perspectivas do paciente idoso quanto à melhoria de suas condições de saúde. Essa escassez de iniciativas possibilita não só que a

hospitalização adquira uma centralidade na vida dos idosos como o próprio adoecimento, que passa a ser central para a existência dos sujeitos.

O convívio com o adoecimento e com as limitações fez com que os idosos entrevistados no estudo manifestassem em sua maioria a total ausência de projeções futuras. A dificuldade em almejar novas perspectivas não tem uma relação só com o adoecimento, como também com a idade já mais avançada. Poucos foram os depoimentos em que sonhos e planos foram evidenciados pelos entrevistados. A ausência de perspectivas de vida pode estar associada à ainda incipiente materialização de outras ações, destinadas ao bem-estar dos idosos mais fragilizados pelo adoecimento. Objetivos, planos e perspectivas futuras dependem de certa autonomia e independência, de que muitas vezes esses idosos não dispõem.

Quanto às características dos sujeitos do estudo, 46% possuem de oitenta e um a noventa anos; mais da metade dos entrevistados reside com os filhos. Esse fato comprova a incidência significativa da viuvez na vida dos sujeitos, sendo que a maioria são mulheres. Quanto à renda destaca-se a escassez das condições econômicas dos entrevistados, sendo que 40 % recebem apenas um salário mínimo. No que se refere à escolaridade, 67% não foram alfabetizados ou possuem apenas o Ensino Fundamental Incompleto.

Apesar de serem realizadas referências a atividades de lazer durante o período anterior à hospitalização, quando questionados sobre a concepção que possuíam sobre saúde, os sujeitos da pesquisa a vincularam apenas à cura de patologias, ao desenvolvimento do tratamento e ao uso de medicações. Essa visão bastante conservadora sobre saúde contribui para a atribuição de tamanha centralidade à hospitalização. O que mais intriga e suscita questionamentos, após o término da coleta de dados, são os depoimentos dos idosos referentes ao significado da hospitalização em suas vidas. A maioria dos entrevistados associou a hospitalização ao convívio, ao estabelecimento de relações, à segurança e ao pertencimento. Significados bem distantes de uma visão mais global da sociedade, que tende a associar a hospitalização como um momento de fragilidade para o paciente em virtude da vivência do adoecimento.

O sentido que adquire a hospitalização na vida da maioria dos idosos entrevistados resulta, assim como a ausência de projeções futuras, da necessidade de serem formuladas políticas públicas destinadas ao bem-estar de idosos dependentes ou semidependentes e de seus familiares. Ainda sobre a hospitalização destaca-se a ocorrência de reinternações frequentes por parte dos idosos, principalmente aqueles que possuem idade mais avançada e que convivem com o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Essa é a realidade

dos idosos entrevistados, 67% manifestaram a ocorrência de diversas internações na mesma instituição.

No que se refere à família, esta importante forma de organização coletiva também fez parte do estudo. Considerou-se fundamental o entendimento da família sobre o processo de hospitalização do idoso. Foi imprescindível verificar o planejamento construído pela família referente ao período pós-hospitalar, como a necessidade da contratação de um cuidador e a manutenção de cuidados redobrados.

Por fim, até o presente momento o estudo demonstrou que muito ainda necessita ser realizado para garantir o bem-estar da população idosa, mais especificamente nos casos em que os sujeitos vivenciam períodos de hospitalização com mais frequência. Promover melhorias nas condições de vida e de saúde do idoso requer o conhecimento da população sobre os seus direitos e a superação de uma concepção ainda bastante tradicional sobre a saúde centralizada na doença. A qualidade de vida do idoso poderá ser materializada a partir de novas perspectivas, concretizadas através de ações e iniciativas que culminarão, conseqüentemente, com a objetivação de projeções futuras formuladas pelos próprios idosos.

A sistematização apresentada representa a finalização de uma etapa da formação acadêmica. Essa sistematização só foi possível de ser realizada em razão da disponibilidade dos responsáveis pelas instituições e pelos depoimentos de idosos e familiares, que se dispuseram a expressar sua opinião e compreensão sobre a velhice, a saúde, a doença, a hospitalização, as relações familiares e o cotidiano. Destaca-se a necessária construção e consolidação de novos estudos, sobretudo sobre a velhice associada ao adoecimento e à dependência ou semidependência. Este trabalho proporcionou à mestranda uma sagacidade ainda maior em prosseguir nas investigações sobre o envelhecimento populacional. Destaca-se a importância da materialização das iniciativas existentes, como o atendimento domiciliar e a necessária concretização de novas propostas que possibilitem o convívio familiar, assim como, ações destinadas a socialização de informações para família e comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vera Lúcia Valucchi de. Modernidade e velhice. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 75. São Paulo: Cortez, 2003.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento, contexto social e relações familiares: o idoso, de assistido a provedor da família**. 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social. PUCRS, Porto Alegre, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BATISTA, Analía Sacia. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

BAUER, M. W e GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERZINS, Maria Anselmo Vieira da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 75. São Paulo: Cortez, 2003.

