



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Diretoria de Pesquisa e Pós-graduação
Mestrado em Educação em Saúde

SELENE MARIA DE OLIVEIRA SCHRAMM

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA

FORTALEZA
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SELENE MARIA DEOLIVEIRA SCHRAMM

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA

**Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Educação em Saúde da
Universidade de Fortaleza, como requisito
obrigatório para obtenção do título de Mestre.**

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marilyn K. Nations

**FORTALEZA
2006**

SELENE MARIA DE OLIVEIRA SCHRAMM

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA

Banca Examinadora:

Prof^a . Dr^a. Marylin Kay Nations- UNIFOR
Orientadora

Prof^o . Dr^o. Antônio Mourão Cavalcante- UFC
1^o Membro

Prof^o Dr^o. Rosendo Freitas Amorim- UNIFOR
2^o Membro

Prof^a Dr^a. Luíza Jane Eyre de Souza Vieira-UNIFOR
Membro suplente

Às minhas filhas Rachel e Rafaela

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Pedro Evaldo e Nenem, por tudo que sempre me proporcionaram.

Ao Paulo Roberto, meu marido, pelo companheirismo e ajuda na transcrição das entrevistas.

Aos meus irmãos e a minha tia Stela, pela solidariedade em todos os momentos.

Às minhas irmãs Solange e Sandra, por todas as contribuições prestadas na elaboração final desta pesquisa;

À professora Marilyn Nations, pela orientação recebida e por ter me apresentado as possibilidades da pesquisa qualitativa baseada na antropologia interpretativa.

Aos professores Rosendo Amorim e Maria Vieira Sautrin pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À professora Jane Eyre, pelo conhecimento adquirido no seu grupo de estudo.

À professora Raimunda Magalhães e funcionários do mestrado, pela disponibilidade.

Aos professores, pelo empenho dispensado nas disciplinas ministradas.

Às minhas pacientes idosas, às minhas companheiras do “Projeto Idosas em Ação”, na Comunidade dos Cocos e às mulheres idosas pacientes do hospital público cenário deste estudo, todas informantes-chave da pesquisa, a minha gratidão por tão valiosa contribuição.

À irmã Inês, pelo fundamental amparo no grupo do “Projeto Idosos em Ação.”

À Faculdade Christus, pelo incentivo.

Ao hospital público que me abriu as portas para a realização da pesquisa.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
Apresentação e Justificativa	09
1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1 Considerações sobre o envelhecimento	11
1.1.1 Conceitos sobre ser “velho” e envelhecimento	11
1.1.2 A Velhice como Perda	12
1.1.3 O Conceito de Idoso pela Organização Mundial de Saúde –OMS.....	15
1.1.4 A Feminilização do Envelhecimento no Brasil	16
1.2 Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil	17
1.2.1 A Urbanização do Envelhecimento	17
1.2.2 Envelhecer no Brasil	19
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 A POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO ATIVO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENVELHECIMENTO NO BRASIL	23
3.1 Política do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS)	23
3.2 As Políticas Públicas para o Envelhecimento no Brasil – Um longo Caminho	26
3.2.1 A Política Nacional do Idoso	26
3.2.2 Estatuto do Idoso	27
3.2.3 Política Nacional de Saúde do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	30
4 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR E A PACIENTE IDOSA	32
4.1 O Hospital e a Medicina	32
4.2 A Humanização Hospitalar no Contexto do Paciente Idoso	34
4.3 Código dos Direitos do Paciente Hospitalizado	39
5 METODOLOGIA	41
5.1 Tipo de Estudo	41
5.2 Local da Pesquisa	42
5.3 Participantes da Pesquisa	42
5.4 Coleta de Dados	43
5.5 Análise dos Dados	44
ASPECTOS ÉTICOS	46
CRONOGRAMA	47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	54
Apêndice A Guia de entrevista etnográfica 1	54
Apêndice B Guia de entrevista etnográfica 2	55
Apêndice C Termo de consentimento livre e esclarecimento para comunidade	56
Apêndice D Termo de consentimento livre e esclarecimento para o hospital... ..	57
RESULTADOS	58
ARTIGO I Humanização do cuidado da mulher idosa hospitalizada.....	59
ARTIGO II Percepção de mulheres idosas sobre envelhecer e sofrer: Estratégias de Superação	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106

RESUMO

O presente trabalho buscou compreender parte das experiências vivenciadas por mulheres idosas hospitalizadas em uma instituição pública na cidade de Fortaleza-Ce. A experiência individual dessas mulheres hospitalizadas no período de setembro a novembro de 2006 serviu de base para uma compreensão dos modos pelos quais senhoras idosas identificam e atribuem significados à humanização/desumanização no período hospitalar vivenciado. A escuta e a análise de suas narrativas, através do uso de entrevistas abertas, de cunho etnográfico, partindo de perguntas norteadoras, foram os principais recursos utilizados para a apreensão dos dados. Nove mulheres compuseram o grupo de informantes-chave do hospital. Buscou-se entender também a percepção que mulheres idosas atribuem ao envelhecimento, qual o sofrimento que vivenciam, estratégias que utilizam para superá-lo e o que entendem por “vida boa”. Para obtenção desses dados, também foram utilizadas entrevistas abertas partindo de perguntas norteadoras. Quatro mulheres idosas, provenientes de classes sociais distintas, foram as informantes-chave desse momento da pesquisa. Duas delas, provenientes da chamada “classe média alta”, foram entrevistadas em seus domicílios. As outras duas, muito pobres, foram entrevistadas em uma sala-de-aula de uma escola localizada na comunidade onde vivem. Para a coleta dos dados nos distintos cenários foi utilizada a abordagem qualitativa e sua análise, baseada na antropologia interpretativa. Os dados revelados mostraram que, embora práticas consideradas humanizadas estejam presentes no hospital, a violência institucional revelada através das narrativas das informantes mostra o descaso no cumprimento dos direitos instituídos pelas políticas de proteção ao idoso. Revelaram também que embora envelhecer para mulheres idosas signifique isolamento social, limitação nas ações, ausência da saúde, a própria experiência de vida acumulada propicia a elas meios para que enfrentem as perdas e mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida, seja aceitando ou lutando contra elas, ou seja procurando o conforto espiritual, através da oração.

Palavras-chave: mulher idosa, humanização, envelhecimento, hospital

ABSTRACT

This study sought to comprehend the experiences of elderly women treated as in-patients at a public hospital in the city of Fortaleza-Ce. The individual hospital experience of these women in the period between September and November 2006, served as a basis for understanding of the ways in which elderly women identify and attribute meaning to the humanization/dehumanization of the hospital stay experienced. Listening to and analyzing their statements, through open interviews of an ethnographic nature, using guiding questions, were the main resources used for collection of data. Nine women formed the group of key informants at the hospital. An attempt was also made to understand the perception that elderly women have of ageing, the suffering they undergo, strategies they use to overcome this and what they understand by a “good life”. To obtain these data, open interviews with guiding questions were used. Four elderly women from different social classes, were the key informants of this research. Two of them, coming from the so-called “upper middle class”, were interviewed in their homes. The other two, being extremely poor, were interviewed in a classroom at a school located in the community where they live. For data collection in these different scenarios, a qualitative approach was used, and analysis was based on interpretative anthropology. The data revealed showed that although practices considered humanized were present at the hospital, the institutional violence revealed by informants’ narratives shows the lack of concern for compliance with the guidelines on rights in policies for protection of the elderly. It was also revealed that although ageing for elderly women is synonymous with social isolation, limitation of activities and ill health, the very experience of life accumulated provides them with the means to face the losses and changes which occur throughout life, whether by accepting or fighting against them, as well as seeking spiritual comfort through prayer.

Key words: elderly women, humanization, ageing, hospital

INTRODUÇÃO

Apresentação e Justificativa

Na minha trajetória profissional como fisioterapeuta, venho trabalhando com o público de maior idade desde a minha graduação. Inicialmente, realizando atendimento domiciliar em fisioterapia a pacientes idosos com limitações funcionais decorrentes da idade. Ampliando a minha atuação com esse público, há dois anos desenvolvo um Projeto de Extensão na Instituição de Ensino Superior onde leciono, denominado *Idosos em Ação*. Neste projeto, atividades de promoção da saúde são trabalhadas em grupo com senhoras moradoras de uma comunidade pobre e marginalizada de nossa cidade, conhecida como Comunidade dos Cocos. Aliada a essa prática, leciono a disciplina denominada Fisioterapia Geriátrica no curso de Fisioterapia. Conscientes de que o Brasil encontra-se em processo rápido de envelhecimento populacional, vislumbramos a necessidade de enfatizar uma visão de que a idade não tira do indivíduo os seus direitos de cidadão. As políticas públicas voltadas para esse segmento populacional, através dos direitos assegurados por lei, agem no sentido de garantir a compensação das fragilidades e limitações típicas da velhice.

Diante das alterações que acompanham o envelhecimento, principalmente as que levam à doença e conseqüentemente ao hospital, percebemos que o processo de hospitalização, muitas vezes, compromete a independência funcional do indivíduo idoso e a sua autonomia, levando-o a uma condição de vulnerabilidade. Lembramos aqui que os direitos garantidos por lei aos mais velhos freqüentemente são desconhecidos e, conseqüentemente, desrespeitados. Por outro lado, as modificações estruturais pelas quais vem passando a assistência na saúde têm sido acompanhadas por alterações na relação profissional da saúde-paciente. Se, no passado, as condições de trabalho favoreciam a aproximação entre os profissionais e o paciente, possibilitando o conhecimento pessoal do doente, atualmente o cenário é outro. Vivenciamos a prática do trabalho especializado e da medicina tecnológica. Esse novo modelo favorece a impessoalidade nas relações, contribuindo para a não humanização nos contatos estabelecidos entre os pacientes, os profissionais e as instituições de saúde.

Com essa perspectiva pretende-se, no contexto de um hospital público, compreender “qual o significado da humanização do cuidado na percepção de mulheres idosas hospitalizadas” e se os direitos garantidos por lei a essa população que envelhece são assegurados. Pretende-se também analisar em um grupo de mulheres idosas de classes sociais distintas a percepção que têm sobre o que é *envelhecer*, “*vida boa*” e *sofrer*, assim como as estratégias que costumam utilizar para superar as perdas decorrentes do envelhecimento.

O texto inicial da pesquisa aborda o envelhecimento no Brasil, primeiramente a partir de uma visão dominante, em que o processo de envelhecer está associado a perdas, enfocando uma perspectiva biológica e comportamental. Para uma melhor compreensão do perfil da mulher idosa no contexto do cenário nacional, são considerados os dados epidemiológicos e socioeconômicos do envelhecimento. A seguir são destacados os objetivos do estudo.

Contrapondo-se à visão de perceber o envelhecer como perda, abordamos a perspectiva de um envelhecer saudável. Nessa nova proposta de pensar o envelhecimento, o foco é direcionado para as potencialidades e possibilidades do indivíduo que envelhece, enfatizando uma abordagem denominada de Envelhecimento Ativo. Esta proposta surge como uma Política de Saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS (2005), voltada para programas que garantam o direito da população idosa a uma condição digna de vida. São destacadas as políticas voltadas para o público que envelhece no Brasil: A Política Nacional do Idoso, A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso.

Prossegue o estudo com uma revisão de literatura abrangendo a questão da humanização no contexto hospitalar, frente à população que envelhece. Em seguida são apresentados o contexto da pesquisa e o método utilizado.

Os resultados da pesquisa apresentam-se no formato de dois artigos intitulados, respectivamente, “Humanização do Cuidado da Mulher Idosa Hospitalizada” e “Percepção de Mulheres Idosas sobre Envelhecer e Sofrer: Estratégias de Superação”.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Considerações sobre o envelhecimento

1.1.1 Conceitos sobre ser “velho” e envelhecimento

Primeiramente, cabe explicitar o que significa, etimologicamente e no imaginário popular, o significado da palavra “velho” e do que é “ser velho”. A palavra velho é originada do latim *vetulu*, através de uma forma hipotética *vetlu*, pronunciada *veclu* (DEBERT, 2004). Prossegue a mesma autora destacando os muitos significados da palavra “velho”. Como adjetivo significa: muito idoso, antigo, que tem muito tempo de existência, gasto pelo uso, antiquado, obsoleto. Como substantivo pode significar, homem idoso ou pai. Já a palavra velhice tem a conotação de estado ou condição de ser velho. Neste ponto, a autora chama a atenção para o fato de que velhice não deve ser considerada sinônimo de feiúra, caduquice, incapacidade, enfraquecimento ou mesmo doença, como muitos a pensam. E para destacar essa forma negativa em que predominam as idéias construídas sobre a velhice, descreve a seguinte situação:

Lembro-me de um dia em que um paciente entrou na sala de grupo com uma expressão matreira no rosto e um sorriso um tanto irônico (que tentava disfarçar), dizendo: “- Estou sofrendo de uma doença incurável.” As pessoas do grupo, que se ajeitavam para sentar-se, olharam surpresas para ele com ar de interrogação e medo, em silêncio. Imediatamente, então, ele arrematou: - “Essa doença chama-se velhice... E essa não tem cura mesmo!!!”(DEBERT, 2004: 27).

O organismo humano passa por diversas fases desde a concepção até a sua morte. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos em função do tempo, apresentando grande variabilidade no ritmo de deterioração nos diferentes órgãos e nos indivíduos de mesma idade. Um tema muito discutido refere-se à importância de estilos de vida sobre a saúde do indivíduo, assunto que será abordado mais adiante. Outro aspecto é abordado por Mercadante (2002), quando afirma que, para se compreender a velhice em sua totalidade, esse fenômeno deve ser analisado não somente como um fato biológico, mas, também, como um fato cultural.

Quanto ao aspecto biológico, Beauvoir (1990:34), descreve com riqueza de detalhes alterações que ocorrem na aparência física e no organismo do indivíduo que envelhece:

Os cabelos embranquecem e se tornam rarefeitos... Por desidratação e em consequência da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente, a pele se enruga. Os dentes caem (...) A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores (...) O lábio superior minguia; o lóbulo da orelha aumenta. Também o esqueleto se modifica. Os discos da coluna vertebral empilham-se e os corpos vertebrais vergam (...) O tórax tende a tomar uma forma sagital (...) A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. O esqueleto sofre de osteoporose (...) O sistema circulatório é atingido (...) O débito cardíaco decresce (...) A caixa torácica torna-se mais rígida (...) A força muscular diminui (...) Os nervos motores transmitem com menor velocidade as excitações e as reações são menos rápidas (...) O tato, o paladar o olfato têm menos acuidade que outrora.”

1.1.2 A Velhice como Perda

Na abordagem biológica, o processo do envelhecimento é enfatizado nas limitações, perdas e alterações que ocorrem com o avançar da idade. Como nos remete Gatto (2002), envelhecer não é sinônimo de adoecer e morrer, pois essas são condições próprias dos seres humanos, em qualquer idade; temos conhecimento de que algumas patologias são mais comuns em idosos e que, à medida que se envelhece, a proximidade com a morte se torna mais presente. Se o indivíduo idoso interiorizou o envelhecimento como algo negativo e improdutivo, ele deixa de lutar por uma vida mais completa. Esse pensamento está muito nítido nas palavras de J. S., 84 anos, uma paciente que atendo em caráter particular, portadora de uma limitação física no membro inferior esquerdo, que assim define o que seja envelhecimento: “*A velhice é a velhice. Quer dizer... é a decadência...total.*”

Conforme Py (2004), a tecnologia biomédica, quando se volta exclusivamente para o corpo biológico e para o tratamento das afecções que esse manifesta, deixa à margem toda a subjetividade da vida humana, violentando o sujeito na sua trajetória do envelhecer. Enfocando o lado subjetivo de pensar a vida, prossegue a autora enfatizando que, diante das fragilidades que acompanham a velhice, pelos menos duas possibilidades podem ser vislumbradas. Podemos ter um olhar depreciativo diante da velhice: “Para que viver muito, se vou envelhecer, adoecer e morrer?” Ou, por outro lado, podemos descobrir novas possibilidades de ver a vida: “Para que sair de cena, se posso transformar meu personagem?”

A preocupação com o processo do envelhecimento acompanha o homem desde as mais remotas civilizações, época em que já associavam saúde e longevidade a estilo de vida. Desde os primórdios da civilização, a concepção sobre os indivíduos foi influenciada por valores religiosos e funcionais de cada conjuntura histórica, de acordo com o contexto social determinado. Esses valores determinavam o papel a ser desempenhado pelo velho na sociedade, que poderia ser de respeito ou desprezo, poder ou abandono. Quanto mais simples era a organização de uma sociedade e quanto mais dependia do conhecimento acumulado e da memória de seus idosos, mais poder os velhos possuíam (SILVA, 2003).

Sobre essa questão, Beauvoir (1990:52) afirma que “toda sociedade tende a viver, a sobreviver; exaltar o vigor e a fecundidade, ligados à juventude; teme o desgaste e a esterilidade da velhice”.

Prossegue ainda a autora afirmando que

... o prestígio da velhice diminuiu muito, pelo descrédito da noção de experiência. A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumula, mas sim que acabe perecendo. A idade acarreta uma desqualificação. São os valores associados à juventude que são apreciados (BEAUVOIR, 1990:257).

Veras (2002) ao procurar delimitar a velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social percebe que seus limites são flutuantes e que o termo velhice é um tanto impreciso, uma vez que, do ponto de vista cultural, esse estado deve ser percebido diferentemente em um país com uma expectativa de vida, ao nascer, de 37 anos de vida, como em Serra Leoa, e outro de 78 anos de vida, como é no caso do Japão.

Na nossa sociedade, culturalmente, ser velho significa estar excluído de vários lugares sociais. Segundo Mercadante (2002) um desses lugares, extremamente valorizado, é o mundo do trabalho. O significado de produtor é restrito apenas a produtividade econômica, não ampliando, como deveria ser, o significado de produtor na direção de outras esferas da vida social. Considera ainda Mercadante (2002) que, na construção da identidade de velho, é evidente a existência de um jogo de contrastes de identidades sociais, ou seja, a identidade do “eu” é construída pela oposição à identidade do “outro”, de forma que, na nossa sociedade, a identidade de idosos se constrói pela contraposição à identidade de jovem. Assim sendo, há também a contraposição das qualidades. Se “ser jovem” significa atividade, força, memória, beleza e produtividade, as qualidades opostas a estas últimas são atribuídas aos idosos.

Pode-se então afirmar, conforme Geertz (1989), que a cultura apresenta-se como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis. Segundo o autor, “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumindo a cultura como sendo essas teias e a sua análise como uma ciência interpretativa à procura do significado” (1989: 04). Lembra Mercadante (2002) que, se o significado de ser velho na nossa sociedade atual é de estar em uma situação de discriminação social, esta posição deverá ser modificada, tendo em vista o expressivo envelhecimento da população brasileira e o fato que esse conceito foi construído culturalmente, sendo então passível de mudança.

Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), acrescentam que a cultura tem uma participação essencial na construção de todos os fenômenos humanos, tais como percepções, emoções e ações. Relatam essas autoras sobre interessante estudo realizado com mulheres idosas vivendo em Bambuí, no estado de Minas Gerais. Nesse estudo, foram utilizados dois métodos complementares de coleta de dados: entrevistas com informantes-chave pelas autoras do estudo (10 idosos e dez adultos com idade entre 35 a 45 anos) e reconstrução de histórias de vida de 30 mulheres idosas acima de 60 anos, realizadas por uma senhora de 68 anos, líder de um grupo de terceira idade em Belo Horizonte. O objetivo do estudo era penetrar no universo das mulheres idosas desse município. O confronto entre a análise de dados mostrou uma grande diferença nos discursos coletados. Se, para a grande maioria das informantes-chave ser velho significa padecer de solidão, ser inútil, dependente, marginalizado e doente, para as idosas de Bambuí a realidade delineada tem outro perfil. Para elas as perdas e limitações existem, mas o impacto dessas perdas pode ser mediado por diferentes elementos do contexto onde vivem.

Ainda sobre o aspecto cultural do envelhecimento, afirma Beauvoir (1990:15) que

o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. O papel do velho, portanto, é determinado pela sociedade em que ele vive, tornando o indivíduo condicionado pela ideologia da sociedade em relação a ele.

1.1.3 O Conceito de Idoso pela Organização Mundial da Saúde – OMS

Ainda na tentativa de compreensão do fenômeno do envelhecimento como construído social e culturalmente, impõe-se, neste momento, explicitar o conceito de idoso. A Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1980, estabeleceu que, nos países em desenvolvimento, o indivíduo seria considerado idoso a partir da idade de 60 (sessenta) anos. Ao atingir essa idade, a pessoa passa torna-se mais propensa a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor externo ou interno, tornando-se alvo de doenças (PASCHOAL, 2002). Entretanto, cabe lembrar, em face da definição daquele órgão, que fatores de ordem sócio-econômica, dentre outros, interferem na caracterização da velhice.

Nomenclaturas diversas são utilizadas para referir-se ao idoso: melhor idade, terceira idade e termos afins. Trata-se de estratégias para amenizar ou afastar os valores negativos em relação aos idosos. Temas relacionados à velhice e ao envelhecimento encontram-se cada vez mais presentes em nossa sociedade. Porém, infelizmente, podemos constatar que essas práticas não estão sendo suficientes para combater o preconceito social contra o idoso, que muitas vezes está presente nele mesmo. Pois como diz Oliveira (2002:43), “alguns são hostis ao seu próprio envelhecimento, rejeitando a velhice e não se preparando para enfrentar com dignidade os anos que se seguem”.

Acrescenta Minayo (2003), que, se no imaginário social a velhice sempre esteve relacionada a um fardo econômico para a família e para a sociedade, para a medicina e para a saúde pública o envelhecimento é visto como um problema, pois vem acompanhado de um aumento das doenças crônicas não infecciosas. Nesse sentido, Chaimowicz (1997) destaca que o processo de envelhecimento populacional é também um problema social que requer medidas urgentes por parte do governo e da sociedade em geral, tendo em vista o crescimento da demanda dos serviços de saúde no Brasil, que historicamente atende de forma insatisfatória à população em geral.

1.1.4 A Feminilização do Envelhecimento no Brasil

Veras (1994) enfatiza que, em todo o mundo, nas diversas culturas e sociedades, a expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens. Além das diferenças biológicas como a proteção do sistema cardio-circulatório pelo hormônio feminino, há também menor exposição às condições de risco como trânsito, violência em geral, estresse, consumo de álcool, fumo, devido ao fato de as mulheres idosas se encontrarem mais em casa, consumirem menos drogas, tendo, em geral, hábitos mais saudáveis. Acrescenta-se, ainda, outro aspecto vantajoso para as mulheres, que é o fato de elas procurarem com mais frequência informações e os serviços de saúde, possibilitando diagnósticos precoces e tratamentos adequados.

Veras e Murphy (1994) acrescentam mais informações a esses dados, ao detectarem, em seus estudos, que os idosos no Brasil são, em sua maioria, mulheres, pobres, com baixo nível educacional, viúvas e vivendo em áreas urbanas. Reforçando essa idéia, Litvok (1990) menciona que as mulheres são as mais afetadas por problemas sociais, econômicos e de saúde por viverem mais que os homens. Ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade para casar novamente, sofrem com a solidão, apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde.

Essas informações são reforçadas pelos dados que compõem a Política Nacional de Saúde, quando apontam que o número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença de anos vividos a mais pelas mulheres em relação aos homens está ao redor de sete anos e meio (BRASIL, 1999).

Segundo Uchoa, Firmo e Lima-Costa (2002) pouco se conhece sobre a maneira como as pessoas idosas percebem seus problemas de saúde e como agem em relação a eles ou quais são os fatores econômicos, sociais e culturais que podem influenciar percepções e ações nesse campo. Minayo (2002) chama a atenção para o fato de que, como 60% da população idosa hoje é composto por mulheres, há também a necessidade de um atendimento em saúde diferenciado por gênero. Concorda Coelho Filho (2004) com essa perspectiva quando afirma que programas de atenção ao idoso requerem serviços de saúde mais voltados para o sexo

feminino, com intervenção no efeito cascata dos problemas de saúde, atentando para a sua capacidade funcional e objetivando sua autonomia e independência. A esse respeito, alerta Neri (1993) que a saúde das pessoas idosas é uma questão de saúde pública, de forma que a expectativa de vida dessa população ao envelhecer deva ser acompanhada por um mínimo de morbidade física, psicológica e social.

Ribeiro et al, (2002) em seu estudo sobre capacidade funcional e qualidade de vida de idosos, envolvendo um grupo de 29 indivíduos pertencentes a um grupo de idosos na cidade de Viçosa, Minas Gerais, evidenciou que as representações de envelhecimento e qualidade de vida ultrapassam os limites biomédicos. Qualidade de vida seria manter a saúde e a autonomia, e ser velho não estaria relacionado à idade cronológica, e sim a incapacidade de desempenhar suas atividades físicas e mentais.

Diante do quadro acima esboçado, percebe-se a urgência e necessidade de construção e implementação de políticas públicas voltadas para um envelhecer saudável.

1.2 Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil

1.2.1 A Urbanização do Envelhecimento

Numerosos estudos demográficos apontam para o crescente aumento da população idosa em todo o mundo. Até a década de 70 o Brasil era tido como um país jovem. Nos últimos 30 anos, houve uma inversão da nossa pirâmide etária. Dentre os fatores que contribuíram para o envelhecimento demográfico, podemos mencionar a industrialização, a urbanização, os avanços da medicina, da tecnologia e do saneamento básico, favorecendo a queda da fecundidade e da mortalidade infantil. Dados do IBGE apontam que, em 2002, havia no Brasil cerca de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 9,3% da população, sendo 56% deste total constituído por mulheres, reforçando os dados sobre a feminização do envelhecimento (SILVA, 2005).

A urbanização do envelhecimento é uma realidade no nosso país. Segundo dados do IBGE (1982) o Brasil, embora ainda tenha um número relativamente grande de velhos nas

áreas rurais, passou a ter nas últimas décadas uma proporção crescente de idosos em suas áreas urbanas (VERAS et al, 1987).

Segundo o documento que trata da Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999), o intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização resultante das políticas de desenvolvimento, tornou o envelhecimento no Brasil um processo com predominância no meio urbano. Se, em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural, hoje mais de três quartos estão na zona urbana, provocando mudanças também na estrutura familiar, que passou da extensa família do campo para a família nuclear urbana.

Silva (2005) chama a atenção para estudos que sinalizam um rápido aumento do número de idosos no Brasil. Informa esta autora que a projeção do IBGE para o ano de 2025 é a de que 15% da população será constituída de idosos, o que corresponderá aproximadamente a 30 milhões de indivíduos. E, para melhor compreensão do rápido crescimento da população idosa em nosso país, coloca como parâmetro a França, nação em que foram necessários 120 anos para que o número de idosos passasse de 7% do total dos habitantes do país para um percentual de 14%. No Brasil essa transição se dará num período de 20 anos. Minayo (2002) ressalta que, segundo estudos nessa área, o Brasil terá, em 2020, a sexta população mais velha do planeta, ficando atrás apenas de alguns países europeus, do Japão e da América do Norte.

O crescimento rápido da população idosa no nosso país causa impacto em toda a sociedade, principalmente no sistema de saúde, quando se sabe que a infra-estrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário, em relação a instalações, programas específicos e recursos humanos capacitados nessa área, ainda é precária. (LOURENÇO,2005).

1.2.2 Envelhecer no Brasil

Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. A principal fonte de rendimentos da população idosa é constituída de aposentadorias e pensões. A permanência ou retorno ao mercado de trabalho se dá em consequência do baixo valor dos benefícios recebidos. Dada a baixa escolaridade dessa população, grande parte dos idosos integrados à população economicamente ativa exercem atividades pouco compatíveis para a idade (CHAIMOWICZ, 1997).

É importante destacar que, embora grande parte dos idosos sobreviva com poucas aposentadorias, dados do IBGE referentes ao ano 2002 apontam que quase seis milhões de idosos tem filhos e outros parentes sob sua responsabilidade econômica. Esse dado desmistifica a imagem do idoso como um fardo econômico para seus parentes, podendo contribuir para o rompimento de preconceitos com essa parcela da população (SILVA, 2005).

A situação sócio-econômica do idoso brasileiro reflete a desigualdade social existente no país, que não garante uma velhice humana e digna. Sobre esse aspecto, Silva (2005) e Berquó (1999) ressaltam que não se deve esquecer as diversas faces que a velhice tem, principalmente numa sociedade como a nossa, marcada pela profunda desigualdade social, onde, por um lado, existe uma alta concentração de renda, e por outro, um alto índice de pobreza.

Chaimowicz (1997) e Ramos et al (1987), em seus estudos sobre a saúde dos idosos brasileiros, analisaram que houve modificação do perfil de saúde da população, com predominância das doenças crônicas e suas complicações, o que implica longos períodos de utilização de serviços de saúde.

Conforme Chaimowicz (1997), Litvoc (2004), Lourenço (2005) e Veras (1994), juntamente com o processo de transição demográfica, seguiu-se também o processo de transição epidemiológica, com a substituição das doenças de intervenção primária, como as infecto-contagiosas, por patologias mais complexas e de intervenção mais cara, como as doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais, tais como doenças do sistema circulatório e respiratório, câncer, diabetes, depressão e demência, que predominantemente acometem os idosos.

Lembra Litvak (1990) que, no Brasil, devido à acentuada desigualdade sócio-econômica nas suas diversas regiões, a transição epidemiológica não acontece de forma uniforme. Isso faz com que, na região nordeste, as doenças infecto-parasitárias apresentem um peso bem maior que nas regiões sul e sudeste. No Ceará, este quadro é uma realidade, e tem como fator predominante a precariedade das condições de vida da população. Percebe-se que, nos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, as doenças infecto-parasitárias disputam lugar com os agravos decorrentes de doenças crônicas atuais, como a hipertensão e a diabetes.

Garcia et al (2002) apontam que três principais grupos de doenças que levam o idoso ao óbito são causadas por problemas evitáveis. Primeiramente, são destacadas as doenças do aparelho circulatório, tendo como fatores de risco a exposição ao tabaco, a inatividade física, a obesidade, a dislipidemia e o controle inadequado da hipertensão e a diabetes. Em seguida, vem as neoplasias, que podem ser preveníveis eliminando-se a exposição ao tabaco ou pelo diagnóstico precoce, no caso do câncer de mama e de próstata. Seguem-se a essas as doenças respiratórias, que podem ser reduzidas com a vacinação contra a gripe e o controle do tabagismo.

Podemos constatar que as políticas de saúde e os avanços da medicina vêm contribuindo para o envelhecimento populacional; entretanto, é necessário que venham acompanhados por uma melhor qualidade de vida somada a esses anos vividos. As políticas sociais devem estar atentas não só ao processo do envelhecimento, mas também às diferenças de sexo e às desigualdades sócio-econômicas da nossa população.

Ramos et al (1993) chama a atenção para a necessidade de reestruturação do sistema de saúde nos níveis básico e hospitalar, no sentido de incentivar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças crônicas visando a preservar a saúde do indivíduo. Deve-se acrescentar que a adoção de hábitos saudáveis como a abstenção do cigarro e a prática regular de atividade física favorecem a longevidade, melhoram a capacidade fisiológica, reduzem o uso de medicamentos, previnem o declínio cognitivo, mantêm a capacidade funcional e melhoram a auto-estima (CHAIMOWICZ, 1997, GARCIA, 2002, PAPALÉO NETTO, 2002).

Chaimowicz (1997) nos remete para o termo “compressão da morbidade”, tema muito discutido nos países industrializados. Esse termo se refere à estratégia de se adiar o surgimento de doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida, reduzindo o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças ou incapacidades e a morte. Sobre essa questão ressalta Litvak (1990) que o envelhecimento não é um acontecimento que começa abruptamente aos 60 anos. Consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. Assim, as metas para comprimir a morbidade e se alcançar uma vida saudável são promover a saúde e o bem estar durante toda a vida.

As idéias que vêm sendo destacadas até o momento têm-nos mostrado a urgente necessidade de reconstruir o envelhecer. Políticas públicas voltadas para o envelhecimento saudável e participativo são possibilidades que devemos viabilizar. Esse é o tema de nosso próximo capítulo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender o significado da humanização do cuidado na percepção de mulheres maduras hospitalizadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a percepção que têm mulheres idosas provenientes de classes sociais distintas sobre *envelhecer, sofrer e “vida boa”*.
- Desvelar condutas e fatores que humanizam/desumanizam o cuidado hospitalar.
- Confrontar os fatores humanizantes/desumanizantes revelados pelas pacientes idosas na hospitalização com os direitos assegurados ao idoso hospitalizado.

3 A POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO ATIVO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

3.1 Política do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde – OMS

Em todo o mundo, e em especial nos países em desenvolvimento, maneiras para manter as pessoas idosas saudáveis e ativas será uma necessidade inadiável. Desde que lhes sejam proporcionados apoio adequado, os idosos podem permanecer ativos e independentes por muito tempo. A questão de manter a capacidade funcional resguardada na realização das atividades, sem necessitar de ajuda de outros, tem grande significado na velhice (RIBEIRO, 2002 e VERAS,1994).

Ainda Veras (2004) enfatiza que, se o apoio adequado lhes for proporcionado, as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por um tempo bem maior do que acontece em grande parte da realidade dos idosos em muitas partes do mundo. Acrescenta ainda que os idosos encontram-se potencialmente em risco não apenas porque são velhos, mas porque são vulneráveis às incapacidades de suas próprias mentes, de seus corpos e de seu meio físico e social.

Visando à formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo, a Organização Mundial da Saúde – OMS, através da Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida, desenvolveu um Projeto de Política de Saúde denominado de Envelhecimento Ativo (WHO, 2005). Pautado no referido documento, citaremos alguns pressupostos da política de Envelhecimento Ativo. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005:13) define como envelhecimento ativo 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”.

Kalache e Kickbusch (1997) nos remetem que o termo “envelhecimento ativo” foi utilizado pela OMS no final dos anos 90 e que procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, pois o primeiro envolve, além dos cuidados

com saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

Preconiza a Política do Envelhecimento Ativo (WHO, 2005) que a palavra “ativo” faz referência à participação contínua da população madura nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Nesse sentido, envolve também as pessoas que se aposentam, que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial, no sentido que podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. Essa política tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para as pessoas que estão envelhecendo.

O Envelhecimento Ativo tem como pressuposto que as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. Enfatiza ainda que manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é meta fundamental para os indivíduos e também para os governantes. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter a autonomia e a independência (WHO, 2005).

A interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes na Política do Envelhecimento Ativo. Essa importância é ressaltada, pois afirma que a qualidade de vida que as pessoas terão quando mais velhas depende não só dos riscos e oportunidades que experimentaram durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessários (WHO, 2005).

Preconiza ainda esta política da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) que a abordagem do Envelhecimento Ativo é baseada em direitos, permitindo aos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Isso, certamente, aumenta a possibilidade à participação desses indivíduos nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.

A estrutura política destinada ao Envelhecimento Ativo baseia-se nos Princípios das Nações Unidas para idosos, determinados pela Resolução nº 46/91 (United Nations, 1991) aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas em 16/12/1991, que são: Independência, Participação, Assistência, Auto-realização e Dignidade. Assim, as ações necessárias para

atender à Política do Envelhecimento Ativo são sustentadas por três pilares básicos: saúde, participação e segurança. Em relação à saúde, é dito que, quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos e os fatores de proteção elevados, as pessoas desfrutam de maior quantidade e maior qualidade de vida. Dessa forma, aumentam-se as possibilidades de permanecerem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem. Conseqüentemente, menos idosos precisam de constantes tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos. Aqueles que realmente precisam de assistência devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento.

A participação seria o segundo pilar da Política do Envelhecimento Ativo. Afirma essa política que o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde devem apoiar a participação integral dos idosos em atividades sócio-econômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências. Os indivíduos que envelhecem devem continuar a contribuir para a sociedade seja através de atividades remuneradas ou não.

O terceiro pilar da Política do Envelhecimento Ativo faz referência à questão da segurança. É afirmado que quando as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, ficam asseguradas a proteção, a dignidade e a assistência aos mais velhos que não podem mais se sustentar e proteger. Para esse fim, as famílias e as comunidades são auxiliadas nos cuidados aos seus membros mais velhos.

Quanto ao alcance dos objetivos propostos pela Política do Envelhecimento Ativo, faz-se necessário um conjunto de ações de vários setores, além dos serviços sociais e de saúde, incluindo educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano. É enfatizada, ainda, a atenção especial aos indivíduos mais velhos, pobres e marginalizados, e que vivem nas zonas rurais.

Na abordagem do Envelhecimento Ativo, busca-se eliminar a discriminação de idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas. Os idosos e seus cuidadores precisam

estar envolvidos no planejamento, na implementação e na avaliação de políticas, programas e atividades para desenvolvimento do conhecimento relacionado ao envelhecimento ativo.

3.2 As Políticas Públicas para o Envelhecimento no Brasil - Um longo Caminho

3.2.1 A Política Nacional do Idoso

Costa, Mendonça e Abigailil (2002) colocam que, por muito tempo, a questão do idoso no Brasil esteve ligada à saúde e à Previdência Social. Acrescentam ainda que a velhice aparecia como doença e não se tinha a perspectiva da promoção do envelhecimento saudável. Nessa visão, a aplicação de recursos financeiros em políticas públicas e sociais para o idoso era considerada como gasto, e não um investimento social.

Silva (2005) nos remete que, antes da década de 70, o trabalho realizado com idosos no Brasil era desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas e tinha um caráter paliativo e fragmentário, pois não abrangia uma noção ampla dos direitos sociais desses cidadãos.

Neri (2005) menciona que, no Brasil, ao longo de aproximadamente vinte anos, houve a mobilização da sociedade civil organizada, de órgãos de classe e de sociedades científicas pela conquista de uma Política Nacional do Idoso que definisse diretrizes e ações voltadas para esse segmento populacional. Essas diretrizes e ações foram implementadas pela Lei Orgânica da Assistência Social - Lei nº 8742/93 de 07/12/1993 e pela Lei nº 8.842/94 que define a Política Nacional do Idoso. Aprovada em 04 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de julho de 1996, estabeleceu direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação efetiva na sociedade como instrumento de direito próprio de cidadania.

Constam de Lei nº 8.842/94 dispositivos que regem, dentre outros, a prioridade do atendimento ao idoso no Sistema Único de Saúde, a realização de programas de saúde específicos, a elaboração de normas padronizadas para atendimento geriátrico e a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso, como hospitais-dias (BRASIL, 1996).

Goldman (2000) destaca que, apesar do caráter inovador e do avanço da Política Nacional do Idoso, muito ainda precisa ser feito para que os direitos sociais dos idosos sejam plenamente respeitados e levados a sério. Acrescenta enfatizando que, mesmo com esses direitos estabelecidos em instrumentos legais como Estatutos ou Constituições, em países pouco desenvolvidos como o Brasil, a realidade não condiz com o que preconiza a lei. Conclui dizendo que o usufruto dos direitos sociais só pode ser garantido com a efetiva participação política da população através dos instrumentos de organização, de pressão e de denúncia.

3.2.2 Estatuto do Idoso

A Lei de nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso, que juntamente com a Política Nacional do Idoso, compõem as bases das políticas brasileiras direcionadas a este público. Por meio delas, o Estado declara princípios e intenções em relação a esse segmento e explicita para a sociedade um conjunto de diretrizes a serem observadas por várias instituições sociais e pelos cidadãos em suas relações com os idosos, definidos como pessoas de idade igual a sessenta anos ou mais (NÉRI, 2005). Dentre os direitos estabelecidos nesta política, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso. Por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, é garantido o acesso universal e igualitário, de todas as pessoas de terceira idade às ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. É garantido ao idoso internado ou em observação direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Vale também ressaltar os direitos quanto ao respeito e a dignidade: garantir o respeito consiste na inviolabilidade da integralidade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais. Quanto à dignidade, reza o Estatuto do Idoso, que é dever de todos zelar pela dignidade do idoso colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Segundo afirma Néri (2005), a Política do Idoso e o Estatuto do Idoso percorreram um longo caminho antes de serem promulgados. Em 1976, aconteceu o I Seminário Nacional de

Estratégias de Política Social do Idoso, reunindo profissionais de Geriatria e Gerontologia e técnicos das áreas da Saúde e da Previdência Social. Durante os governos militares, esses movimentos reivindicatórios foram desmobilizados devido à repressão política do governo. No entanto, voltaram a atuar e a pressionar o poder público e os políticos até a efetiva promulgação da Lei nº 8.842 e sua regulamentação dois anos depois.

Néri (2005) considera que a ideologia que predominou no percurso histórico da construção da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso é que a velhice aparece como um problema médico-social. Assim sendo, o idoso deve ser protegido porque é doente, dependente, incapaz e vulnerável. Esse pensamento mostra desconhecimento em vários aspectos. Um deles é de que a velhice é uma experiência heterogênea e de que existe a possibilidade de um envelhecimento ativo, saudável e produtivo, desde que haja em quantidade suficiente investimentos sociais contínuos dirigidos aos cidadãos em todas as fases da vida.

Lembra Neri (2005) que o Estatuto do Idoso foi gerado por iniciativa do movimento dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas. No ano de 2000, foi instituída uma Comissão Especial da Câmara Federal para tratar do Estatuto. A seguir, foram realizados dois seminários nacionais, um em 2000 e outro em 2001, bem como quatro seminários regionais e um outro, promovido pela Comissão de Direitos Humanos e pela 3ª Secretaria da Câmara Federal (COSTA, MENDONÇA e ABIGALIL, 2002).

Em artigo publicado na revista *A Terceira Idade* (2005), intitulado “Carta dos Idosos à Nação Brasileira: Avaliando a Aplicação do Estatuto do Idoso”, consta que no período de 04 a 07 de outubro de 2005, cerca de 500 idosos representando grupos de terceira idade de todo o Brasil reuniram-se no Sesc Pompéia, na cidade de São Paulo, para avaliar a implantação do Estatuto do Idoso no território nacional. As diversas temáticas incluídas no estatuto foram analisadas tomando como referência as realidades de cada região brasileira. O resultado da avaliação foi colocado em uma carta dirigida à nação brasileira. Nessa carta, é dito que o Estatuto do Idoso permanece desconhecido nas esferas administrativas federal, estadual e municipal e também é ignorado por grande parte dos idosos. Dessa carta, destacamos algumas passagens relacionadas ao direito à saúde: segundo a Constituição Brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado. De acordo com o estatuto, cabe ao Estado assegurar a

atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema único de Saúde - SUS. Na carta, a “atenção integral à saúde” é questionada, pois se acredita que a atenção prometida pelo estatuto é um processo maior e mais complexo do que o atendimento deficiente atualmente prestado pelo SUS. O SUS é considerado inoperante e ineficiente diante do estatuto: direitos são desrespeitados; falta atendimento domiciliar, inexistem programas permanentes de prevenção de doenças crônico-degenerativas; faltam recursos e medicamentos, faltam instalações físicas e equipamentos adequados.