BOAVENTURA, Edivaldo M.. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2009.

BORN, Tomiko. Cuidado ao idoso em instituição. In: MORAGAS, Ricardo de. **Gerontologia social: qualidade de vida e envelhecimento**. São Paulo: Paulinas, 2004.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm. Acesso em: 9 nov. 2009.

BRASIL. Lei. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Institui o Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/suramerica/brasil/salud/Sistema_Unico_de_Salud.pdf. Acesso em: 9 nov. 2009.

BRASIL. Lei. 8842, de 4 de Janeiro de 1994. Institui a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>. Acesso em: 9 nov. 2009.

BRASIL. Portaria 1395/GM, de 10 de Dezembro de 1999. Institui A Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>. Acesso em: 9 nov. 2009.

BRASIL. Lei. 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Institui o Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 9 nov. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Costa. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

BULLA, Leonia Capaverde; MENDIONDO, Maria Silvana Zazzetta. Idoso, vida cotidiana e participação social. In: DORNELLES, Beatriz; TERRA, Newton Luiz (Orgs.). **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

BULLA, Leonia Capaverde; SANTOS, Geraldine; PADILHA, Leni. Participação em atividades grupais. In: DORNELLES, Beatriz; TERRA, Newton Luiz (Orgs.). **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 2003.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993**.

CÍCERO, Marco Túlio. **Saber Envelhecer**. São Paulo: Editora LPM, 2000.

COSTA, Maria Dala Horácio. O trabalho nos serviços de saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

COSTA, Camilla Oleiro da. **Aposentadoria e qualidade de vida**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina. PUCRS, Porto Alegre, 2010.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Envelhecimento e dependência. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

DUTRA, Michel Machado. **Identificação do idoso sob risco de hospitalização no programa saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica e Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, PUCRS, 2007, Porto Alegre.

FARIA, Mara de Mello. O idoso na legislação brasileira. In: MORAGAS, Ricardo de. **Gerontologia social: qualidade de vida e envelhecimento**. São Paulo: Paulinas, 2004.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: MORAGAS, Ricardo de. **Gerontologia social: qualidade de vida e envelhecimento**. São Paulo: Paulinas, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

GROSSI, Patrícia Krieger; GUILAMELON, Lucimari Frankenberg; HILLEBRAND, Marinez Domeneghini. Enfrentando o burnout de cuidadores de idosos: uma estratégia para a prevenção da violência. In: BULLA, Leonia Capaverde; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. **Convivendo com o familiar idoso**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

GUILAMELON, Lucimari Frankenberg. Interdisciplinaridade na saúde do idoso. In: LAFIN, Silvio Henrique Fillippozi. **Pelos caminhos da gerontologia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela Iamamoto. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese dos Indicadores Sociais. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

KUNZLER, Rosilaine Brasil. **A ressignificação da vida cotidiana a partir da aposentadoria e do envelhecimento**. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2009.

LAFIN, Silvio Henrique Filippozzi. **Pelos caminhos da gerontologia**. Porto Alegre: Evangraf, 2007.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida. **Repensando o cuidado frente a uma sociedade que envelhece**. São Paulo: Paulinas, 2009.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. O idoso e a família. In: MORAGAS, Ricardo de. **Gerontologia social: qualidade de vida e envelhecimento**. São Paulo: Paulinas, 2004.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. **O envelhecimento**. São Paulo: Contexto, 2000.

MACHADO, José Mário Tupinã. **Tomada de decisão na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado**. 2006, 103f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, PUCRS: Porto Alegre, 2006.

MACHADO, Selma Suely Lopes; PORTO, Tainá de Sá. **Transversalidades de gênero e geração na família contemporânea: indagações preliminares sobre trajetórias femininas em famílias extensas de Belém-PA**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

MARCONI Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, Marlise. **Reivencões do vínculo amoroso: cultura e identidade na modernidade tardia**. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2000.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MERCADANTE, Elisabeth F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 75. São Paulo: Cortez, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: HUCITEC, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: 2006.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social.** São Paulo: Cortez, 2007.

MORAGAS, Ricardo. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida.** São Paulo: Paulinas, 2004.

NERI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: SESC, 2001.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 1999.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

OLIVEIRA, Eduardo Barreto de. O idoso e a previdência social. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento.** Áustria: Viena, 1982.