Ainda na carta é enfatizada a necessidade de acelerar a criação das unidades de referência por regiões com equipes especializadas para atendimento de qualidade ao idoso e destacada, em especial, a necessidade de humanizar os serviços de saúde. A carta conclui afirmando que se faz necessária a mobilização dos idosos e suas organizações, de todas as forças vivas da sociedade brasileira, empenhadas na criação e efetivação de uma política de envelhecimento populacional das próximas décadas.

Néri (2005) afirma que um idoso que se mantém ativo e envolvido em seu meio social, que tem boa saúde ou que tem doenças crônicas compensadas, que pode contar com uma rede de suporte material, instrumental, informativo e afetivo suficiente para suprir suas necessidades, tem grandes probabilidades de envelhecer bem. Entretanto, a autora coloca que as políticas relativas aos idosos e as regulações do Estatuto do Idoso “só existem no papel”. Para que se tornem realidade, prossegue a autora, é imperativo o esforço conseqüente das categorias profissionais envolvidas com o atendimento às necessidades do idoso. Junto ao poder público no sentido de fazê-lo cumprir o seu papel na implementação das políticas voltadas à saúde dos idosos. O que se percebe é que sem programas específicos para a saúde da população que envelhece, o atendimento ao idoso fica restrito aos serviços de urgência nos hospitais.

Corroborando com esse pensamento, Sayeg e Mesquita (2002) acrescentam que as instituições sociais e a sociedade como um todo, devem desenvolver políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo e saudável no curso da vida, sem deixar, no entanto, de responder com eficácia às necessidades institucionais para os idosos fragilizados.

Para Lourenço et al (2005) a compreensão de que se devem priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os doentes, é uma

concepção de cuidado aceita por muitos gestores da saúde, entretanto ainda pouco implementada. Prosseguem esses autores afirmando que a mudança do paradigma de atenção à saúde da população idosa é imprescindível, pois os tradicionais modelos centrados na assistência hospitalar ou asilar já mostraram que são ineficazes. Serviços alternativos como hospitais-dia, suporte domiciliar incluindo o fornecimento de refeições prontas e auxílio para realização das atividades de vida diária já são realidade em países como o Japão, Inglaterra e Estados Unidos. Na nossa realidade, precisa-se urgentemente também encontrar meios alternativos para enfrentar os desafios da população que envelhece.

3.2.3 Política Nacional de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Com o processo de transição epidemiológica e demográfica já referidas anteriormente e considerando também que as necessidades de saúde dos idosos requerem atenção específica, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. A Política Nacional de Saúde do Idoso é parte essencial da Política Nacional de Saúde e fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e na população em processo de envelhecimento, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90- e a Lei nº 8.842/94, que assegura os direitos dos indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos. Uma das questões essenciais enfocadas nesta política é assegurar o que determina a Lei Orgânica da Saúde à população que envelhece: “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral” (BRASIL, 1999).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada através da portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, foi elaborada no sentido de atualizar a Política Nacional de Saúde do Idoso, em vigor desde 1999. Esta política, recentemente aprovada, reconhece que, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a sua prática ainda é insatisfatória. Consta como finalidade primordial, recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é direcionada a todo indivíduo brasileiro com 60 anos ou mais de idade. Nela, é reconhecido como grande desafio solucionar os problemas existentes, tais como: o envelhecimento populacional em condição de desigualdade social e de gênero, assim como a heterogeneidade dos idosos em termos etários, de local de moradia ou sócio-econômicos.

Importante se faz destacar que a promoção do envelhecimento ativo e saudável, baseada na Política do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), já mencionada neste estudo, consta como diretriz desta política. Com esta visão, o idoso não é mais considerado sujeito passivo, mas agente ativo das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos.

4 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR E A PACIENTE MADURA

4.1 O Hospital e a Medicina

“Podemos até não lembrar de quem partilhou nossa alegria, mas jamais esquecemos quem chorou diante de nossa dor...” Angerami- Camon

A origem do hospital como instrumento terapêutico, ensina-nos Foucault (1979), é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Prossegue o mesmo autor afirmando que o hospital nem sempre foi concebido como meio de cura, assim como a medicina nem sempre foi uma prática hospitalar. Segundo esse pensador francês, o hospital era uma instituição que prestava assistência material e espiritual aos pobres portadores de doenças. Portanto, era um lugar para morrer e não para tratar com fim de curar. Consistia numa instituição de exclusão, pois abrigava o doente pobre, como forma de proteger os indivíduos sadios do perigo que o doente representava. Acrescenta ainda que os religiosos detinham o poder no hospital, cabendo ao médico ser chamado apenas para atender aos mais doentes entre os doentes.

Ainda Foucault (1979) acrescenta que a formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar e, por outro, à transformação, naquela época, do saber e da prática médica. A disciplina é definida pelo mesmo autor como conjunto de técnicas através das quais os sistemas de “poder” tem como alvo os indivíduos em sua singularidade. Fatores econômicos e o desejo de evitar a propagação de epidemias, dentre outros motivos, explicam a introdução da disciplina no âmbito hospitalar.

Segundo Madel (1986), a disciplina é a regra manifesta mais importante das instituições. Acrescenta que nas instituições ligadas diretamente ao Estado (sociedade política), o poder é mediado por um saber que se apresenta como conjunto de regras de condutas, de normas de proceder e conhecer. Sobre essas normas, a autora enfatiza que o paciente no hospital nada sabe sobre seu corpo, quem sabe é o médico. O que o paciente falar na tentativa de expressar o que sente será ouvido com sarcasmo ou silêncio. Cabe à ciência explicar, ao paciente é dado o direito de ouvir. Percebe-se que a partir da hospitalização o

indivíduo perde a possibilidade de administrar as suas decisões e o seu espaço. O seu querer é o querer da instituição.

Goffman (2005) denomina de instituições totais os locais onde existe a ruptura de barreiras que comumente separam os locais onde se trabalha, se vive e se diverte. Nas instituições totais todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local, na companhia imediata de um grupo de pessoas, todas elas obrigadas a fazer as mesmas coisas e sob uma única autoridade. As atividades são estabelecidas em horários rígidos e impostas de cima para baixo por um sistema de regras formais explícitas. Os dirigentes tendem a sentirem-se superiores e corretos e os internados, fracos e inferiores. Partindo do conceito de Goffman (2005) podemos associar o hospital com o modelo de uma instituição total.

Convém ressaltar que, historicamente, as práticas de saúde, em seu início, tinham uma visão mais integrada do ser humano em seu meio. Jaeger (apud Gallian, 2000) lembra que Hipócrates de Cós, aproximadamente no ano 460 a.C., afirmava que “as doenças não são consideradas isoladamente e como um problema especial, mas é no homem, vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que o médico se fixa com segura visão”. Lembra Siqueira (2002) que o modelo vigente de ensino da medicina foi estruturado por Abraham Flexner, no início do século XX. Nesse modelo predominam regras cartesianas em que o corpo humano é dividido em inúmeros pequenos lotes de conhecimento, não viabilizando a percepção do homem na sua integralidade, como um ser ao mesmo tempo biológico, psicológico, cultural e social. Com essa extrema racionalização da ciência foram sendo formados os especialistas cada vez mais centrados na sua área de conhecimento, atentos somente aos aspectos quantitativos do processo saúde-doença e, por outro lado, ignorando o homem em toda a sua subjetividade.

Os progressos alcançados nas ciências, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram modificando a maneira de atuação do médico. Pois, se por um lado, o prestígio das ciências experimentais foi cada vez mais dominando a formação desse profissional, por outro lado, as ciências humanas foram ficando cada vez mais distantes, trazendo conseqüentemente a sua desumanização.

Nesse sentido, adverte Gallian (2000) que há grande necessidade de “rehumanizar” a medicina, de desenvolver e fornecer recursos humanísticos para a formação e atuação do médico e dos cientistas da saúde em geral. Segundo o mesmo autor, só se pode falar em verdadeira evolução do conhecimento biológico-médico quando se procura a integração dos saberes que extrapolam o campo físico-experimental.

4.2 A Humanização Hospitalar no Contexto do Paciente Maduro

O sistema brasileiro de saúde passou por profunda transformação a partir da constituição de 1988, com a construção do Sistema Único de Saúde - SUS. Uma mudança significativa nesse novo sistema, dentre outras, foi a introdução de princípios doutrinários, em que se destaca o princípio da universalidade, rompendo com o excludente sistema anterior, que dava acesso ao atendimento só aos contribuintes do sistema previdenciário. O SUS tem como objeto a saúde, não aquela que é entendida apenas pela ausência de doença, com seus desdobramentos “hospitalocêntrico” e “medicocêntrico” (centrada no hospital e no médico). A saúde é entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania e envolve indivíduo, coletivo e ambiente com todas as suas inter-relações (ANDRADE, 2001).

Embora já tenha havido significativos avanços na trajetória de implantação do SUS, sabemos que inúmeros problemas ainda persistem sem solução. Há necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que tenham condições de responder às demandas do novo perfil epidemiológico do país, em vista ao envelhecimento da população brasileira (CHAIMOWICZ, 1997 e ANDERSON, 1998).

Paschoal (apud Papaléo Netto, 2002), menciona que os idosos têm como parâmetros indicadores de saúde o fato de preservarem a independência, colocada aqui no sentido de manter a capacidade de realizar algo com seus próprios meios e a autonomia, entendida como ter capacidade de decisão. Sobre o conceito de autonomia, o filósofo Motta Pessanha, citado por Paschoal (apud Papaléo Netto, 2002:316), explica que:

... pessoa autônoma é a que retira de si mesma a fonte de poder; tem, nela mesma, sua fonte de decisão, conseguindo, assim, tornar-se ela mesma e construir seu próprio caminho de vida. (...) O contrário de autonomia, a

heteronomia, significa que a lei é dada, imposta, sugerida, ensinada; a pessoa segue uma lei da qual não é a própria fonte.

Corroborando com esse pensamento Ferreira e Derntl (2005) ressaltam que é importante lembrar os conceitos de independência e autonomia quando se deseja analisar o atendimento aos direitos do paciente hospitalizado. Isso porque são pacientes que se encontram em situação de vulnerabilidade. Esta condição do idoso hospitalizado pode ser atribuída ao aspecto biológico que se encontra afetado, como também ao seu próprio perfil nacional traçado pelo IBGE (2000) como, em sua grande maioria, indivíduo pobre, com pouca ou nenhuma escolaridade, sem preparo profissionalizante, freqüentemente arrimo de família, e portador de doenças crônico-degenerativas e ou incapacitantes. Os conceitos de independência e autonomia já foram comentados anteriormente. Já capacidade funcional pode ser definida como poder desempenhar sozinho as atividades instrumentais da vida diária e de auto-cuidado (NÉRI, 2001).

Gaylin (1997) descreve a hospitalização como uma experiência em que o indivíduo fica exposto a uma condição de passividade e impotência que se assemelha a uma prisão. O paciente é vestido com a roupa da instituição, recebe ordens sobre o que deve fazer: levantar, deitar, comer. As discussões dos casos clínicos entre os profissionais de saúde ocorrem geralmente na frente dos doentes como se eles fossem objetos inanimados. Ferreira e Derntl, (2005) lembram também que a hospitalização ocasiona a ruptura do cotidiano do idoso vivido na residência para um ambiente muito diferente do seu.

Coppe e Miranda (2002) ao analisarem a relação do idoso com o hospital fazem referência ao sentimento de finitude que muitas vezes se encontra presente em situação de internamento, causando ansiedade e sofrimento. Descreve com essas palavras o sentimento provocado pelo processo de hospitalização:

Chegar na velhice representa uma aproximação da morte; cronologicamente, a pessoa está mais próxima da morte física, e isto provoca uma exacerbação da angústia existencial. O PS (Pronto Socorro) representa, na maioria das vezes, um caminho sem volta. E por mais que a idade faça o idoso pensar na sua finitude, o hospital e a doença trazem à tona esta questão, que nem sempre ele está disposto a encarar (COPPE e MIRANDA, 2002:75).

Acrescenta ainda o autor que, embora o paciente idoso seja geralmente mais dependente e apresente labilidade emocional, um aspecto que dificulta o seu tratamento é a

visão estereotipada que se tem dele, como se fosse um indivíduo incapaz de tomar suas próprias decisões.

Esse pensamento é reforçado por Ferreira e Derntl (2005) quando dizem que idosos internados são vulneráveis e dependentes porque carregam a condição de serem idosos com todas as mudanças que a idade determina. A maioria que se encontra em hospital público tem baixa ou nenhuma escolaridade, pode apresentar, em menor ou maior grau, deficiências visuais, motoras, táteis e auditivas, entre outras. O fato de estarem fora de seu local de residência, em um ambiente não adequado para recebê-los, agrava ainda mais este quadro.

Humanização pode ser entendida como o ato ou ação de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é relativo ao homem ou próprio dele. O termo “humanização”, nos últimos tempos, vem sendo bastante utilizado no âmbito da saúde face a uma demanda crescente no contexto brasileiro, em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que padecem e que são reforçados pela mídia e por publicações científicas na área (HOGA, 2004). Visando minimizar essa problemática, o Ministério da Saúde, em nosso país, investiu em projetos voltados para a humanização da assistência a crianças, tais como os projetos Maternidade Segura e o Método Canguru (OMS, 1996) e posteriormente, em maio de 2000, regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

No PNHAH (2002:04) o conceito de humanizar é compreendido como “garantir à palavra a sua dignidade”. Significa que, para humanizar o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer, é necessário que as palavras expressas pelo sujeito sejam reconhecidas pelo outro. É necessário também que esse sujeito ouça do outro palavras do seu reconhecimento. Enfatiza que a humanização depende do diálogo com os nossos semelhantes, depende de nossa capacidade de ouvir e de falar.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização – PNH e, a partir de então, a humanização passou a ser vista não mais como um programa, mas como política que perpassa as diversas ações e instâncias gestoras do SUS. Documento destinado a gestores e trabalhadores do sistema de saúde, o Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização aborda a humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e

do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde.

Se, para atender melhor o segmento materno-infantil já foram implementados projetos específicos, para a população idosa muito pouco foi feito nesse sentido. Diante da velocidade com que ocorre o envelhecimento populacional no Brasil, se faz necessária também a estruturação de serviços e de programas que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país. Projeções estatísticas indicam que a população idosa passará de 7,5% em 1991, para aproximadamente 15%, em 2025. Acrescenta-se a isso o fato dos idosos utilizarem os serviços hospitalares de maneira mais freqüente que os demais grupos etários, e na maioria das vezes com uma permanência mais prolongada (COELHO FILHO, 2000). Corroborando com essa afirmativa Lourenço et al (2005) apontam que a falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável.

É importante salientar que o crescimento da população idosa no Brasil, não ocorre de maneira uniforme. Estudos apontam, como já se fez referência neste projeto, que a mulher vive mais que o homem. Diferença justificada, conforme já comentado, pela menor exposição das mulheres às causas de risco no trabalho, aos acidentes de trânsito e homicídios, as diferenças no consumo do tabaco e do álcool e nas atitudes em relação às doenças e incapacidades (RAMOS, 1987). Portanto, torna-se necessário, diante desse cenário, identificar o ponto de vista das mulheres idosas sobre os fatores que contribuem para a desumanização/humanização no cuidado em ambiente hospitalar público a fim de descobrir meios de aproximação com essa população que possibilitem a sua inclusão no restabelecimento de sua qualidade de vida e saúde.

Leite e Strong (2006) defendem a necessidade de uma visão holística sobre a humanização da assistência hospitalar. Enfatizam que no período de internação no hospital o paciente normalmente encontra-se fragilizado pelo seu estado de saúde e pela própria situação imposta pela internação, sendo retirado do seu cotidiano e passando a obedecer às regras institucionais. Faz-se necessário então que seja desenvolvida uma visão do ser humano como um ser singular que traz consigo uma história de vida impregnada de valores culturais.

Nations & Nuto acrescentam (2002) sobre essa questão que a prática observada nos estabelecimentos hospitalares, de serem colocadas na posição de simples sujeitos passivos, não lhes dando oportunidade de externarem suas idéias e opiniões sobre a forma como estão sendo tratados contribui para aumentar neles a sensação de isolamento e fragilidade. Além disso, o processo de cura é subjetivo, com significação própria para cada sujeito. Ainda segundo os autores, o usuário muito tem a contribuir com os seus ensinamentos sobre si mesmo e suas representações do processo saúde-doença. Podem constituir-se sujeitos ativos, uma voz legítima, para revelar os fatores necessários para promover uma internação saudável que promova o restabelecimento de sua saúde, a partir da sua experiência/vivência no hospital.

Para a consolidação do SUS, o processo de humanização dos seus serviços torna-se um dos desafios mais significativos. Diferentes estudos e pesquisas têm demonstrado, em período recente, graus importantes de insatisfação dos profissionais de saúde e gestores, mas principalmente dos usuários que estão submetidos a condições impessoais de atendimento que não possibilitam nem o reconhecimento de suas verdadeiras necessidades, quanto mais estabelecimento de vínculos solidários.

Existem alguns estudos qualitativos nos serviços de saúde do Ceará que buscam revelar o ponto de vista do usuário buscando compreender sua subjetividade na experiência vivida (NUTO e NATIONS, 1999; 2002). Acrescentam esses autores que, embora se observe a tendência em incorporar a visão dos significados atribuídos pelos usuários em relação à saúde, eles têm se restringido a atendimentos na atenção primária e não no contexto hospitalar. Enfatizam ainda que escalas de satisfação de natureza quantitativa envolvendo aspectos de qualidade e humanização assistenciais são freqüentemente utilizadas, entretanto identificam pontos específicos da estrutura hospitalar e não a percepção do usuário sobre a assistência recebida.

Ferreira e Derntl (2005), em pesquisa realizada com o tema “Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem”, concluíram que os direitos dos pacientes idosos não são nem freqüentemente e nem adequadamente atendidos. Enfatizam as autoras que embora a maioria deles tenha respondido como “ótimo” o atendimento recebido, foram percebidas expressões conflitantes que denunciam e justificam

ações, atitudes e comportamento do pessoal de enfermagem que permitem compreender melhor o que representa ser paciente e idoso em um hospital do Sistema Único de Saúde.

4.3 Código dos Direitos do Paciente Hospitalizado

A Lei de nº 8.842/94, já mencionada anteriormente, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, apresenta determinações sobre a garantia da assistência gerontológica, reconhecendo como uma especialidade a ser incluída no SUS. Preconiza também sobre a necessidade da criação de unidades geriátricas, com profissionais especializados e espaço físico que favoreça a instalação de equipamentos para a segurança e locomoção do idoso hospitalizado. A Portaria GM/MS nº 280/99 (Ministério da Saúde) foi outro importante passo para a garantia dos direitos dos idosos hospitalizados. Segundo reza essa portaria fica assegurada a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes de mais de sessenta anos internados em instituições hospitalares contratadas ou conveniadas com o SUS.

Em consonância com uma política de humanização, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará elaborou um documento denominado de Código dos Direitos do Paciente (2004). Nesse documento, estão inseridos direitos e deveres da pessoa hospitalizada e tem como objetivo o resguardo da dignidade e humanização no trato com a população. Seleccionamos do Código dos Direitos do Paciente algumas recomendações que acreditamos ser de grande importância para a mulher idosa hospitalizada:

- Ser atendida de modo digno, respeitoso e cordial, como ser humano, indivíduo e cidadão, por parte de todos os profissionais do hospital, a qualquer hora e sob todas as circunstâncias.
- Manter sua privacidade em ambiente silencioso, respeitados os horários de sono e repouso, com local adequado para a realização de necessidades fisiológicas.
- Ser protegida da exposição corporal e da vergonha, garantida a realização de exames em ambientes que preservem seu pudor.

- Ter acompanhante, se criança, adolescente, portador de necessidades especiais ou sem condições de auto-cuidado, e adulto acima de 60 anos, tanto nas consultas prévias como na internação e no pós-operatório.
- Receber informações claras, simples e compreensíveis adaptadas à sua linguagem e condição cultural, sobre o estado geral de saúde, ações diagnósticas e terapêuticas, implicações, duração e finalidade do tratamento, necessidade de anestesia, instrumentos utilizados, regiões do corpo a serem afetadas e solicitação de exames, bem como participar na decisão sobre os procedimentos.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Em função dos objetivos propostos, optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa e métodos antropológicos de investigação. Situa-se a pesquisa neste enfoque de análise qualitativa por considerar que se procura uma compreensão aprofundada sobre o fenômeno a ser estudado e não constatações ou estatísticas. Bogdan & Biklen (1999) se referem a cinco características, embora nem sempre estejam todas presentes numa abordagem qualitativa, a saber: a fonte direta dos dados é o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal, os dados são descritivos, o interesse deve estar centrado no processo, a análise tende a ser indutiva e é de vital importância o significado atribuído pelas pessoas aos fatos. Chama atenção, neste tipo de estudo, quando aponta ser o investigador o instrumento principal na coleta de dados, considerando que é a postura e a sensibilidade do pesquisador que vai conferir o predicado qualitativo à sua investigação e análise.

No presente estudo, as atividades de pesquisa de campo tiveram início com uma pesquisa realizada, através de entrevistas, com um grupo de idosas moradoras de uma comunidade pobre situada próxima à orla marítima de Fortaleza, com o objetivo de compreender o significado que essas mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde, atribuem ao envelhecer, ao sofrer e a percepção que têm sobre o “que é vida boa”. Essa aproximação preliminar foi importante para a segunda e principal etapa do trabalho, qual seja compreender a subjetividade da paciente idosa no período de internação. Diz Minayo (2002) que a dimensão dos significados, aspirações, atitudes, crenças e valores expressa a linguagem comum na vida cotidiana, constituindo o objeto da abordagem qualitativa. Uma das características mais determinantes da pesquisa qualitativa é o fato de se aplicar a questões específicas e delimitáveis, mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa. A Antropologia Interpretativa, com cunho etnográfico, foi utilizada visando captar os sentidos das experiências de hospitalização vividas pelos sujeitos, tentando desnudar a “teia de significados” (Geertz, 1989) associados e interpretados pelos usuários.

Na abordagem etnográfica, os comportamentos humanos são compreendidos e explicados, tomando como referência o contexto social onde eles atuam, estabelecendo

relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo. O pesquisador procura entender o ponto de vista do informante, desvelando os conteúdos manifestos das regras que guiam os comportamentos, por meio de uma descrição densa (VICTORIA et al 2000).

5.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois cenários: uma comunidade pobre localizada no bairro da Praia do Futuro II, ao leste da cidade de Fortaleza, denominada Comunidade dos Cocos, e em um hospital público, localizado no centro da cidade de Fortaleza. Segundo informa Gomes (2005) trata-se do segundo hospital mais antigo do Ceará, tendo sido inaugurado há quase 80 anos. De natureza originalmente filantrópica, caracterizava-se, principalmente, como hospital materno-infantil. Na década de 1970, foi incorporado pela Fundação de Saúde do Estado do Ceará, quando ampliou sua abrangência, estendendo seu atendimento às clínicas médica e cirúrgica. Esse hospital integrou, em 2000, juntamente com 10 outros hospitais do Brasil, o projeto-piloto de humanização do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar.

5.3 Participantes da Pesquisa

Duarte (2002) pondera que numa metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas vai depender das informações obtidas em cada depoimento, de sua profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. A partir dos dados colhidos são identificadas categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão.

Na Comunidade dos Cocos foram escolhidas mulheres idosas, entendidas nesse estudo como senhoras de idade igual ou superior a sessenta anos, integrantes do Projeto de Responsabilidade Social realizado por uma faculdade local. Como critério de inclusão, foram selecionadas as que tinham maior tempo de participação no projeto e que freqüentavam com assiduidade os encontros realizados semanalmente.

Com o intuito de confrontar a percepção que têm sobre o que *é envelhecer*, “*vida boa*”, e *sofrer* de mulheres idosas provenientes de classes sociais distintas, participaram da pesquisa duas mulheres idosas provenientes da denominada “classe média alta”. Essas duas informantes são pacientes assistidas pela pesquisadora em tratamento de fisioterapia domiciliar há aproximadamente três anos.

No hospital, foram escolhidas de forma aleatória mulheres idosas, internadas em enfermarias no período de permanência da pesquisadora no local (meses de setembro, outubro e novembro de 2006), tendo como critério de inclusão no estudo a norma de selecionar a primeira admitida do dia no quadro de pacientes de cada enfermaria e ter idade igual ou superior a sessenta anos. Além desses pressupostos a paciente deveria ter pleno entendimento das perguntas formuladas.

5.4 Coleta de Dados

Com o objetivo de captar o discurso das idosas, sujeitos da pesquisa, foram realizadas entrevistas, inspiradas no modelo de cunho etnográfico, organizadas e conduzidas numa perspectiva não estruturada, contando com temáticas de ordem geral, guiando a conversa de modo a obter descrições culturais do modelo explicativo do paciente que emergem do próprio sujeito (KLEINMAN, 1988).

Para o acesso às informações pertinentes às informante-chave foi utilizada a narrativa como técnica na pesquisa para a coleta de dados. Segundo Labov (1977), a narrativa é uma técnica de recapitular a experiência passada através da combinação da seqüência verbal de sentenças com a seqüência de eventos que (infere-se) de fato ocorreram. Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social (LIRA, CATRIB e NATIONS, 2003). Deve-se iniciar a técnica da narrativa explicando aos sujeitos o contexto da investigação, o problema que a motivou, seus objetivos e sua relevância.

Para a realização das entrevistas no contexto hospitalar foram tomadas como perguntas norteadoras os seguintes questionamentos: “O que significa para a senhora estar

internada nesse hospital? Quais os seus sentimentos em relação a sua hospitalização?”. Para as mulheres da Comunidade e as pacientes da fisioterapia domiciliar as perguntas norteadoras foram “Qual a sua percepção sobre o envelhecimento”, “O que é sofrimento?”, “O que lhe faz sofrer e quais estratégias utiliza para enfrentá-lo?” e “O que é vida boa”. As perguntas norteadoras foram explicadas em um vocabulário que permitia a sua total compreensão. As entrevistas foram gravadas com o consentimento das entrevistadas e transcritas posteriormente. No hospital, para que fosse possível captar as percepções das pacientes em diferentes momentos de sua estadia no ambiente hospitalar, buscamos adotar a observação de cunho etnográfico. A observação deu-se a partir do primeiro contato da pesquisadora com a paciente até a sua alta ou até o encerramento do período da pesquisadora no recinto hospitalar.

5.5 Análise dos Dados

Foi empregada a técnica de análise categorial de Bardin (1977). Segundo o autor, a análise categorial de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. A análise de conteúdo pode utilizar diferentes técnicas, tais como análises de expressões, avaliação, enunciação e análise temática, quando se pretender alcançar significado revelado de forma explícita ou implícita. Optou-se pela análise temática por considerar essa técnica apropriada ao estudo proposto. As categorias de análise emergiram das falas das entrevistadas. Para a análise das entrevistas narrativas, o primeiro passo é a conversão dos dados através da transcrição das entrevistas gravadas. As narrativas das senhoras pesquisadas no hospital foram lidas exaustivamente com a finalidade de perceber as formas como vivenciaram o período em que permaneceram hospitalizadas.

Conforme Lira (2003) o método da análise temática de conteúdo em pesquisa narrativa deve ser organizado em três pólos cronológicos: pré-análise do material coletado, a exploração do material (codificação) e o tratamento do resultado (interpretação). Deve-se ressaltar que, todas essas etapas, a sensibilidade do pesquisador e suas vivências anteriores são fatores que não podem ser desprezados.

ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto segue as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, de 10/10/96 e foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTO, E. **O Conflito com a doença no idoso.** In: ANGERAMI-CAMON (Org.). *Urgências Psicológicas no hospital.* São Paulo: Pioneira, 1998.

ANDRADE, L.O.M. **SUS Passo a Passo.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ANDERSON, M.I.P., **Saúde e Condições de Vida no Brasil.** Textos Envelhecimento. v.1n.1 Unati-Rio de Janeiro nov.1998

ANGERAMI-CAMON. **Breve Reflexão Sobre a Postura do Profissional da Saúde Diante da Doença e do Doente.** In: *Urgências Psicológicas no Hospital.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002 (Organizador).

BEAUVOIR, Simone. **Os dados da Etnologia.** In *A Velhice.* Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1990.

BEAUVOIR, Simone. **Preâmbulo.** In: *A Velhice.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERQUÓ, E. **Características demográficas e socio-econômicas da população idosa. Diferenças inter e intra-regionais.** Debate. In: *Seminário Nacional dos Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade, Belo Horizonte, 1992. Anais: a população idosa no Brasil - perspectivas e prioridades das políticas governamentais e comunitárias.* Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1992. p. 41-62.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Editora Porto, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8,842.** sancionada em 04/01/1994: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo Brasília, 4 jan.1994.*

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Brasília, 2003.

BRASIL.1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa de Brasil, Brasília, nº 237-E, p.20-24, seção1, 13 de dezembro 1999*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).** Brasília: MS, 2002.

Carta dos Idosos à Nação Brasileira Avaliando a Aplicação do Estatuto do Idoso. *A Terceira Idade, São Paulo, v.16,nº34, pág.79-88, outubro 2005*

CARVALHO F.; TELAROLLI R.Jr; MACHADO, J.C.M.S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública, 14: 617-621, 1998.**

- CHAIMOWICZ, Flávio, **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Rev. Saúde Pública, 31 (2): 184-200,1997.
- COELHO FILHO, J.M. **Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos.** Rev. Saúde Pública,2000, 34:666-71
- COELHO FILHO, J.M. **Atenção ao Idoso no PSF.** Sanare. Revista de Políticas Públicas de Sobral/Ce. Ano III, n.1, jan/fev./mar.2002
- COPPE, A.A.F., MIRANDA, E.M.F., O psicólogo diante da urgência no pronto-Socorro In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. **E a Psicologia entrou no Hospital...** São Paulo: Pioneira, 2001.(Organizador)
- COSTA,N.E.; MENDONÇA,J.M.; ABIGALIL,A. **Políticas de Assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa.** In FREITAS, E.V. Freitas. (Orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2002. p. 1077-1082.
- DEBERT, G. G., **Conceito etimológico e significados da palavra “velho” e similares.** Revista Kairós, São Paulo, 7 (2), dez. 2004, pp.21-44.
- DESLANDES, S.F. **Ciência e Saúde Coletiva.**vol.9,n.1.2004.
- DIAS,M.A.A., **Humanização Hospitalar: uma responsabilidade compartilhada.** O Mundo da Saúde.São Paulo:2006:abr/jun 30(2):340-343.
- DUARTE, R. **Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo.** Cadernos de Pesquisa, n.115, p. 139-154, março,2002.
- FERREIRA,A. M. T. G. B., DERNTL,A.M., **Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem.** O Mundo da Saúde.São Paulo,ano 29,v.29,n.4. out/dez 2005
- FIRMO, J.O.A.; BARRETO, S.M.; LIMA-COSTA, M.F. **Projeto Bambuí: fatores associados ao tratamento da hipertensão arterial entre idosos na comunidade.** Cadernos de Saúde Pública, 19: 817-827, 2003.
- FOUCAULT,M. **O Nascimento do Hospital** In Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 295p.1979.
- GALLIAN, D. M. C. **A (re) humanização da Medicina.** Psiquiatria na Prática Médica. v.33,n.2,2000.
- GEERTZ,C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213P.
- GOFFMAN,E. **Manicômios,prisões e conventos.** São Paulo: editora perspectiva, 2005.
- GOLDMAN, S. N. **Velhice e direitos sociais.** In: Paz, S.F. Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro.A.N.G. 2000. Pag..13-42.

GOMES, A. M. A., **Hospital humano: etnoavaliação centrada no usuário-cidadão**. Dissertação apresentada ao curso de mestrado acadêmico em educação em saúde do centro de ciências da saúde da Universidade de Fortaleza, 2005, 210p.

HOGA, L. A. K. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão**. Rev Esc. Enfem. USP, 2004, 38(1):13-20.

HUMANIZA SUS: **política nacional de humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 1. ed., 1º reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. *Universalização de Direitos Sociais no Brasil: previdência rural nos anos 90*. Brasília: IPEA, 2000.

ISCHIARA, J. C. **Humanização da assistência hospitalar: um estudo de caso em Hospital Público Regional**. Dissertação apresentada ao curso de mestrado acadêmico em saúde pública do centro de ciências da saúde da Universidade Estadual do Ceará, 2003. 175p.

KALACHE, A. & KICKBUSCH, I. **A global strategy for healthy ageing**. Word Health (4) julho-agosto, 4-5. 1997

KALACHE, A., RAMOS L. R., VERS, R.P., SILVESTRE, J.A. **O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde**. Arq. Geratr. Gerotol 1996; 1(1):81-8.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books; 1988. 284p.

LABOV, W. **The transformation of experience in narrative syntax**. In: Labov W. **Language in the inner city: studies in the Black English Vernacular**. Oxford: Brasil Blackwell; 1977. p. 354-96

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. Martins Fonte, São Paulo: 1991

LEITE, T.A.A.F, STRONG, M.I. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar**. Mundo da Saúde .São Paulo. 2006:abr/jun 30(2):203-214

LIRA, G.V.; CATRIB, A.M.F.; NATIONS, M.K. **A narrativa na pesquisa em saúde: perspectiva e método**. Revista Brasileira em promoção da saúde. v.16. n.1 Fortaleza: Universidade de Fortaleza. 2003.

LIRA, G.V. **Avaliação da ação educativa em saúde na perspectiva compreensiva: o caso da Hanseníase [tese]**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza. 2003.

LITVAK, J. **El envejecimiento de la población: um desafio que va más allá del año 2000**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamamericana 109:1-5, 1990.

LITVOC, J.; BRITO, F. C.; **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004

LOURENÇO, R.A.; MARTINS, C.S.F.; SANCHEZ, M.A.; VERAS, R.P. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda.** Revista Saúde Pública, v.39 n.2 São Paulo. Abril. 2005.

MADEL, T.L. **As instituições como núcleos específicos de poder** In: As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de Hegemonia. Graal: Rio de Janeiro, 1986.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da Percepção.* Rio de Janeiro: Freire Bastos, 1971.

MERCADANTE, E. **Aspectos Antropológicos do Envelhecimento.** In: PAPALÉO NETTO. Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

MINAYIO, M.C.; COIMBRA, JR., C.E. *A Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento* In: MINAYIO, M.C.; COIMBRA, JR., C.E.A. (Org.) Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NATIONS, M.K. & NUTO, S.A.S. **“Tooth worms”, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brasil.** Social Science & Medicine 54 (2002) 229-244

NATIONS, M.K.; MONTE, C.M.G. **“I’m not dog, no!” Cries of resistance against cholera control campaigns.** *Social Science and Medicine*, 43:1007-1024, 1996.

NÉRI, A.L., **Palavras: chave em gerontologia.** Campinas: Alínea: 2001.

_____. **Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal.** O Estado de São Paulo. In: VON SIMSON, O.R.M.; NERI, A. L.; CACHIOLI, M. (Orgs). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Átomo e Alínea, 2003, p.13-54.

_____. **As Políticas de Atendimento aos Direitos da Pessoa Idosa Expressas no Estatuto do Idoso.** A Terceira Idade, São Paulo, v.16, nº 34, outubro, 2005.

.

NUTO, S.S.; NATIONS, K. **Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania.** Ação coletiva, n.2, p.25-29, 1999.

NUTO, S.A.S. **Avaliação crítica e cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE: A vez e a voz do usuário.** (Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária; Fortaleza, Ceará, 1999.

OLIVEIRA, R.C.S. **Velhice - Teorias, Conceitos e Preconceitos.** In: A Terceira Idade, v.13, nº25, agosto, São Paulo, 2002

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE, J.R. **Envelhecimento: Desafio na Transição do Século.** In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia.- A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002

PAPALÉO NETTO, Matheus; BRITO, Francisco Carlos. **Urgências em geriatria.** São Paulo: Atheneu, 2001

PASCHOAL, S.M.P. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia- A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002

_____. **Autonomia e independência**. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia- A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002

PEREIRA, I.M.T.B.; PENTEADO, R.Z.; MARCELO, V.C. Promoção da saúde e educação: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 24, v.24, n.1. jan/fev. 2000.

PY, L. **Envelhecimento e Subjetividade**. In: Tempo de Envelhecer. Organizadora. Rio de Janeiro: Nau, 2004

RAMOS, L.R.etal. **Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar**. Revista de Saúde Pública, 1993;27(2):87-94.

RAMOS, L.R.; VERA, R.P.; KALACHE, A. **Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira**. Revista de Saúde Pública., São Paulo, 21:211-24, 1987

RAMOS, L.R., COELHO FILHO, J.M. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

RIBEIRO, R. C. L. et al. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Idosos**. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, p.85-96, 2002

SAYEG, M.A., MESQUITA, R.A.V. **Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento**. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.), Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1084.

SILVA, J.C. **Velhos ou Idosos**. In: A Terceira Idade, v.14, nº26 São Paulo, Janeiro, 2003.

SILVA, M.C. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Textos Envelhecimento, v.8 n.1 Unati: Rio de Janeiro, 2005.

SIQUEIRA, J.E., **A arte perdida de cuidar**. Bioética .2002.vol.10 nº 2

UCHÔA, E., VITAL, J.M. **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença**. Caderno de Saúde Pública, Ri de Janeiro, 10 (4), 497-504, out./dez. 1994.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; COSTA, M.F.L. **Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural**. In: MINAYIO, M.C.; COIMBRA, JR., C.E.A. (Org.) Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

UNITED NATIONS. **Resolução nº 46/91** aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas em 16/12/1991.

VERAS, R.P. **A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos.** In: Veras R.P. País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará- UERJ, 1994.

_____. **Atenção Preventiva ao Idoso – Uma Abordagem de Saúde Coletiva.** In: PAPALÉO, Netto. Gerontologia - A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A., **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade.** Revista de Saúde Pública. v.21n.3 São Paulo, 1987.

VERAS, R.P.; MURPHY, E. **The mental health of older people in Rio de Janeiro.** Int. J. Ger. Psychiatry, 9:285-95, 1994.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde : uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editora, 2000. 136p.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

APÊNDICE A – GUIA DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA 1

Cenário: Hospital

Temáticas a serem exploradas

1. Condição sociodemográfica
2. Sofrimentos sentidos durante a permanência hospitalar
3. Barreiras estruturais no hospital
4. Acolhimento
5. Cuidado recebido
6. Satisfação

Perguntas norteadoras

- 1) Como esta sendo a sua permanência nesse hospital?
- 2) A senhora sente-se bem nesse local?
- 3) Como a senhora avalia os cuidados recebidos dos profissionais que lhe assistem?
- 4) A senhora recebe informações sobre o tratamento médico prescrito?
- 5) As suas dúvidas sobre a sua saúde são esclarecidas?
- 6) A senhora acredita que os profissionais que lhe atendem estão preparados para lidar com o público de mais idade? Caso a resposta seja positiva ou negativa solicitar um exemplo da situação vivenciada.
- 7) A sua privacidade é respeitada?
- 8) As suas necessidades são atendidas sem demora?
- 9) Na sua opinião o paciente idoso é bem cuidado nesse ambiente hospitalar?

APÊNDICE B – GUIA DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA 2
Cenário: Comunidade dos Cocos

Temáticas a serem exploradas

7. Condição sociodemográfica
8. Sofrimentos vividos e estratégias para enfrentá-los
9. O que é envelhecer”
10. Definindo “vida boa”

Perguntas norteadoras

- 1) O que é sofrimento para a senhora e o que a faz sofrer?
- 2) Que estratégias são usadas para esquecer o que a faz sofrer?
- 3) Qual a sua percepção sobre envelhecer, ser velho?
- 4) O que significa para você “vida boa”?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre humanização do cuidado da mulher idosa nessa instituição hospitalar. As participantes da pesquisa estão sendo escolhidas aleatoriamente, contanto que se encaixe nos critérios de inclusão necessários: idade igual ou superior a sessenta anos, não apresente problemas cognitivos e que esteja hospitalizada com um tempo de hospitalização não inferior três dias, a partir do primeiro contato com a pesquisadora. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa em nada interferirá no seu acompanhamento hospitalar. O objetivo da pesquisa é avaliar como as pacientes idosas percebem o tratamento recebido nesse hospital. A participação nesta pesquisa será através de observação e entrevistas.

Não existe risco relacionado à participação das senhoras e sim benefícios, contribuindo assim para um aprendizado e reflexão sobre o tema. As informações obtidas nestas entrevistas serão utilizadas apenas para atender os objetivos da pesquisa, e, quanto à sua identidade será assegurado sigilo. Será usado um nome fictício para divulgação das informações prestadas, impossibilitando assim a sua identificação.

A senhora receberá uma cópia desse termo onde possuem meios de contatar com a pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas a qualquer momento.

Entrevistadora / Pesquisadora

Selene Maria de Oliveira Schramm Fone: 99851865

Endereço: Rua João Brígido, 1956 apto 302, Dionísio Torres - Fortaleza-CE Tel (85) – 34773280 / 32614700

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (Av. Washington Soares, 1321, 60818-341 Fortaleza- CE ou coética@unifor.br.)

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

Sujeito da pesquisa _____ em ___/___/___

Responsável _____ em ___/___/___

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre humanização do cuidado da mulher idosa hospitalizada. As participantes da pesquisa estão sendo escolhidas entre mulheres acima de sessenta anos, que realizam tratamento fisioterapêutico domiciliar com a pesquisadora desse estudo e com integrantes do Projeto de Responsabilidade Social na Comunidade dos Cocos que freqüentam assiduamente os encontros semanais. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa em nada interferirá na sua participação no projeto. O objetivo da pesquisa é conhecer como mulheres idosas percebem os conceitos de sofrer, envelhecer e do que é “vida boa”. A participação nesta pesquisa será através de observação e entrevistas.

Não existe risco relacionado à participação das senhoras e sim benefícios, contribuindo assim para um aprendizado e reflexão sobre o tema. As informações obtidas nestas entrevistas serão utilizadas apenas para atender os objetivos da pesquisa, e, quanto à sua identidade será assegurado sigilo. Será usado um nome fictício para divulgação das informações prestadas, impossibilitando assim a sua identificação.

A senhora receberá uma cópia desse termo onde possuem meios de contatar com a pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas a qualquer momento.

Entrevistadora / Pesquisadora

Selene Maria de Oliveira Schramm Fone: 99851865

Endereço: Rua João Brígido, 1956 apto 302, Dionísio Torres - Fortaleza-CE Tel (85) – 34773280 / 32614700

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (Av. Washington Soares, 1321, 60818-341 Fortaleza- CE ou coética@unifor.br.)