PAZZINATO, Maria Cristina. **Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e sua necessidade de cuidados após a alta.** 2003. 94 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2003.

PEIXOTO, C. **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política social: temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

PORTAL HUMANIZA/SUS. Política de Humanização da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342. Acesso em: 9 nov. 2009.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social.** 2003. 251f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2003.

REIS, Carlos Nelson dos. **O sopro do minuano: transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

SAYEG, Mário Antônio; MESQUITA, Regina Ângela. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SCHAURICH, Rosângela Mori. **Autonomia x dependência no idoso com idade avançada: influência do ambiente familiar.** 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2004.

SCOTT, R.P. Famílias sem casais e a diversidade conjugal no Brasil. **Revista de Estudos Interdisciplinares**, ano 3, n. 2, Rio de Janeiro, 2001.

TERRA, Newton Luiz; DORNELLES, Beatriz. **Envelhecimento bem-sucedido.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

TOURAINÉ, Alain. **Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje.** Petrópolis: Vozes, 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e políticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

VERAS, Renata P. A longevidade da população. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 75. São Paulo: Cortez, 2003.

WAJNMAN, Simone; OLIVEIRA, Ana Maria de. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

WELFER, Márcia. **Causas de internação em uma unidade geriátrica de um hospital terciário na região metropolitana de Porto Alegre/RS.** 2007. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2007.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando o Projeto de Pesquisa intitulado “Implicações do Processo de Hospitalização no Cotidiano e nas Relações Familiares do Idoso”, que tem por objetivo analisar as transformações que o processo de hospitalização do idoso pode ocasionar no cotidiano do sujeito e de sua família. Em razão da complexidade do período de internação e a necessidade de serem formuladas estratégias para superar dificuldades, vivenciadas principalmente no período pós-hospitalar, justifica-se a importância desse estudo. Para tanto, considera-se fundamental a expressão oral de pacientes idosos e familiares que vivenciam o processo de hospitalização e que, dessa forma, possam contribuir com a temática investigada.

O presente estudo subsidiará a realização do mestrado em Serviço Social, da mestranda Ana Paula Fabbris Andreatta pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, orientada pela Profa. Dra Leônia Capaverde Bulla, e pode contribuir para a realização de novas pesquisas e, de alguma forma, fomentar a materialização de iniciativas que contemplem este segmento populacional, em crescente expansão, visto que a população a partir dos sessenta anos é a que mais cresce em nível mundial.

A participação nesta pesquisa não oferece risco ou dano à pessoa entrevistada. Se no decorrer da pesquisa o (a) participante resolver não mais continuar fazendo parte do estudo terá toda a liberdade de fazê-lo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. No caso de o entrevistado (paciente idoso) não conseguir assinar o presente termo, um familiar e/ou cuidador poderá fazê-lo.

A mestranda em Serviço Social, Ana Paula Fabbris Andreatta, se compromete a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento através do telefone (51) 92383185 ou com a Profa. Dra. Leônia Capaverde Bulla, orientadora do Projeto, através do número (51) 33203500, ramal 4114, contato do Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais. Questionamentos e dúvidas também podem ser esclarecidos com o Comitê de Ética da PUCRS, através do número 33203500, ramal 3345.

Tendo ciência da importância deste estudo, tanto para a sociedade quanto para os idosos e seus familiares, e estando devidamente informado(a) sobre os aspectos da referida pesquisa, por meio do Termo de Consentimento concordo em participar da mesma.

Assinatura do Participante

Assinatura da Mestranda

Porto Alegre, ____/____/ 2010.

APÊNDICE B - Formulário de Pesquisa Para o Idoso

FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA O IDOSO**Dados de Identificação**

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Fone: _____

Estado Civil: **Solteiro(a)** **Casado(a)** **Separado(a)** **Viúvo(a)** **Outro(a)** _____**Possui filhos: () Sim () Não****Como são suas relações familiares?** **Satisfatórias** **Insatisfatórias** **Não mantém relações familiares****Com quem reside:** **Sozinho** **Com cônjuge/companheiro(a)** **Com filhos** **Com filhos e netos** **Com parentes** **Em instituição** **Outro(s)****Qual é a sua renda individual:** **Menos de um salário mínimo** **1 salário mínimo** **2 a 3 salários mínimos** **4 a 5 salários mínimos** **Mais de 5 salários mínimos** **Outro:** _____

Qual a sua principal fonte de renda?

- Aposentadoria
- Pensão
- Salário
- Recebe auxílio financeiro de outras pessoas
- Outra (s) _____

Qual sua participação econômica no núcleo familiar?