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

Sujeito da pesquisa _____ em ___/___/___

Responsável _____ em ___/___/___

RESULTADOS – ARTIGOS 01 e 02

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA

HUMANIZATION OF HOSPITAL CARE FOR ELDERLY WOMEN

RESUMO

Esse estudo se propõe a compreender o significado da humanização na percepção de mulheres idosas hospitalizadas em uma instituição pública na cidade de Fortaleza-Ce. Partiu-se do fato de que o envelhecimento populacional no Brasil já é uma realidade. Outra idéia relevante é que a mulher, de acordo com estudos na área, vive mais do que o homem, o que a faz solicitar, com mais freqüência, serviços do sistema de saúde. Quando a mulher idosa necessita de internação hospitalar na rede pública, na maioria das vezes, traz com ela a sua condição de mulher doente, pobre e de baixa escolaridade. Nove mulheres compuseram o grupo de informantes-chave. De setembro a novembro de 2006, foram realizadas entrevistas abertas de cunho etnográfico e narrativas sobre humanização hospitalar. Utilizando-se uma abordagem qualitativa baseada na antropologia interpretativa, os dados revelaram que, embora práticas consideradas humanizadas estejam presentes no hospital, a violência institucional revelada através das narrativas das informantes mostra o descaso no cumprimento dos direitos instituídos pelas políticas de proteção às pessoas idosas. Longo período de internação, tratamento infantilizado e barreiras estruturais à condição do paciente idoso foram alguns aspectos revelados como desumanizantes ao cuidado recebido.

Palavras chave: mulher idosa, humanização, hospital, políticas do idoso

ABSTRACT

The aim of this study was to ascertain the meaning of humanization in the perception of elderly women in a public hospital in Fortaleza-CE. The fact that the ageing of the population in Brazil is already a reality was taken as the starting point. Another relevant aspect is that women, according to studies in the field, live longer than men, which causes them to require the services of the health system with greater frequency. When the elderly woman requires admittance to a public hospital, she brings with her the status of a sick, poor woman with little schooling. Nine women comprised the main group of informants. Between September and November 2006, open interviews of an ethnographic nature were conducted, as well as narratives about humanization of hospitals. Using a qualitative approach based on interpretative anthropology, the data revealed that, although practices considered humanized are present in the hospital, institutional violence revealed in informants' narratives shows a lack of concern with preservation of the rights instituted by policies for protecting the elderly. A long hospital stay, patronizing treatment and structural barriers for elderly patients were amongst the aspects revealed as dehumanizing the care received.

Key words: elderly women, humanization, hospital, policy for the elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional do Brasil é uma realidade. De forma rápida e intensa muda-se o perfil de nação jovem para nação envelhecida.

Projeção do IBGE para o ano de 2025 no Brasil é que 15% da população será constituída de idosos, o que corresponderá aproximadamente 30 milhões de indivíduos (SILVA, 2005).

Um grande desafio no Brasil é o envelhecimento populacional em condições de grande desigualdade social, sendo a pobreza considerada uma característica marcante da velhice no nosso país.

Esse processo de transição demográfica vem apontando para as demandas dos serviços sociais e de saúde necessários para atender às especificidades da população em envelhecimento. Acompanhando a mudança no processo demográfico, segue-se o processo de transição epidemiológica, com a substituição das doenças infecto-contagiosas por patologias mais complexas e de intervenção mais onerosa.

Com a idade surge o aumento de doenças e das condições que podem levar à hospitalização. Visando resguardar os direitos desse segmento populacional em ascensão, foram instituídas as políticas de proteção ao idoso. Nestas políticas, o papel do Sistema Único de Saúde - SUS está bem definido no sentido de garantir a atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis.

Abordar sobre as políticas do idoso nos remete a questão da manutenção da capacidade funcional e da autonomia, aspectos tão importantes na abordagem da saúde das pessoas de maior idade, que devem ser lembradas em todas as instâncias, inclusive no hospital. O conceito de autonomia seria a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (WHO, 2005). Já a capacidade funcional pode ser definida como poder desempenhar sozinho as atividades instrumentais da vida diária e de auto-cuidado (NÉRI, 2001).

Entretanto, percebe-se que apesar do conteúdo avançado de tais políticas, elas não são, efetivamente implementadas, esbarrando na própria estrutura do nosso sistema de saúde que não está ainda preparado para aplicá-las ou mesmo porque desconhece o que determinam esses documentos.

Por outro lado, um tema que está cada vez mais em evidência no âmbito da saúde é a questão da humanização da assistência. Humanizar, segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH significa “garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos precisam ser reconhecidos pelo outro (MS, 2006). A humanização da assistência hospitalar requer uma visão ampla do ser humano em sua dimensão biopsicosocial, com sua história de vida agregada de valores culturais, em um momento que se encontra fragilizado pela a sua doença e pela situação de internação (LEITE & STRONG, 2006).

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo compreender o significado da humanização do cuidado na percepção de mulheres idosas hospitalizadas, tomando como referência os direitos preconizados nas políticas do idoso e no Código de Direitos do Paciente do SUS.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo foi realizado em dois contextos distintos. Primeiramente em uma favela denominada “Comunidade dos Cocos”, localizada no bairro da Praia do Futuro II, ao leste da cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no nordeste brasileiro. No período de maio a novembro de 2005, foram criados laços de afetividade com mulheres acima de sessenta anos participantes de um grupo de idosos que se reúnem semanalmente para participar de um Projeto Social desenvolvido por professores e alunos de uma faculdade local. Esses laços foram construídos através da participação da pesquisadora no Projeto. Foram identificadas e selecionadas três informantes-chave, moradoras da comunidade, com média de tempo residindo no local de 15 anos, consideradas “*experts* culturais” sobre a vida no local. Entrevistas abertas de cunho etnográfico com questões norteadoras foram utilizadas com o intuito de levantar o perfil sócio-demográfico de uma amostra da população idosa que vive à margem da sociedade, assim como conhecer o significado que essas mulheres atribuem ao envelhecimento, o que é sofrimento para elas e a percepção que têm sobre o que significa *vida boa*. A observação/ participante da pesquisadora permitiu acompanhar momentos da vida cotidiana das informantes chaves, tais como condições de moradia e participação nos encontros do Projeto Social.

O segundo contexto do estudo foi realizado num hospital público, também em Fortaleza, nos meses de outubro e novembro de 2006. As pacientes idosas atendidas nesse hospital provêm, em expressivo número, da periferia da capital ou do interior do estado, em busca de tratamento clínico e/ou cirúrgico. Entrevistas de cunho etnográfico, abertas e profundas, partindo também de perguntas norteadoras, foram realizadas com nove mulheres na faixa etária compreendida entre setenta e um e noventa anos, selecionadas aleatoriamente nas clínicas médicas e cirúrgicas, buscando desvelar os significados atribuídos aos cuidados recebidos no período hospitalar. As entrevistas foram realizadas na própria enfermaria onde se encontrava a paciente, permitindo a narrativa da experiência vivenciada. Como critério de inclusão no estudo observou-se a norma de selecionar a primeira no quadro de pacientes de cada enfermaria, ter idade igual ou superior a sessenta anos e período de internação recente, não ultrapassando três dias no hospital, a contar do primeiro contato com a pesquisadora. Foram excluídas pacientes com problemas cognitivos ou de fala. Nomes fictícios foram utilizados para preservar o anonimato das informantes-chave. Os dados das pacientes quanto a idade, escolaridade, procedência e diagnóstico clínico foram consultados nos prontuários.

A observação/participante da pesquisadora se deu em vários momentos do período de internação através do acompanhamento do percurso do usuário: cuidados médicos e de enfermagem, horário de visita dos familiares, refeição, alta hospitalar e conforto espiritual (missa na capela). Foi utilizado um diário de campo como suporte para registro dos dados percebidos.

Nos dois contextos da pesquisa, em momentos determinados, foi utilizada a técnica de narrativa com o intuito de conhecer melhor a realidade vivida pelas informantes-chaves. Os dados das entrevistas e das narrativas foram gravadas, transcritas, codificadas e classificadas em categorias que emergiram das próprias falas das participantes, tomando como referencial a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). Utilizaram-se também as observações do diário de campo como suporte para os dados coletados. No contexto da comunidade emergiram as categorias: 1. O olhar sobre o que é envelhecer; 2. Sofrimento percebido; 3. Percepção sobre vida boa. No contexto do hospital as categorias foram: 1. Quem são essas senhoras; 2. Sentimentos vividos no período da hospitalização; 3. Aspectos que humanizam e desumanizam a hospitalização. As categorias emergentes foram condensadas em três grandes categorias: 1. Ser mulher e Envelhecer na Comunidade dos Cocos; 2. Adoecer, internar e sofrer 3. Mulher idosa e a experiência em um hospital público.

A metodologia qualitativa fundamentada na antropologia interpretativa foi utilizada para a interpretação dos dados.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital da pesquisa, e seguiu as normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Seguindo orientação desse não identificamos o nome do hospital. Ele será referido em todo presente texto apenas como “o hospital”.

RESULTADOS

Ser Mulher e Envelhecer na Comunidade dos Cocos

Ser mulher idosa numa comunidade pobre significa envelhecer sozinha, ser o chefe da casa, ter dependentes financeiros, viver com baixas aposentadorias e/ou pensões, ter preocupações com o alimento, passar pela experiência de ser abandonada ou do luto em relação ao companheiro, filho ou neto e apresentar problemas de saúde, como nos relatam as informantes-chave. São “arrimos” de família, sustentando com suas poucas aposentadorias filhos e/ou netos, situação tão comum na realidade social do idoso pobre no Brasil. Assumem também o papel de cuidadoras, seja dos netos, crianças ou adolescentes, filhos deficientes ou maridos doentes.

Um grupo de três mulheres moradoras da Comunidade dos Cocos compôs o primeiro momento deste estudo. Duas são viúvas e uma separada, moram com filhos ou netos, apresentam pouco ou nenhum estudo e vivem de aposentadoria e ou pensão no valor de um salário mínimo. D. Antonia, natural de Fortaleza, 61 anos, moradora da comunidade há mais de quinze anos, viúva, relata que seu marido morreu devido à bebida. Sustenta a si própria, uma filha, que ela informa ser “casquera”, (recolhe material do lixo para vender), três netos e um bisneto com os proventos de sua aposentadoria no valor de um salário mínimo vigente. Quando jovem, trabalhou com faxina e lavagem de roupa. Atualmente ainda consegue manter uma lavagem semanal para complementar a renda familiar. Não lê e nem escreve. O seu aspecto sofrido, refletido no rosto enrugado e no corpo curvado, faz com que aparente

bem mais idade. Queixa-se freqüentemente de dores nas costas. Mora em um casebre minúsculo na companhia de seus dependentes e faz uso do álcool com freqüência.

D. Conceição é outra informante. Muito comunicativa, tem 70 anos, é natural de Aquiraz, município da região metropolitana de Fortaleza, habita na área da praia há vinte e seis anos e na comunidade há catorze, época em que o marido saiu de casa. Em sua companhia moram dois netos adolescentes, um deles com problema mental. Lê e escreve mal. Quando jovem trabalhava como faxineira em um hospital público. Apresenta diabetes e mantém uma relação complicada com sua doença, pois alega ser difícil seguir uma dieta apropriada com a sua baixa renda. Embora morem com ela apenas os dois netos adolescentes, alimenta outros três netos adultos jovens e desempregados que vivem na marginalidade. Não recebe nenhum tipo de auxílio do seu ex-companheiro, pois como ela mesma diz *“não me dá nem uma banana podre”*. Vive somente da aposentadoria que recebe no valor de um salário mínimo.

Outra informante-chave trata-se de D. Raimunda, 79 anos. Nasceu em Acaraú, interior do estado. Há trinta anos mora na área da Comunidade. Ficou viúva há seis anos, depois de cuidar por oito anos do marido prostrado, doente do coração. Trabalhou com o marido em uma barraca na praia por muitos anos, quando era jovem. Lê e escreve mal. Mora em sua companhia um filho separado da mulher e desempregado. Recebe aposentadoria e uma pensão deixada pelo marido falecido. Locomove-se com dificuldade devido a problemas articulares nos tornozelos e joelhos. Mora em uma casa de cinco cômodos, escura e quente pois não tem janelas. Sua moradia tem somente como abertura duas portas de acesso, uma na frente e outra atrás da casa. O chão de cimento batido é coberto por pedaços de tapetes velhos para tirar a “frieza” e não afetar o seu reumatismo. Sua doença dificulta-lhe realizar as atividades domésticas. Perdeu recentemente um filho que vivia também sob seus cuidados. *“Era doente, tinha problema na cabeça”*.

D. Antonia, D. Conceição e D. Raimunda realizam todas as atividades domésticas, como lavar, passar, limpar e cozinhar. Nesse contexto social, percebe-se que a preocupação com a sobrevivência é uma constante na vida de seus moradores, sendo em grande parte as mulheres responsáveis pelo sustento familiar. Para garantir essa sobrevivência é necessário ter em casa o alimento para filhos e netos, que é custeado pela aposentadoria da idosa. Como diz D. Antonia, envelhecer é *“a pessoa ter a preocupação como eu tenho né? No dia que falta, a gente só falta ficar doido.”* A preocupação com a falta do alimento em casa para os netos e para si traz sofrimento. Na sua história de vida relata o sofrimento pela vida de

privações que sempre sofreu: *“Sofrimento, minha filha, eu sofri muito, mas foi quando vivi com o marido, que Deus levou: dava agonia de fome, só não apanhava por que eu corria; com dinheiro no bolso ia jogar baralho (baralho), e beber cachaça.”* Hoje, viúva, também faz uso da cachaça para esquecer o sofrimento referido.

A falta do alimento mexe com a saúde, induz a violência, como demonstra a fala de Conceição:

“...eu vivo preocupada com eles (netos e filhos) com o meu salário, que é pouco. Pago luz, pago água, tenho que comprar alimentação, tenho diabetes, se eu não me alimento direito eu fico toda me tremendo, falta de alimento... o que é um salário mínimo? As vezes eu quero comprar uma coisa, mas nunca dá, porque o dinheiro é pouco. (...) me preocupo com um filho que vive preso, tenho três netos que não faz conta da gente, não obedece, eu vivo preocupada com eles, porque vive no mundo do crime, da droga..”.

A convivência com a violência faz parte desse universo. Há um ano perdeu um neto assassinado. Envelhecer para essas mulheres é conviver com a preocupação do sustento da família, é sofrer com o envolvimento de filhos e netos no mundo marginal. O sofrimento também está associado com a perda da saúde atribuída ao envelhecimento. Manter-se ativas é de fundamental importância já que são responsáveis também pelos afazeres domésticos. Essa percepção tem D. Raimunda quando diz: *“...sofrimento é a doença. Há se eu tivesse saúde... Velho é isso mesmo.”*

Conservar a saúde é expresso por essas mulheres como o bem mais valioso. O entendimento que têm sobre o que consideram “vida boa” é ter saúde para continuarem trabalhando. Viver em paz significa não ter pessoa sua envolvida em brigas, roubos e droga. *“É ter saúde, é a coragem de trabalhar. (...) ter saúde, coragem de trabalhar e viver em paz é ter vida boa. “ ... saúde é a melhor coisa que tem. Melhor que o dinheiro, diz D. Antonia. Vida boa também pode ser entendida como ter dinheiro para comprar algo que se necessita para a sobrevivência. ”Vida boa?” “É a pessoa ter saúde, ter o seu alimento certo, ter seu dinheiro para comprar uma coisa que está precisando, e viver tranqüila, na paz, sem preocupação. “Primeiramente a saúde”, responde D. Conceição. “O que me dá mais felicidade é quando eu tou melhor, com um pouco de saúde. Ah, eu tou feliz...”* complementa D. Raimunda.

Quando a saúde falta e a doença prevalece, essas mulheres são obrigadas a parar. Nessa parada, muitas vezes, o seu destino é o hospital público.

Adoecer, internar-se e sofrer

O sofrimento da mulher pobre e idosa se intensifica quando chega ao hospital. Além da doença que carrega e limita as suas atividades, acrescenta-se o descaso com que muitas vezes são tratadas. A pessoa idosa é vista como um indivíduo que não tem pressa, que possui todo o seu tempo disponível. Na maioria das vezes, não está mais inserida no mercado formal de trabalho e não possui filhos crianças para cuidar. Ao ser hospitalizada ela deixa de ser mãe e avó e assume o papel de paciente. Entretanto, experiências vividas e aprendidas ao longo da vida tornam essas mulheres mais tolerantes com a realidade que defrontam quando chegam ao hospital público.

O perfil sócio-demográfico dessas mulheres, informantes-chave do hospital, é heterogêneo, embora predomine o mesmo das mulheres relacionadas no contexto anterior. Por essa assemelhado, delineamos primeiramente o perfil de mulheres idosas moradoras da comunidade do Cocos, analisamos a percepção que têm sobre o que significa envelhecer e percebemos o papel social que desempenham no contexto familiar. Com esse perfil delineado adentramos no contexto hospitalar. O grau de escolaridade observado varia da condição de analfabeta até o antigo ginásio, encontrado no caso de uma informante. Dependem, sobretudo de aposentadorias e/ou pensões no valor que varia de um salário mínimo vigente (a maioria) até três salários (uma informante). São mulheres usuárias do SUS, procedentes da região metropolitana de Fortaleza ou do interior do estado. Essas mulheres vivenciam a ruptura de suas atividades cotidianas, de seus afazeres domésticos para ficarem hospitalizadas, realizar exames, aguardar diagnóstico e serem submetidas a cirurgia quando preciso. O tempo longo e ocioso passado no hospital à espera dos procedimentos necessários provoca sofrimento. Os dias que permanecem afastadas de casa, de suas ocupações e do convívio familiar trazem angústia a estas mulheres que, embora estejam em uma idade que deveriam ter uma vida mais mansa e tranqüila, ainda desempenham um papel bastante ativo na dinâmica familiar.

Esse pensamento acerca da hospitalização está bem expresso na fala de D. Maria, 74 anos:

“...estou achando muito ruim (...) tenho muitas coisas pra fazer e agora estou aqui aguardando cirurgia. Não é como está em casa lutando com uma coisa e outra. Aí o tempo se passa muito ligeiro, nunca dá tempo para fazer o que se quer fazer. Não tem sofrimento maior aqui do que esse de ficar aguardando uma cirurgia”.

É viúva, mora com duas filhas solteiras e um neto na cidade de Viçosa, interior do estado. Embora as filhas trabalhem como professoras de uma escola pública na cidade interiorana, alega que o ganho é pouco. Então realiza, além dos serviços domésticos, atividades como confeccionar bijuterias, costurar e cobrir cadeira de palha para melhorar a renda doméstica. Faz “*de tudo um pouco*” como ela mesma fala. Aos sábados, mantém uma “banquinha” na feira de sua cidade, onde vende o que confecciona. Desabafa dizendo “*agora tá fechada... (período de sua hospitalização) é de lá que eu tiro alguma coisa (dinheiro) para ajudar em casa*”. Para melhor definir o seu papel no contexto familiar usa de metáfora quando diz “*sou o homem e o curumim da casa*”. Explica que curumim é o termo usado em sua cidade para designar quem faz mandado, conserto, compra, enfim, quem faz tudo em casa. Considera-se o homem da casa pois seu marido, hoje falecido, abandonou a família para viver com outra mulher. Durante muito tempo batalhou sozinha para manter as filhas ainda crianças na escola.

“Ele era da polícia, né? Aí, nós era largado (separado) há 25 anos. Eu num sabia nem onde ele vivia. Quando foi para morrer, foi que deram notícia que ele estava muito mal, porque estavam aí brigando por causa de um dinheiro dele. Aí mandaram dizer (avisar). (...) ele me fez um mal medonho, porque eu eduquei elas (filhas) sozinha e Deus. E ele aqui (Fortaleza) dando o melhor para a mulher que arrumou”.

Sua expectativa no momento é restabelecer a saúde para voltar ao trabalho. As doenças que essas mulheres apresentam possuem para elas um significado que extrapola o modelo biomédico, pois são entendidas como fruto de experiências vividas e do contexto cultural em que vivem. Um exemplo disso é o problema de saúde que D. Maria apresenta, diagnosticado no seu prontuário como obstrução do esôfago. Para ela, as aflições passadas há mais de trinta anos, em um período de resguardo, foram a causa da obstrução no esôfago que padece faz anos e que hoje está impedindo-a de engolir. Assim narra o seu problema:

“tenho esse problema do esôfago por causa de resguardo meu, de mulher que ele (marido)arrumava e botou lá perto de minha casa. Eu tava com um dia de resguardo, estava comendo, quando ele chegou querendo matar todo mundo dentro de casa. Ele bebia. Saiu todo mundo para o meio da chuva só de camisola”.

A demora na resolução dos problemas de saúde apresentados por mulheres idosas hospitalizadas está bem nítido na experiência vivenciada por D. Pérpetua, 76 anos, viúva, procedente de Itapajé, cidade distante trezentos quilômetros da capital, Fortaleza. Peregrinou

por três hospitais públicos em busca da resolução do seu problema de saúde, permanecendo ao todo 65 dias hospitalizada. Assim expressou o seu sentimento:

“eu me sinto triste, mulher, de não andar na minha casa. Tou com saudade de minha casinha. Para uma melhor compreensão do sentimento referido, narra o seu cotidiano: “Me levanto as cinco da manhã, (olha para a neta e diz: minha neta sabe disso, é testemunha) faço o fogo, faço o café e tomo, visto calça comprida e vou pro campo “trabaiar”. Quando eu chego, negócio de 10 horas, que o sol tá esquentando, aí eu vou cuidar da minha casinha, varrer minha casa, cozinhar, lavar meus pratos, cuidar das minhas coisas.”

É agricultora. Alta, magra, falante e sem dentes, vive do trabalho e de uma pensão deixada pelo marido. Mora sozinha, condição pouco freqüente na realidade nordestina. O domicílio multigeracional é o modelo mais comum. Teve 6 filhos, só dois vivos. Divide com esses filhos e um sobrinho criado por ela a pensão que recebe.

É diabética. Explica aqui como se manifestou a doença: *“Tinha uma feridinha na perna”*, como ela mesma narra, causada por um pedaço de pau. Após comer muita farinha com rapadura raspada, a ferida piorou. Para a dureza do trabalho na roça é preciso ter uma alimentação calórica, que dê energia e disposição para o trabalho. A rapadura é um alimento bastante consumido no interior do nordeste, por atender a essas necessidades, aliando também o baixo custo. Complementa sua fala:

“apareceu esse diabete em mim, sabe? (...) tinha uma mulher, ela tava comendo rapadura e disse que não fazia mal para diabete (...) fazia tempo que não comia rapadura, aí eu raspei um bocado de rapadura, porque eu não tenho dente, e comi com farinha. Eu tinha um arranhão na perna bem pequenino (...) aí eu fui comer a rapadura, quando foi de noite era uma “picadeira” nas minhas pernas. (..) aí tive febre, a minha perna ficou toda preta.”

Ao chegar ao hospital de sua cidade, foi encaminhada ao hospital de Caucaia, cidade localizada na região metropolitana de Fortaleza. Relata:

“Cheguei lá bem cedo e quando foi na boca da noite mandaram deixar eu no hospital da Caucaia. Fizeram uma operação (limpeza) na minha perna. Aí eu venho sofrendo com essa perna. O pessoal fazendo curativo em mim...”

Após nove dias internada no município de Caucaia, retornou para o hospital de sua cidade, Itapagé. Como não houve melhora, quiseram fazê-la retornar para Caucaia. Na falta de vaga, lhe foi dito que seria encaminhada para o hospital público de Fortaleza, cenário deste estudo. *“Disseram que eu não tinha condições de tratar dessa perna em outros cantos*

porque custa caro e aqui é SUS. Eu sou do SUS porque eu sou pobre e aqui tinha esse hospital”.

O Sistema Único de Saúde - SUS, modelo vigente de saúde pública no nosso país, é visto como assistência médica para pobres, destinado a quem não pode pagar um plano particular de saúde. Após quinze dias de espera foi informada de que havia uma vaga no hospital. Mas ainda não foi dessa vez que conseguiu ser internada. Aqui expõe o drama vivido: *“como o dia do médico que mandou vir para Fortaleza era dia de quarta-feira e nós chegou na segunda-feira, não tinha onde ficar e eu fui embora de novo pra lá”* (hospital de sua cidade, a trezentos quilômetros de distancia).

Dois dias após, retornou para Fortaleza conseguindo a sua internação: *“Eu num queria mais vir não, sabe? Eu só queria chorar. Eu já tava com medo, magoando as minhas pernas naquela ambulância veia”.*

Passou onze dias no hospital de Fortaleza, sendo submetida então a uma enxertia no membro afetado. Na visão biomédica do hospital o membro doente de D. Perpétua é apenas uma perna com ulcerações diabéticas causadas por negligência alimentar. Para a paciente é um instrumento de trabalho tão valioso como são as mãos dos profissionais de saúde que a trataram. As pernas de D. Perpétua são instrumento de trabalho como sua enxada que abre a terra para plantar. D. Perpétua tem pressa para voltar a caminhar em direção ao trabalho. A rapadura consumida vai muito além da negligência atribuída, ela representa o alimento acessível e barato que sacia a quem conhece o que é a fome.

A esperança de ter o seu problema de saúde solucionado fez D. Auxiliadora, 71 anos, esperar oito meses para ser chamada para realizar uma cirurgia na vesícula em um hospital na cidade de Paraipaba, município do Ceará onde mora. Atribuía a litíase vesicular que apresentava a *“comida muito ardosa”* que sempre consumiu. Após muito penar, conseguiu ser encaminhada ao hospital de Fortaleza, onde foi internada. Considera-se *“viúva de marido vivo”* como gosta de dizer, pois há quarenta anos foi abandonada e nunca mais teve notícias do companheiro. Tímida, resignada, cabelos longos mantidos preso em um rabo de cavalo desalinhado e sem dentes na boca. Pouco lê e escreve. Teve sete filhos. Quatro vivos. Dois deles com deficiência mental moram com ela, sob sua dependência econômica. Recebe aposentadoria no valor de um salário mínimo. Nesse hospital, aguardou 28 dias pela cirurgia. A paciente demonstrava resignação na sua condição de espera em ser operada, quando dizia *“tem nada não, eu estou aqui, estou comendo, estou bebendo, né? Num estou doente caindo na cama”*. Mesmo achando o tempo de espera pela cirurgia *“custoso”*, expressão por ela

usada, o fato de estar se alimentando, recebendo cuidados e ter preservada a sua capacidade funcional, parecia não lhe causar maiores sofrimentos, embora tenha deixado em casa dois filhos adultos com problema mental. Na sua rotina de vida, relatou que sempre trabalhou por conta própria consertando cabo e fundo de panela. Atualmente ensina esse ofício aos dois filhos “*doentes da cabeça*”, pois agora sua mão “*incha*” quando realiza essa atividade. Problema na visão também a impede de costurar roupas para ela e os filhos. Diante dos problemas de saúde apresentados, relata: (...) *tou velha, tou cansada de bater em ferro, alumínio, consertando panela.*

Entretanto sobre o tempo de permanência no hospital, longo e ocioso declara:

“Num gosto de ficar sem fazer nada não. Uma pessoa da minha idade não era mais para fazer nada, mas eu não sei ficar sem fazer nada. (...) Tou fazendo muito exame, mas eu acho bom, porque eu fico boa e trabalho de novo”.

Embora se ache “*velha*” para o trabalho pesado, não admite a possibilidade de parar de trabalhar. Recuperar a saúde é o meio de voltar ao trabalho.

Outro exemplo de descaso com o atendimento da mulher idosa é o de D. Elisa, 90 anos, solteira, moradora de Caucaia, na região metropolitana de Fortaleza. É aposentada, trabalhou a vida toda como costureira. Mora com uma irmã e quatro sobrinhos. Morena clara, magra e comprida, tem o rosto liso e conservado para a idade. Apesar da idade avançada goza de ótima saúde. Passou catorze dias hospitalizada aguardando cirurgia para retirada de “pedras na vesícula”. No período hospitalar, encontrava-se bem, sem crise, tendo apresentado bons resultados na avaliação cardiológica e pulmonar. Com aproximadamente uma semana no hospital aguardando sua cirurgia, foi liberada para passar o final de semana em casa, saindo na sexta-feira e retornando na segunda-feira imediata. A quinta-feira anterior a sua saída foi um feriado. Nesse dia não recebeu visita médica. “... *o doutor não veio aqui não... Acho que é por isso que não saí na quinta-feira*”. Permaneceu no hospital sem necessidade, já que no dia seguinte foi liberada. Três dias após o seu retorno ao hospital foi submetida à cirurgia, recebendo alta dois dias depois. “... *a gente não se sente bem com essa demora. O melhor é que fosse realizada isso mais cedo, e saísse mais cedo daqui*”. A angústia do paciente idoso no hospital torna-se maior devido ao sentimento de finitude que muitas vezes está presente: *Estou achando que eles estão com medo de fazer a cirurgia. Por causa da idade, né? Aí eles estão com medo de fazer e eu não reaja*”. Aos noventa anos de idade, o tempo de vida que sobrevém é muito valioso para ser desperdiçado sem necessidade em um hospital.

Um atendimento mais rápido e resolutivo proporcionaria um maior número de leitos disponíveis para atender a quem precisa, evitando agravar o sofrimento do paciente e de sua família quando necessitam de hospitalização. Falta de leito nos hospitais públicos é fato freqüente no nosso sistema de saúde, que embora tenha como princípio a universalidade do acesso, muitas vezes nega esse acesso. Principalmente quando esse paciente é idoso e deve gozar do privilégio que a idade assegura quanto à preferência na internação. O depoimento de Marta, filha de Maria Deusa, 74 anos, casada, procedente da periferia de Fortaleza, hospitalizada com problemas no estômago, retrata bem esta situação:

“após oito dias tentando uma vaga, minha mãe deu uma agonia, porque ela não comia e não bebia. Então trouxemos diretamente para cá para internar. Aí disseram que não era assim não. Tinha que esperar porque não tinha vaga. Mas ela estava morrendo, né? não tinha nada pra fazer em casa. Dava o medicamento e ela botava pra fora. Aí eu disse que só saía daqui quando internasse ela, pois o caso era grave. Aí internaram.”

O tempo de internação das informantes-chave no hospital cenário da pesquisa variou de 11 a 28 dias, com uma média de 15 dias. A maior parte do tempo permanecem no hospital à espera de realizar exames para definir o possível diagnóstico e a conduta médica apropriada. A ociosidade imposta pela internação afeta a autonomia dessas mulheres, como diz D. Lurdes, 74 anos, casada, dois filhos, moradora na periferia de Fortaleza, que permaneceu treze dias hospitalizada para operar a vesícula. *“Devia ter alguma coisa aqui para passar o tempo, a gente só é sentada, deitada, sentada, deitada... O tempo custa...”*

Atividade como Terapia Ocupacional ou algo similar, não vista no hospital, seria importante para amenizar o estresse decorrente do período de hospitalização.

A Fisioterapia, embora seja uma modalidade terapêutica ainda muito voltada para a reabilitação funcional, principalmente no ambiente hospitalar, tem um forte impacto na prevenção da doença e na promoção da saúde. Estimular a atividade física, através de caminhadas, na área do hospital pelas pacientes sem maiores agravos de saúde, seria de grande valia. O hospital dispõe de um agradável jardim e de uma pequena capela em uma área que recebe a luz solar no período da manhã. A tendência do paciente idoso hospitalizado é ficar recluso no seu canto, no seu leito. Como relata D.Elisa, 90 anos: *“em casa é muito diferente... a gente anda pela a casa todinha e aqui fica só nesse cantinho mesmo”*.

As pacientes idosas, como permanecem mais no espaço de sua própria enfermaria, não tomam ciência de outras áreas do hospital, que são “descobertas” pelas mais jovens. Percebe-se ainda na fala de D.Elisa, após uma semana de internação, o desconhecimento do

local do jardim: *“Fico o tempo todo dentro desse quarto”*. Ao ser questionada se havia no hospital um espaço para tomar “um banho de sol”, assim respondeu: *“eu acho que não”*. *“Tem?”* (olha para as companheiras de quarto). Uma jovem paciente responde: *“tem espaço, lá embaixo”*. E faz referência ao jardim.

Mulher idosa e a experiência em um hospital público

Sobre o prolongado tempo de espera para realizar os procedimentos necessários no hospital, D. Matilde, 84 anos, viúva, permanência de 11 dias no hospital, moradora no Bom Jardim, bairro localizado na periferia de Fortaleza, dezenove filhos, somente três vivos, declara *“o dia passa, a noite entra, e amanhece o dia e é aquela mesma coisa. (...) na casa da gente a gente fica a vontade e aqui é só o que eles querem”*. Entende que os procedimentos realizados no hospital seguem uma rotina determinada pelos que detêm o poder, devendo o paciente somente acatar a ordem imposta. Diante da pergunta sobre como se sente nessa situação, responde: *“eu fico calada. Seja o que Deus quiser”*. Observa-se a subalternidade das pacientes pela própria história de vida sofrida. Acostumadas com a dureza da vida, diante de um atendimento recebido de uma maneira mais digna, não percebem como direito e sim como favor *“a bondade que tem para nós, ai a gente tem que ficar contente... tem que se conformar, não se maldizer”*, declara a paciente.

O hospital deve estar preparado para atender às necessidades diversas do público idoso visando ao seu bem estar e à preservação de sua saúde física e mental. É assegurado o direito à pessoa acima de sessenta anos ter um acompanhante (BRASIL, 2003), fato que é observado no hospital da pesquisa. Na falta desse acompanhante, o idoso que apresenta limitação na sua independência funcional, fica numa situação difícil.

“estou aqui internada, há trezentos quilômetros de casa, pagando uma moça r\$ 20,00 reais por noite.” (...) um dia aqui eu falei com uma enfermeira do hospital para ficar comigo, ela passou um pedacinho da tarde comigo, a noite botou outra pra ficar e cobrou r\$ 75,00 reais. Eu achei um absurdo. Explorou. De outra vez eu não sei não. Ave Maria que eu precise de novo de hospital. Nossa senhora me defenda! Eu não gosto de pedir, logo iriam dizer que são muito ocupadas, não sei nem o que...”

Esse é o desabafo de D. Alba, 83 anos, viúva, nível ginásial, que apresenta uma renda mensal de aproximadamente três salários mínimos entre aposentadoria e pensão. Procedente de Iracema, interior do estado, se locomove com dificuldade usando bengala, consequência

de uma queda com fratura do fêmur esquerdo ocorrida há alguns anos. No momento realiza exames para detectar a causa de um sangramento intestinal. As relações estabelecidas nos alojamentos em comum, como é o caso de uma enfermaria, favorecem o sentimento de solidariedade entre pacientes e acompanhantes. Muitas vezes o apoio para atender a uma necessidade de uma paciente idosa internada, que se encontra sem acompanhante para ajudar a ir ao banheiro, a tomar água ou auxiliar na hora de uma refeição não é dado por quem deveria de fato desempenhar esse cuidado, o profissional de saúde, e sim por uma acompanhante de uma outra paciente idosa ou por uma jovem companheira de quarto, também paciente. O seu tempo de permanência hospitalar foi de 27 dias.

O ambiente hospitalar é muito diferente do ambiente doméstico. No hospital, coloca-se uma placa com o nome do indivíduo próximo ao leito. Nesta placa também consta um número que identifica o leito ocupado. O número existe para facilitar a identificação do leito e do prontuário. Muitas vezes utiliza-se o número e não o nome quando se faz referência a quem está ocupando esse leito. O indivíduo deixa de ser “a pessoa” e passa a ser “o paciente”. Na posição de paciente deve vestir roupa de paciente que é o traje padrão do hospital. Quando o paciente utiliza seus objetos próprios em um ambiente estranho, como é o caso do hospital, esses objetos passam a ser símbolos pessoais. Representam um pouco da identidade do sujeito em um ambiente que “mortifica o seu eu. *“... tem uma senhora aí que ela usou a camisola dela, usou o lençol dela, mas eu não sei por que. Eu não pude. Acho que é ordem ,né?”*”, queixa-se D. Alba, 83 anos diante da impossibilidade de usar suas próprias roupas. *“Eu não ando no hospital porque eu tenho vergonha dessa camisola. Não tem manga”* declara D. Auxiliadora, 71 anos. Mesmo tendo permanecido vinte e oito dias no hospital aguardando cirurgia da vesícula, não saiu da enfermaria. Deixou de ir à capela como gostaria, e nem assistiu televisão, embora houvesse uma localizada defronte à porta de sua enfermaria, no posto de enfermagem, por não considerar “decente” sair do quarto com a camisola que não tem manga.

À medida que se envelhece a pessoa passa por transformações em órgãos e sistemas: a estatura diminui, perde-se força e massa muscular e os movimentos tornam-se menos ágeis. Ao chegar ao hospital a paciente idosa traz consigo a imagem da sua velhice, a doença que a afeta. Essa paciente na condição de vulnerabilidade extrínseca à idade é vista como um ser frágil, indefeso, quase infantil. Prática muito freqüente entre profissionais de saúde que lidam com pessoas idosas é infantilizar o trato dispensado ao idoso, que embora não sendo do seu

agrado aceita com resignação. “... *me chamam de bebê... (...) Lurdes é o meu nome. Bebê é bebê mesmo, são diferentes né?* Explica D. Lurdes, 74 anos.

O hospital, assim como outros espaços públicos, devem oferecer condições favoráveis de acesso à população idosa. Há necessidade de equipamentos que favoreçam a independência funcional presentes principalmente nos quartos e banheiros para facilitar a execução das atividades da vida diária. No hospital, os banheiros são apertados, há a ausência de barras de apoio ao lado do sanitário e na área de banho, ausência de assento adequado para quem vai tomar banho e não pode manter-se em pé. Não há a presença de uma divisória entre o sanitário e a área de banho, colaborando para que o banheiro inteiro fique molhado quando uma pessoa usa o chuveiro. Há necessidade de bandejas tipo mesinhas para ajudar nas refeições, evitando que as pacientes fiquem equilibrando a “quentinha” no colo e curvando muito o pescoço enquanto comem sentadas na cama. Grade de segurança nas camas também deve ser incentivada para assegurar maior segurança as pacientes e facilitar-lhes como apoio para sentar no leito.

Embora muitos aspectos tenham sido colocados como fatores *desumanizantes* pelas as informantes-chave desse contexto hospitalar, destacamos também os aspectos apontados dentro de suas percepções, como positivos, que geram satisfação: esses aspectos estão relacionados com o “cuidar”, com a atenção dispensada na emblemática relação médico-paciente:

“tem tudo a tempo e a hora”, “os médicos são excelentes e as enfermeiras também, cada vez que vem aqui, procuram saber como estou, fazem perguntas”, “as pessoas que atendem idosas como eu, atendem bem, com carinho. Conversam com a gente, riem com a gente, fazem perguntas, a qualquer hora”, “tratam bem, não são enjoados, não são aborrecidos”, “sou bem tratada, não são grosseiros”.

Compartilhando com esse pensamento, uma acompanhante, filha de D. Deuza, 84 anos, acrescenta: “*Lá embaixo (setor de admissão) (...) é um pessoal que não trata a gente assim...legal,sabe? Depois de ser admitida, pronto, tudo passou a ser mil maravilha. A atenção é ótima*”.

A vida dura, com privações mesmo do que é considerado básico, como o alimento, ausência de conforto no ambiente onde mora e de uma melhor assistência quando adoecem colabora para que essas mulheres valorizem numa maior dimensão os cuidados recebidos no hospital. Já estão tão acostumadas com um tratamento “de pobre para pobre” que diante de um tratamento mais humano, mais digno, que pode ser percebido mesmo através de um

lençol de melhor qualidade oferecido pelo hospital, demonstram todo um espanto: “*aqui é melhor que todo canto*”, diz Dona Perpétua, 76 anos, após peregrinar por três hospitais públicos, como narrado anteriormente: “... *no hospital de Itapagé as caminhas são mais ruins, os lençóis são mais pobres... aqui é rico, mulher. É uma riqueza. O lençol daqui dá dois de Itapagé. Só falta não poder no corpo. Quanto é que pesa um lençol desse? É bom demais. É uma riqueza*”.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde, em 1980, estabeleceu que nos países em desenvolvimento o indivíduo seria considerado idoso a partir de sessenta anos. A partir dessa idade, a pessoa passa a encontrar-se mais propensa a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor externo ou interno, tornando-se alvo de doenças (PASCHOAL, PAPALÉO NETTO, 2002). Diante desse conceito, cabe lembrar que fatores de ordem sócio-econômica, dentre outros, interferem na caracterização da velhice. O indivíduo que sofre privações do alimento, de uma moradia saudável, de uma assistência médica adequada e de condições dignas de trabalho, situações tão comuns em comunidades pobres, envelhecerá mais rápido e com piores condições de saúde.

Numerosos estudos demográficos apontam para o crescente aumento da população idosa em todo o mundo. Dados do IBGE indicam que em 2002 havia no Brasil cerca de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 9,3% da população, sendo 56% deste total constituído por mulheres (SILVA, 2005). A feminização do envelhecimento aliás, é um fenômeno observável há muito tempo, haja vista ser antiga a superioridade do número de mulheres idosas quando confrontado com o de homens com mais de 60 anos. Pode-se afirmar que o envelhecimento populacional se dá em condição de desigualdade social e de gênero.

Pesquisas detectaram, que os idosos no Brasil são, em sua maioria, mulheres, pobres, com baixo nível educacional, viúvas e vivendo em áreas urbanas (VERAS & MURPHY, 1994). Na Comunidade dos Cocos e no hospital público evidenciou-se a predominância desse perfil nas informantes-chave.

Por viverem mais que os homens, as mulheres são mais afetadas por problemas sociais, econômicos e de saúde. Ao se tornarem viúvas têm maior dificuldade para casar

novamente, são mais sozinhas, apresentam menores níveis de instrução e renda, além de maior frequência de queixas de saúde (LITVAK, 1990).

Concordamos com o autor, pois, como foi constatado os problemas sociais e econômicos apresentados pelas informantes-chave acentuam-se pela necessidade que têm de manter sob sua dependência financeira filhos e netos, e não contar com o apoio do companheiro, já falecido ou que foi embora sem deixar qualquer tipo de auxílio. Tomando para si o papel de cuidar de netos e filhos doentes, a possibilidade de encontrar um novo companheiro fica remota, envelhecendo sozinha.