- Provedor financeiro
- Auxilia nas finanças
- Não tem participação econômica
- Outro (s) _____

Dados de Identificação sobre o Período Anterior à Hospitalização

Realizava atividades diárias? Quais?

(Se não na anterior) Por quê?

Recebia apoio de um cuidador para a realização das atividades diárias? Em quais atividades?

Já possuía alguma doença no período anterior à hospitalização? Qual?

Quais os cuidados teve com a saúde no período anterior à hospitalização?

Dados de Identificação sobre o Período da Internação

É a primeira vez que internou? Se não, quantas?

(Se a resposta anterior for Sim) Como foi o período pós-hospitalar quanto à realização das atividades diárias?

Qual foi o motivo(s) da última internação?

O que representa o processo de hospitalização?

Durante a hospitalização sente que não pode realizar alguma atividade que realizava anteriormente? Qual(is)? Por quê?

Além do apoio fornecido pelo Hospital, necessitou do suporte de alguma outra instituição, de medicamentos ou aparelhos específicos para a sua recuperação?

Permanece algum(s) acompanhante(s) no leito? Quem?

(Se a resposta anterior for Não) Por quê?

De que forma enfrenta o adoecimento?

Quais são suas expectativas de vida? Faz planos? Tem objetivos?

O que significa o envelhecimento para você?

O que fará e em que local residirá após a hospitalização?

Quais mudanças ocorreram no período de hospitalização, no que se refere:

A sua vida?

A sua autonomia?

As suas relações?

Qual a importância da permanência da sua família nos horários destinados à visita e no leito hospitalar, em geral?

Exemplifique, através de uma situação já ocorrida, a importância da presença de sua família no período de hospitalização:

APÊNDICE C - Formulário de Pesquisa para o Familiar

FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA O FAMILIAR

Tempo de internação do idoso: _____

Quanto à permanência no leito do paciente:

- Permanece somente no horário destinado à visita
- Permanece em tempo integral (pernoita no Hospital)
- Contratou um profissional
- Apenas visita o paciente esporadicamente

Quem são os familiares que visitam com mais frequência o idoso?

Com quem o idoso reside?

Esta é a primeira internação? Se não, quantas vezes o paciente já esteve hospitalizado?

Dados sobre o Período Anterior à Hospitalização do Idoso

No período anterior à hospitalização, o idoso realizava atividades com ou sem auxílio?

Se as atividades eram realizadas com auxílio, quem prestava esses cuidados?

Quais eram as atividades realizadas pelo idoso, no período anterior a hospitalização?

Apresentava problemas de saúde? Quais?

Como era sua relação com o paciente, antes do período de hospitalização?

Já havia recorrido à rede de apoio ofertada ao idoso, na figura de clínicas, projetos sociais, organizações não governamentais, Conselho do Idoso etc...? Se sim, quais?

Conhece o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso e/ou a Política Nacional de Saúde do Idoso?

Conhece alguma iniciativa destinada a idosos com limitações físicas decorrentes do envelhecimento ou do desenvolvimento de patologias? Se sim, quais?

Alguma dessas iniciativas já foi acessada pela família?

Dados sobre o Período de Hospitalização do Idoso

Quais as estratégias foram ou estão sendo utilizadas pela família para o enfrentamento das implicações decorrentes do período de hospitalização do idoso?

Houve algum agravamento das condições de saúde do paciente no período de hospitalização? Se sim, quais?

Esse agravamento gerou alguma limitação (dependência) ao paciente idoso? Se sim, qual?

O que pensa sobre o período pós-hospitalar quanto às condições de saúde do paciente? Haverá mudanças? Se sim, quais?

O que pensa sobre o período pós-hospitalar, quanto às implicações para a família do agravamento das condições de saúde do idoso?

O período pós-hospitalar já foi planejado? Se sim, que mudanças poderão ocorrer após o período de internação?

Com quem o idoso irá residir após a alta hospitalar? Será necessária a contratação de um cuidador? O idoso será encaminhado a alguma instituição?

O que pensa sobre o período de hospitalização do seu familiar idoso? De que forma decorreu? O que representou?

Expresse sua opinião sobre o atendimento hospitalar:

Que outros recursos poderiam ser disponibilizados pelo Hospital?

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A557i Andreatta, Ana Paula Fabbris
Implicações do processo de hospitalização no cotidiano
e nas relações familiares do idoso / Ana Paula Fabbris
Andreatta. – Porto Alegre, 2011.
133 f.
Diss. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço
Social, PUCRS.
Orientador: Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla.
1. Serviço Social. 2. Envelhecimento.

Bibliotecária Responsável: Dênira Remedi – CRB 10/1779