Embora seja utilizada a idade de sessenta anos como parâmetro para o indivíduo ser considerado idoso, o envelhecimento não começa subitamente ao se atingir essa idade. Esse processo consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. Promover a saúde e o bem-estar do indivíduo são as metas para se alcançar uma velhice saudável (LITVAK, 1990). O alcoolismo, a falta do alimento e uma dieta inapropriada para a diabetes, condutas adotadas pelas informantes-chave da Comunidade dos Cocos, não são condições apropriadas para um envelhecer saudável. Como hábitos saudáveis, geralmente são indicados uma alimentação adequada, a convivência social prazerosa, a prática de atividade física. Os hábitos nocivos seriam os que se contrapõem a esses, como é o caso do alcoolismo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), recentemente promulgada, tem como diretrizes promover o envelhecimento saudável e ativo. Para um envelhecer saudável, o indivíduo deve preparar-se para a velhice, procurando adotar práticas mais saudáveis de vida, o que não é fácil em realidade tão adversa, como é o caso de nossas informantes. Já a palavra “ativo”, na concepção da Política do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde, procura transmitir um significado mais abrangente que envelhecimento saudável. Nesse sentido, o cidadão idoso deixa de ser visto como passivo. Ele assume o papel de sujeito das ações a ele direcionadas, numa abordagem baseada em direitos (WHO, 2005). Na realidade do idoso pobre nordestino, quando as barreiras que se interpõem para que se alcance um estilo de vida mais saudável já são imensas, o que dizer então diante de uma política tão avançada, baseada em direitos? As mulheres idosas deste estudo mostraram que têm vida ativa quando narram as atividades que desempenham no dia-a-dia. Por outro lado, direitos básicos de vida são negados como o alimento e condições dignas de moradia.

De acordo com o que Veras (2002) e Ribeiro et al (2002) afirmaram, a manutenção da capacidade funcional tem grande significado na velhice. Essa questão está muito clara nos

depoimentos das informantes-chave quando declaram que “sofrimento” é a doença que se manifesta e que “vida boa” é ter saúde para manter-se ativas e poderem trabalhar. Dona Conceição, 79 anos, moradora da Comunidade, sofre de reumatismo nos joelhos. Seu problema lhe está limitando realizar, como gostaria, as suas atividades domésticas. Lamenta, exclamando: “*ser velho é isso mesmo*”, ou seja, “ser velho” está representado para ela como não ser mais capaz de realizar as atividades que sempre realizou.

Podemos constatar que as políticas de saúde e os avanços da medicina vêm contribuindo para o envelhecimento populacional; entretanto é necessário que à maior longevidade se agregue uma boa qualidade de vida aos anos adicionais. As políticas sociais devem estar atentas não só ao processo do envelhecimento, mas também às diferenças de sexo e às desigualdades socioeconômicas da nossa população, como já mencionado anteriormente.

Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias e pensões constituem a principal, senão a única fonte de renda da pessoa idosa (CHAIMOWICZ, 1997). As informantes-chave deste estudo, em sua totalidade, vivem de aposentadorias e pensões. Como consequência dos baixos valores recebidos algumas executam atividades informais para complementar a renda mensal: confecciona bijuterias, coloca palhinha em cadeira, conserta cabo de panela, lavam roupas para fora. O baixo nível de estudo não lhe dá acesso à execução de atividades laborativas mais condizentes com a idade, ou sejam, atividades que não demandem acentuado esforço físico.

Os idosos da cidade de Fortaleza, em sua maioria, residem em domicílios multigeracionais (RAMOS & COELHO FILHO, 1999). Essa realidade condiz com a situação de arranjo familiar que predomina neste estudo, quando a maioria informa sobre filhos e netos morando com elas.

Estudos apontam que a população idosa utiliza, com maior frequência e maior número de dias de permanência, os leitos hospitalares (ANDERSON, 1998 e COELHO FILHO, 2000). Isso se deve à mudança do perfil de saúde da população com as doenças crônicas-degenerativas, mais complexas, dominando sobre as infecto-contagiosas (VERAS, 1994, CHAIMOWICZ, 1997, LITVOC, 2004, LOURENÇO et al, 2005). Esses dados retratam a transição epidemiológica que acontece no nosso país. Entretanto, a demora em solucionar os problemas de saúde das informantes-chave não condiz com essa realidade. Dentre as nove informantes-chave da pesquisa, apenas duas, com suspeita de câncer, se encaixavam na condição de serem portadoras de doença crônico-degenerativa. As

demais aguardavam, em grau estável de saúde, cirurgia para litíase vesicular (quatro), para problema no esôfago (duas) e uma informante aguardava enxertia no membro inferior. Embora diabética, essa senhora não referia outras queixas de saúde. Observou-se que o tempo de espera no hospital para exames e procedimento cirúrgico costuma ser prolongado mesmo nos casos de menor complexidade.

Dados do Sistema Único de Saúde em 1995, referentes às internações hospitalares, apontam ser 7,1 dias de permanência hospitalar (KALACHE et al, 1996). Pelo dado do SUS mencionado constata-se ser muito elevada a média de 15 dias de permanência hospitalar dos idosos considerados no presente estudo

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (2003), no seu Art. 3º dispõe que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida e à saúde dentre outros. Entende-se que a efetivação do direito à vida e à saúde é exercida quando o acesso ao serviço hospitalar é facilitado para o paciente idoso, assim como a resolução mais ágil dos agravos que provocaram a internação. A demora em efetivar a internação de um doente está quase sempre relacionada à falta de leito disponível. Constata-se, entretanto, acontecer inobservância dos direitos da pessoa idosa quanto a sua prioridade no atendimento hospitalar. Tomamos como exemplo a situação de D. Deuza, já comentado anteriormente, paciente de 84 anos, muito debilitada no momento da hospitalização, por estar com mais de 20 dias sem conseguir alimentar-se por via oral, encontrou muita dificuldade para ser internada, só conseguindo após os fortes apelos da filha.

Os pacientes internados através do SUS tem seus direitos claramente pelo Código dos Direitos do Paciente no Sistema Único de Saúde. No entanto, percebe-se o desconhecimento desse código pelos responsáveis pelo hospital. Dentre os direitos assegurados, consta que a pessoa hospitalizada poderá usar utensílios, símbolos pessoais e objetos de conforto, desde que não prejudiquem as condições de seu tratamento. Utilizar camisolas e lençóis próprios, se assim for a vontade da pessoa hospitalizada, com certeza, em nada afetará o tratamento da paciente. Essa condição teria evitado o constrangimento de D. Auxiliadora, 71 anos, de ter permanecido 28 dias sem sair da enfermaria com vergonha da camisola do hospital que não tinha manga.

Como nos remete Madel (1986) a disciplina é a regra manifesta mais importante das instituições. A partir da hospitalização, o indivíduo perde a possibilidade de administrar as suas decisões e o seu espaço. O seu querer é o querer da instituição. Exemplo dessa afirmação

está presente na fala de D.Alba, 83 anos: “ *eu trouxe lençóis, mas não deixaram subir*”... “*não deixaram nada porque não pode (...)Acho que é ordem ,né?*”.

Também é assegurado pelo Código dos Direitos do Paciente que se encontra hospitalizado, ser identificado pelo nome e sobrenome, não podendo ser chamada de forma genérica, pelo nome da doença, pelo número do leito. O idoso hospitalizado, mesmo que venha a ter uma aparência de fragilidade, não deverá ser chamado de “bebezinho” e nem de outros nomes afins. Termos assim, mesmo pressupondo-se carinhosos, ferem a dignidade do paciente, que muitas vezes quer ser chamado pelo próprio nome.

Goffman (2005) denomina de instituições totais aquelas onde existe a ruptura de barreiras que comumente separam os locais onde se trabalha, se vive e se diverte. Ou seja, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local, na companhia imediata de um grupo de pessoas, todas elas obrigadas a fazer as mesmas coisas e sob uma única autoridade.

Partindo do conceito acima, pode-se associar o hospital como modelo de uma instituição total. Pressupõe-se que D. Matilde, 84 anos , não conheça Goffman (2005) e nem o que ele denomina de instituições totais, no entanto assim ela percebe o “poder” do hospital e a impotência do paciente diante dessa situação. “*Aqui só é o que as pessoas dá ordem, né? Na casa da gente a gente fica a vontade e aqui só é o que eles querem*” “*...o que a gente pode fazer? Nada*”. A forma como os procedimentos acontecem no hospital, de um modo imposto, muitas vezes sem maiores esclarecimentos para o paciente, remete ao sentimento de “poder” sobre este exercido.

Ainda a mesma paciente, D. Matilde, assim manifesta o seu posicionamento diante de situações vivenciadas no hospital, em que mesmo não concordando em algum aspecto, se resignava a aceitar: “*diante da bondade que tem para nós, ai a gente tem que ficar contente... tem que se conformar, não se maldizer*”. Para ela, “a bondade” dos que lhes prestavam assistência não lhe permitia omitir opinião sobre o que não lhe estava satisfazendo. Concordamos com Dias (2006), quando menciona que a maioria dos usuários do SUS desconhece os seus direitos como cidadãos. Pelas dificuldades que encontram em conseguir um atendimento na rede pública hospitalar, quando alcança esse objetivo, entende como se estivesse recebendo um favor.

Afirma Ercílio Alberto, psicólogo hospitalar (1998), em seu estudo abordando o conflito com a doença no idoso, que “*para muitas mulheres acamadas, a permanência num hospital ou casa de repouso é a primeira condição para a cura. Assim suas preocupações com a casa desaparecem*” (ALBERTO, 1998).

As palavras de D.Maria, 74 anos, refletem uma visão que se contrapõe à do autor: *“fico preocupada com minha casa, com minhas filhas, elas tudo trabalham, quando chegam em casa ainda tem que fazer almoço, tem um netinho meu que vai para a escola e quando vem ao meio-dia passa direto lá para casa...”*.

O que se observou com as informantes-chave foi a constante preocupação dessas mulheres com os seus lares. Pois embora aconteça a ruptura física durante o período de internação com tudo que lá deixaram, a lembrança dos netos, dos filhos e de suas atividades no lar estão sempre presentes.

A participação da cultura na nossa maneira de pensar e agir é fato já conhecido. Esse pensamento é muito bem expresso nas palavras de Geertz (1989) quando afirma: *“o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumindo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; como uma ciência interpretativa à procura do significado”* (p. 04). Nessa perspectiva, pode-se considerar que as percepções e interpretações também relacionadas à saúde e a doença são construídas a partir da cultura. Pois, como atestam Uchôa & Vidal (1994) a experiência da doença não é vista simplesmente como reflexo patológico no sentido biomédico do termo. Agrega-se a ela a experiência subjetiva da doença sentida pela pessoa doente, considerando os conflitos vivenciados, assim como os seus aspectos emocionais e ambientais. A doença de D. Maria, 74 anos, percebida pelo hospital como uma obstrução do esôfago, não pode ser reduzida apenas a um mal funcionamento no sistema digestório. Para ela, o problema que apresenta é fruto de um resguardo interrompido há mais de trinta anos, causado por um sofrimento vivido.

Atualmente, tema muito recorrente na área da saúde consiste na humanização da assistência hospitalar. A humanização está caminhando no sentido de despontar como uma nova “práxis” na área da assistência a saúde, face aos constantes apelos dos usuários com o serviço oferecido, que, além de inoperante, atende mal a quem necessita. Não é fácil falar em humanização quando a própria sociedade é desumanizante, com sua gritante disparidade social. As mulheres idosas da Comunidade dos Cocos e do hospital são vítimas do nosso sistema econômico excludente que violenta o sujeito no seu direito de cidadão.

Deslandes (2004) ao discutir as idéias centrais da humanização, a considera como oposição à violência. Para o autor, humanizar pressupõe uma oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento; melhoria das condições de trabalho do profissional e, perpassando todas estas, a ampliação do processo de comunicação entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores.

CONCLUSÃO

No hospital em que foi realizada essa pesquisa, a violência institucional esteve presente em várias situações relatadas anteriormente: dificuldade de acesso ao hospital, tratamento infantilizado, demora na resolução dos problemas de saúde, dentre outros, foram percebidos como fatores que desumanizam o cuidado hospitalar.

Esse quadro de desigualdades, que violenta o sujeito no seu direito de cidadão, enfatiza, ainda mais, a necessidade de que o paciente, ao ingressar no hospital, seja visto sob os mais diversos aspectos, a partir do princípio de que seu sofrimento, além do aspecto físico mais visível insere-se no quadro mais amplo de questões sociais e vivências emocionais.

O percurso da pesquisa desenvolvida proporcionou várias reflexões importantes que nos auxiliam na compreensão acerca do significado da humanização do cuidado, privilegiando a percepção de mulheres idosas internadas em hospitais públicos. Embora este presente trabalho tenha se restringido ao estudo num hospital específico, uma vez que se propôs a um estudo aprofundado, enquadrando-se numa perspectiva qualitativa de pesquisa, podemos supor que a realidade estudada ajude a compreender também outras realidades, em muitos aspectos semelhantes. Portanto, os fatos apreendidos, destacando-se as falas das informantes-chave, material mais nobre entre os dados colhidos, configuram-se num alerta à população sobre a emergência de se cobrar os direitos estabelecidos nas políticas públicas destinadas ao idoso no nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTO, E. O Conflito com a doença no idoso. In: ANGERAMI-CAMON (Org). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANDERSON, M.I.P., **Saúde e Condições de Vida no Brasil**. Textos Envelhecimento.v.1n.1 Unati-Rio de Janeiro nov.1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)*. Brasília: MS, 2002
LEITE, T.A.A.F, STRONG, M.I. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar**. Mundo da Saúde. São Paulo. 2006: abr/jun 30 (2): 203-214.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Ver. Saúde Pública, 31(2): 184-200, 1997.

COELHO FILHO, J.M. **Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos**. Rev. Saúde Pública, 2000, 34:666-71.

DESLANDES, S.F. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.9, n.1.2004.

DIAS, M.A.A., **Humanização Hospitalar: uma responsabilidade compartilhada.** O Mundo da Saúde. São Paulo: 2006:abr/jun 30(2):340-343.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

KALACHE, A., RAMOSL. R., VERS, R.P., SILVESTRE, J.A. **O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde.** Arq. Geratr. Gerotol 1996; 1 (1):81-8.

LEITE, T.A.A.F, STRONG,M.I. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar.** Mundo da Saúde. São Paulo. 2006: abr/jun 30(2): 203-214

LITVAK, J. **El envejecimiento de la población: um desafio que va más allá del año 2000.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 109:1-5,1990.

LITVOC, J.; BRITO, F. C.; **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

LOURENÇO, R.A.; MARTINS,C.S.F.; SANCHEZ.M.A.; VERAS,R.P. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda.** Revista Saúde Pública, v.39 n.2, São Paulo, Abril, 2005.

MADEL, T.L. **As instituições como núcleos específicos de poder** In: As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal,1986.

NÉRI, A.L., **Palavras: chave em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

RAMOS, L.R., COELHO FILHO, J.M. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

RIBEIRO, R. C. L. et al. **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Idosos**. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4,p.85-96,2002.

SILVA, M.C. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Textos Envelhecimento, v.8 n.1 Unati: Rio de Janeiro, 2005.

UCHÔA, E., VITAL, J.M. **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4), 497-504, out./dez.1994.

VERAS, R.P. **A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos**. In: Veras R.P. País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil.Rio de Janeiro: Relume Dumará-UERJ,1994.

VERAS, R.P.; MURPHY, E. **The mental health of older people in Rio de Janeiro**. Int. J. Ger.Psychiatry, 9:285-95,1994.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**.Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 60p.

**PERCEÇÃO DE MULHERES IDOSAS SOBRE ENVELHECER E SOFRER:
ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO**

**ELDERLY WOMEN'S PERCEPTION OF AGEING AND SUFFERING:
STRATEGIES FOR OVERCOMING**

RESUMO

Esse trabalho se propõe a analisar a percepção que têm mulheres idosas sobre questões como sofrimento e estratégias utilizadas para superá-lo, bem como sobre o que consideram o que seja “vida boa” e a velhice. Numa perspectiva etnográfica, procura-se entender os sentimentos e os significados que essas mulheres lhes conferem, buscando compreender como tal sentido se constrói a partir da relação do sujeito com a realidade vivida. Identificam-se os pensamentos em comum e os divergentes em relação aos aspectos relacionados acima, enfatizando questões de ordem sócio-econômica. Como estratégia metodológica, foram realizadas entrevistas abertas de cunho etnográfico com um grupo de quatro mulheres idosas provenientes de classes sociais distintas, no período de setembro a novembro de 2005, na cidade de Fortaleza- Ce. Duas delas, provenientes da chamada “classe média alta”, foram entrevistadas em seus domicílios. As outras duas, muito pobres, foram entrevistadas em uma sala-de-aula de uma escola localizada na comunidade onde vivem. Os dados revelaram que embora envelhecer para mulheres idosas signifique isolamento social, limitação nas ações, ausência da saúde, a própria experiência de vida acumulada propicia-lhes meios para que enfrentem as perdas e mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida, seja aceitando ou lutando contra elas ou seja procurando o conforto espiritual, através da oração.

Palavras-chave: mulher idosa, sofrimento, “vida boa”, envelhecimento.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the perception elderly women have of issues such as suffering, and the strategies used to overcome it, as well as what they consider to be a “good life” and old age. From an ethnographic perspective, an attempt was made to understand the meanings and significance that these women attribute to these issues, seeking to understand how such meanings are constructed from the subjects’ relationship with the reality experienced. An attempt was made to identify common thoughts as well as divergent opinions in relation to the aspects noted above, emphasizing issues of a socio-economic nature. As a methodological strategy, open interviews of an ethnographic nature were conducted with a group of four elderly women from different social classes, in the period between September and November 2005, in the city of Fortaleza-CE. Two of them, coming from the so-called upper middle class, were interviewed in their homes. The other two were interviewed in a classroom at a school located in the community where they live. The data revealed that although ageing for the elderly women means social isolation, limitation of activities and poor health, the very experience of life accumulated provides them with the means to face these losses and changes which occur over time, whether by accepting them or fighting against them, or even seeking spiritual comfort, through prayer.

Key words: elderly women, suffering, “good life”, ageing.

INTRODUÇÃO

O “Brasil, país jovem” está envelhecendo. Nomenclaturas diversas são utilizadas para referir-se ao idoso: melhor idade, terceira idade e termos afins. São estratégias para amenizar os valores negativos em relação aos idosos. Embora temas relacionados à velhice e ao envelhecimento encontrem-se em grande efervescência em nossa sociedade, podemos constatar que essas práticas não estão sendo suficientes para combater o preconceito social contra o idoso. Os estudos científicos na área de geriatria, inclusive, vêm apontando que a atitude geral da sociedade perante o idoso é negativa (PAPALÉO-NETTO, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1980, estabeleceu que, nos países em desenvolvimento, o indivíduo seria considerado idoso a partir da idade de 60 (sessenta) anos. Ao atingir essa idade, a pessoa passa a encontrar-se mais propensa a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor externo ou interno, tornando-se alvo de doenças (PAPALÉO-NETTO, 2002). Entretanto, cabe lembrar, em face da definição daquele órgão, que fatores de ordem sócio-econômica, dentre outros, interferem na caracterização da velhice.

O processo do envelhecimento é uma etapa natural em nossas vidas, embora nem todos estejam preparados para ela. À medida que ganhamos nos anos, vamos tendo perdas importantes. Alterações físicas, emocionais e sociais, que se refletem nos estados de saúde; a viuvez, a morte de parentes e amigos, o isolamento, são fatores que permeiam esse processo. Há também a questão do preconceito, muitas vezes intensificado pelo próprio idoso, que cresceu interiorizando que o envelhecimento é algo negativo, é um peso para os outros. A maneira como ele se percebe no contexto em que está inserido, vai fazer a diferença na vida desse indivíduo, no que se refere a envelhecer.

Embora sejam enfatizadas as perdas que se tem ao atingir uma idade mais avançada, existe também o lado positivo que está presente nessa etapa. Não ter necessidade de “correria” nessa fase da vida é apontado como uma coisa boa; contar com uma rede de suporte, envolvendo parentes e amigos é um apoio fundamental em qualquer fase da vida, principalmente na velhice; cultivar o lado espiritual é uma estratégia que os idosos recorrem para superar as perdas decorrentes do envelhecimento.

METODOLOGIA

Esse trabalho está fundamentado na pesquisa qualitativa. Para a sua realização foram aplicadas entrevistas abertas, de natureza etnográfica, partindo de quatro perguntas norteadoras. Envolveu um grupo de quatro mulheres idosas, na faixa etária compreendida entre 61 e 86 anos, pertencentes a classes sociais distintas, sendo duas pertencentes à classe média alta e duas muito pobres. O universo entrevistado já era por mim conhecido, através de atividades que desenvolvo no exercício do meu trabalho. As entrevistas de cunho etnográfico, abertas e profundas, partindo de perguntas norteadoras, abrangeram aspectos relacionadas, ao sofrimento que vivenciam, estratégias que usam para superar o sofrimento, conceito de “vida boa”, e a percepção que têm do envelhecimento. As entrevistas realizadas foram gravadas (mediante consentimento), transcritas e codificadas para uma melhor interpretação das respostas obtidas e para a identificação dos aspectos em comum e dos que divergem quanto às questões apresentadas. Duas entrevistas ocorreram nos domicílios das participantes e as duas outras numa sala de uma escola da comunidade onde vivem, quando semanalmente comparecem para um encontro de idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise das entrevistas

“... Por mais violento, por mais imperioso que seja, o sofrimento físico acaba por cessar e, assim, para a memória, não passa de uma lembrança má. Portanto, após seu golpe, não saberíamos nem descrever nem analisar seus efeitos. É no momento exato em que ele te atormenta, te corrói, em que te aniquila, que é preciso agarrá-lo. É enquanto estamos doentes que é preciso falar da doença. Se esperarmos pelo restabelecimento, as impressões que ficarão serão vagas, imprecisas, sem vigor e sem cor”.
(GUÉRIN,1982.)

A natureza fenomenológica da corrente filosófica de Merleau-Ponty preconiza que

tudo que sei do mundo, mesmo devido à ciência, o sei a partir de minha visão pessoal ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência nada significariam. Todo o universo da ciência é construído sobre o

mundo vivido e, se quisermos pensar na própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, convém despertarmos primeiramente esta experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda (MERLEAU-PONTY,1971:7).

Apoiada nessa perspectiva fenomenológica, busca-se compreender a essência da percepção de cada entrevistada sobre as questões abordadas. Conforme já referido, as entrevistas foram conduzidas partindo das questões norteadoras: sofrimento que vive, estratégias que utilizam para superar o sofrimento, o que é vida boa e o que é ser velho. A metodologia qualitativa fundamentada na antropologia interpretativa foi utilizada para a interpretação dos dados. Nomes fictícios foram utilizados para preservar o anonimato das informantes-chave. Esse estudo seguiu as normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

Caracterizando o grupo entrevistado

D. Jandira tem 82 anos, viúva, mora com duas empregadas, numa confortável casa cedida por um de seus quatro filhos, situada em bairro nobre da cidade de Fortaleza. É uma pessoa ativa embora apresente uma limitação funcional no membro inferior esquerdo, decorrente de uma lesão nervosa. Recebe regularmente a visita dos filhos. Ocupa-se com trabalhos manuais e com o amplo jardim da casa onde mora. Estudou até o antigo ginásio. Vive de uma pensão deixada pelo marido e do aluguel de dois imóveis que mantêm alugados.

D.Tereza, 86 anos, viúva, muito religiosa, pertence ao mesmo grupo sócio-econômico de D.Jandira, e mora num amplo apartamento na companhia de um filho solteiro, profissional liberal bem sucedido. Para a execução dos serviços domésticos conta com uma auxiliar. Tem outros sete filhos, que vê regularmente. Quanto aos estudos, relata também que cursou o antigo ginásio. Recebe uma pensão deixada pelo marido. Todas as despesas da casa e com assistência médica são asseguradas pelo filho com quem mora.

D.Antônia e D.Raimunda pertencem a outro estrato da população. Moradoras de uma comunidade muito pobre, próxima à orla marítima de Fortaleza, trazem as marcas de sua condição sócio-econômica.

D.Antônia, 61 anos, é viúva e analfabeta. Sustenta a si própria, uma filha que é “casquera”, como ela mesma refere (recolhe material do lixo para vender), três netos e um

bisneto com os proventos de sua aposentadoria no valor de um salário mínimo vigente. Quando jovem, trabalhou com faxina e lavagem de roupa. Atualmente ainda consegue manter uma lavagem semanal para complementar a renda familiar. Não lê e nem escreve. O seu aspecto sofrido, refletido no rosto enrugado e no corpo curvado, faz com que aparente bem mais idade. Queixa-se freqüentemente de dores nas costas. Reside em um casebre minúsculo na companhia de seus dependentes

D. Raimunda, 79 anos, também viúva, lê e escreve mal. Mora em sua companhia um filho separado da mulher e desempregado. Recebe aposentadoria e uma pensão deixada pelo marido falecido. Locomove-se com dificuldade devido a problemas articulares nos tornozelos e joelhos. Mora em uma casa de cinco cômodos, escura e quente, pois não tem janelas. Sua moradia tem somente como abertura duas portas de acesso, uma na frente e outra atrás da casa. O chão de cimento batido é coberto por pedaços de tapetes velhos para tirar a “frieza” e não afetar o seu reumatismo. Sua doença dificulta-lhe realizar as atividades domésticas.

Sufrimento Percebido

D.Jandira define sofrimento “*como dor física ou coisas da imaginação*”. Para fazer referências a um sofrimento vivenciado no passado e que de maneira recorrente volta à lembrança, usa o termo “coisas da imaginação”. Quando indagada sobre o seu sofrimento atual, diz que o que a faz sofrer é “*a ausência dos filhos. Quando eles não vêm aqui, eu fico triste demais. Quando mexe com os meus sentimentos, eu me sinto abandonada, na parte sentimental*”.

Em seguida, ela diz que isso é “*coisa da cabeça*”, ou seja, não é real. Justifica dizendo que os filhos não vêm quando não podem, porque “*têm a vida cheia de negócios*”. Queixa-se também da limitação física que tem na perna, que faz com que sua marcha seja claudicante.

D.Tereza também relaciona o seu sofrimento a solidão, relatando que

sofrimento é essa falta de apoio, de amizade mesmo, não só de interesses, que a vovó tem isso, vai me dar aquilo... Sofrimento é a solidão. Você vive só, não tem assim aquela pessoa que você tanto

gosta (companheiro) que às vezes é difícil encontrar, então a gente entra assim numa solidão sem tristeza, porque a gente tem a família.

O sofrimento que relata é descrito como “*solidão sem tristeza*”, porque sabe que pode contar com a família em um momento de necessidade, embora sinta a solidão no dia a dia. Nessa ocasião, a entrevistada reforça o que disse anteriormente “*eles (filhos) dão amor e carinho a uma mãe que vive muito só. Só, assim, mas eles (filhos) sempre estão ao meu lado*”.

O sofrimento referido por D.Jandira e D.Teresa faz referência à solidão que sentem em relação aos filhos, que embora, na sua maioria, morem na mesma cidade, estão ocupados em suas atividades profissionais. D.Teresa enfatiza que a solidão que sente é uma “solidão sem tristeza”, pois sabe que diante de uma necessidade pode contar com o apoio familiar.

Ramos & Coelho Filho (1999) indicam que os idosos da cidade de Fortaleza, em sua maioria, residem em domicílios multigeracionais. D.Jandira mora só, condição pouco comum em Fortaleza. Tem a ajuda de “uma serviçal”, como ela mesma menciona, para realizar os serviços domésticos. D.Tereza mora com um filho que, embora lhe proporcione todo conforto material, só retorna para casa no período da noite. Durante o dia tem apenas a companhia de pessoa encarregada dos serviços domésticos.

D.Antônia, como já mencionado anteriormente, tem filha, netos e bisneto morando sob o mesmo teto e D. Raimunda tem um filho separado e desempregado na sua companhia. As duas são arrimos de família, sustentando filhos e/ou netos com suas parcas aposentadorias.

Nos domicílios multigeracionais, com muita frequência, estão presentes aspectos como a interdependência entre as gerações. Se, por um lado, filhos e netos são dependentes financeiros da aposentadoria dos mais velhos, sejam pais ou avós, por outro lado, os mais idosos contam com o suporte familiar.

Segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA,2000) sobre a universalização de direitos sociais no Brasil, foram constatados que mais da metade das aposentadorias e pensões da previdência social da região nordeste é direcionada a mulheres viúvas, solteiras ou separadas, responsáveis pelo sustento da casa e dos dependentes. Esse benefício seria a única fonte de renda para a sobrevivência familiar.

Reforçando os dados mencionados, afirma Chaimowicz (1997) que uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. A principal fonte de rendimentos da população idosa é constituída de aposentadorias e pensões. Acrescenta que a permanência ou retorno ao mercado de trabalho se dá em consequência do baixo valor dos benefícios recebidos. Dada a baixa escolaridade dessa população, grande parte dos idosos integrados à população economicamente ativa exercem atividades pouco compatíveis para a idade.

D.Raimunda e D.Antônia têm como única fonte de rendimento assegurada a aposentadoria que recebem. D. Antônia, para complementar a renda mensal faz uma lavagem de roupa semanal. Preconizam os estudos relacionados com o envelhecimento saudável que se manter ativo é fundamental para a saúde do indivíduo que envelhece. No entanto, D. Antonia, aos 61 anos de parece ter muito mais idade. Desempenhar uma atividade manual pesada, como é uma lavagem de roupa, que demanda muito esforço físico, não é próprio para uma pessoa fragilizada pelos anos. O seu corpo magro, precocemente envelhecido e envergado, reflete toda a dureza da sua vida.

Para narrar o que é sofrimento para ela, a nossa informante fala de uma situação que vivenciou no passado, quando ainda vivia com o marido falecido: *“dava agonia de fome, só não apanhava porque eu corria, com dinheiro no bolso(ele,marido) ia jogar”baraio” e beber cachaça.*” No momento atual, o seu sofrimento é descrito da seguinte maneira: *“se não chegar de manhã, chega de tarde* “. Na linguagem figurada utilizada, faz referência às refeições do dia, a falta do almoço ou jantar, as privações que sofre. Sua preocupação maior é garantir o alimento das crianças (netos).

Estudos detectaram que os idosos no Brasil são, em sua maioria, mulheres pobres, com baixo nível educacional, viúvas e vivendo em áreas urbanas. (VERAS & MURPHY, 1994). D.Antônia e D.Raimunda, moradoras da comunidade praiana, se enquadram no perfil acima descrito.As mulheres que hoje são idosas, consideradas neste estudo as que têm idade igual ou superior a 60 anos, em sua maioria, pouco acesso tiveram aos estudos. Esta afirmação é reforçada por Anderson (1998), quando afirma que no nordeste, de cada dez idosos, sete nunca concluíram sequer um ano de estudo.

D.Raimunda relata sobre a infância que não teve com a seguinte afirmação *“era só trabalhar na roça.* No entanto, não associa essa infância roubada com sofrimento. Inicia a conversa dizendo que sua vida é muito boa. Depois, diz *“ é boa e não é, porque eu só vivo*

doente” O sofrimento relatado no momento é o filho que perdeu há quatro meses e a falta de saúde. Expressa o seu sentimento com a seguinte fala:” *sofrimento... Eu tinha um filho, ele não era muito bom da cabeça, e ele morreu. É, tô sofrendo é muito. O outro sofrimento é a doença. Há se eu tivesse saúde....Velho é isso mesmo.*” Na percepção da entrevistada, velho e doença estão associados.

Embora envelhecer não deva ser associado a adoecer, sabemos que à medida que avançamos na idade ficamos mais vulneráveis, pois como afirma Papaléo Neto (2002) ao atingir a idade de 60 anos, a pessoa passa a encontrar-se mais propensa a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor externo ou interno, tornando-se alvo de doenças.

Estratégias para Superar o Sofrimento

Para D.Jandira, a primeira estratégia utilizada para superar um sofrimento que esteja vivenciando e enfrentá-lo: “*Lutando. Não se pode entregar. Vou lutando até o fim*”. Apoio espiritual é outra maneira de enfrentamento: “*quando eu estou um pouco triste, por causa da velhice, ...eu procuro me levantar, sabe?, vou orar, vou dormir...*” Embora afirme que procura enfrentar o problema que a maltrata, fala também que dormir é uma forma de esquecer.

D.Tereza utiliza como estratégia para a solidão que sente “*ir levando, ir aceitando aquela situação*”. Faz referência a um “*amorzinho imaginário*” para afastar a solidão. Este “*amorzinho imaginário*” seria a imagem de um personagem, construída na sua imaginação, que nos momentos de solidão apareceria para lhe fazer companhia. O apoio espiritual, procurado como caminho para superar um sofrimento, é enfatizado com a seguinte fala: “*é orar, é rezar. O caminho mais certo na vida humana é você procurar Deus, com fé*”.

Como vimos, sobre as estratégias utilizadas no enfrentamento dos sofrimentos vivenciados, além da oração, são mencionadas atitudes como “*vou lutando, não se pode entregar*”, ou ainda comportamentos de resignação como “*ir levando, aceitando a situação*”. Gatto (2002) afirma que o idoso, ao ser motivado a buscar em sua bagagem de vida os

recursos necessários para enfrentar as dificuldades vivenciadas, tem grande potencial para supera-lás.

D.Antônia também menciona o apoio espiritual como forma de superar um sofrimento: *“vou rezar, sento numa cadeira e vou rezar, aí peço a Jesus Cristo, vou indo, vou indo, vê se ele (sofrimento) vai saindo da minha cabeça, aí pronto, passa”*.

Quando a vista ainda permitia, D. Raimunda recorria à leitura para esquecer um sofrimento. Atualmente, apresentando limitações visuais, ela recorre à oração, expressando assim o seu sentimento através de sua fala: *“quando eu enxergava e podia ler, pegava uma revista e ia ler. Não posso mais ler. Quando estou triste, pego o meu terço, sento na rede, vou me balançando e rezando. É meu “entertimento”*. “

Percebemos com os depoimentos acima que a oração, ou seja, o conforto espiritual, é o meio em comum utilizado para enfrentar os momentos infelizes, as preocupações, o sofrimento, pois como consideram Teixeira et al. (2004) a espiritualidade é fator importante para a cura, favorecendo também na prevenção e promoção da saúde.

Definindo Vida Boa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como qualidade de vida “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995).

Seguindo essa linha de pensamento definida pela OMS, passamos a transcrever os conceitos de vida boa na visão das entrevistadas: Para D.Jandira, vida boa é *“ ter uma boa serviçal, uma casa com jardim, limpa,sem bichos (formiga, saraça, cupim), uma rede é fundamental.”*

A definição de “vida boa” para D.Tereza, é *“viver tranqüila, viver sempre amiga das pessoas que você gosta, não desejar mal ao próximo, de forma que eu me sinto feliz da maneira que eu penso e como ajo”*.

D.Antonia inicia sua fala sobre vida boa, dizendo que só a terá quando morrer. Depois, resolve acrescentar “*vida boa é ter a saúde, é a coragem de trabalhar, não andar se incomodando com a vida de ninguém, aí é bom, porque a gente tá no descanso da gente, se senta na cadeira, nem tá andando na casa de vizinho*”. Indagada se tem vida boa, ela responde que sim e logo acrescenta “*só não tenho porque não tenho dinheiro, mas se tivesse dinheiro, eu tava no céu.*”

Diante da pergunta, o que faria se tivesse dinheiro, ela respondeu “*eu faria que na minha casa não faltava nada, da comida, do alimento.*” Na sua percepção, a idéia de “vida boa” está relacionada a aspectos diretos de sobrevivência: é não ter a preocupação com o alimento, com a comida. O desejo de ter dinheiro é voltado para a problemática da falta de recursos para atender a necessidades básicas como o alimento, que padece juntamente com a sua família.

Para D.Raimunda, “vida boa” é o que “às vezes eu penso, era pegar uma pessoa pra ajudar lá em casa, ter comigo para não ficar sozinha, mas no mesmo instante eu vejo o que acontece com os outros aqui onde moro, eu me conformo”. Indagada sobre o que acontece com os outros, ela responde: “Muitos colocam uma moça para ajudar em casa, elas vão pras festas e a pessoa fica com a porta aberta esperando que chegue da festa. E quando chega, chega um pouco baldeada porque bebem. E assim eu fico só”. Afirma, no entanto, que tem “vida boa” e justifica assim “tenho o meu pão de cada dia e não tenho menino para aperrear.”

Para Minayo (2000), o termo qualidade de vida tem muitos significados, pois reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade. Enfatiza que a percepção de qualidade de vida é uma construção social com a marca da relatividade social. A autora lembra que o relativismo cultural atribuído à concepção do termo não impede de perceber o modelo hegemônico preconizado pelo mundo ocidental, que atribui valores a questões como conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas.

A percepção de “vida boa” para D. Jandira é entendida como situação de conforto e bens materiais que o dinheiro pode proporcionar: “*ter uma boa serviçal, uma casa com jardim, limpa, sem bichos (formiga, saraça, cupim), uma rede é fundamental.* Confrontando a percepção de “vida boa” da informante com o conceito de Minayo (2000) sobre qualidade de vida, percebe-se que predomina a concepção do modelo preconizado pelo mundo ocidental.

Para D.Tereza, “vida boa” é *“viver tranqüila, viver sempre amiga das pessoas que você gosta, não desejar mal ao próximo, de forma que eu me sinto feliz da maneira que eu penso e como ajo”*.

A percepção de “vida boa” está condicionada ao plano espiritual. D. Tereza expressa os seus valores religiosos quando condiciona o seu “sentir-se feliz” ao fazer o bem ao próximo.

D.Antonia associa “Vida boa” ao fato de ter a saúde preservada.. Ter saúde para ela significa *“coragem de trabalhar”*. Ela entende que a saúde é o bem mais valioso que possui. . Com saúde pode trabalhar para não faltar o alimento na sua mesa.

D. Raimunda atribui “vida boa” a ter uma pessoa para ajudar nos serviços em casa. Com a idade avançada e um reumatismo afetando os seus membros inferiores, ter o apoio de uma ajudante não seria luxo e sim uma necessidade. Não esquece também de destacar que ter “vida boa” é ter o alimento , simbolizado na sua fala como o pão do dia a dia.

Percepção do Envelhecimento

Nas palavras de D.Jandira, a velhice em si é percebida como sofrimento *“A velhice é uma coisa dolorosa, passando agora para a velhice, né? Pelo seguinte: não tem saúde, não tem com quem sair, não pode mais dirigir. São coisas que a gente sente falta. Quando a gente sente falta de uma coisa, já tá com o sentimento atingido. Quando eu queria, pegava o meu carro e fazia aquilo e aquilo outro. Agora, a gente fica dependendo de uma pessoa. A velhice é a pior coisa na vida. D.Jandira confronta o passado com o presente. Para ela, o passado surge um pouco “encantado”, como um tempo de felicidades perdidas: “Agora, na velhice, está um pouco difícil. Eu acredito... eu espero que a minha velhice seja curta. Não tenho vontade de viver muito..., Porque as coisas estão difíceis, porque o velho é um peso. Os filhos têm outras coisas para fazer, mas têm que cuidar do pai ,da mãe. É um peso para os filhos.. A gente sente que está sendo pesada. Às vezes tem vontade de pedir uma coisa a um... ah! não vou. Pode está fazendo alguma coisa , pode atrapalhar.*

Minayo e Coimbra Junior (2002) apontam que no aspecto cultural a forma mais comum de discriminação com o indivíduo idoso tem sido o estigma de “descartável” ou

“peso social”, pois assim o imaginário social a define. A velhice torna-se então auto-assumida pelos próprios idosos como problema, trazendo-lhes.

Ainda sobre a percepção do envelhecimento prossegue D. Jandira afirmando: *“Na velhice tem que ter sossego. O velho sofre muito... eu imagino o velho que não tem recursos, não tem quem ajude em nada... eu lembro daquelas pessoas lá no interior ...a velhice é muito dolorosa. E tem mais uma coisa, é muito desrespeitada. Não é como a gente quer. Sou velha, tenho que ser respeitada. Não é todo mundo que respeita... as crianças olham com maus olhos. Acham a gente feia, o corpo deformado, dão língua, não agrada a vista. A velhice é a velhice. Quer dizer... É a decadência...Total.”*

Beauvoir (1990) descreve com riqueza de detalhes alterações que ocorrem na aparência física e no organismo do indivíduo que envelhece:

Os cabelos embranquecem e se tornam rarefeitos... Por desidratação e em consequência da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente, a pele se enrug. Os dentes caem. (...) A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores (...) O lábio superior minguia; o lóbulo da orelha aumenta. Também o esqueleto se modifica. Os discos da coluna vertebral empilham-se e os corpos vertebrais vergam. (...) O tórax tende a tomar uma forma sagital (...) A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. O esqueleto sofre de osteoporose (...) O sistema circulatório é atingido (...) O débito cardíaco decresce (...) A caixa torácica torna-se mais rígida (...) A força muscular diminui (...) Os nervos motores transmitem com menor velocidade as excitações e as reações são menos rápidas (...) O tato, o paladar o olfato têm menos acuidade que outrora (BEAUVOIR, 1990:34).

Numa abordagem biológica, o envelhecimento é enfatizado nas limitações, nas perdas e nas alterações que a idade traz. Para D. Jandira ser velho é não ter saúde, não ter com quem sair, não poder mais dirigir. A sua condição de mulher idosa é agravada por uma limitação física no membro inferior decorrente da retirada de um tumor. Apesar de ser bastante ativa, anda claudicando, usando uma bengala como apoio. O fato de ser viúva a priva de uma companhia certa para acompanhá-la nas suas saídas de casa. Não poder mais dirigir faz com que dependa dos outros, geralmente os filhos, para transportá-la quando necessário. Como já enfatizado, atribui ser a velhice a pior coisa da vida, pois se acha um peso para os filhos quando deles necessita para alguma necessidade. Velhice para ela é a *“decadência total”*. A percepção da informante sobre a velhice é enfatizada predominantemente nos aspectos negativos. Suas colocações nos remete ao pensamento de

Py (2004), quando afirma que diante das fragilidades que acompanham a velhice, pelos menos duas possibilidades podem ser aventadas:

A mais comum é ter um olhar depreciativo diante de velhice: “Para que viver muito, se vou envelhecer, adoecer e morrer?” Ou, por outro lado, é descobrir novas possibilidades de ver a vida: “Para que sair de cena, se posso transformar meu personagem?”

Apesar de conceituar a velhice como um período de decadência total e de perdas, D.Jandira consegue vislumbrar aspectos positivos no momento de vida atual, expressos com essas palavras: “*A vida mansa, né? Eu tenho a minha rede para dormir quando eu quero, tenho o meu dinheirinho do jeito que eu quero.* Embora tenha se referido à velhice com palavras muito depreciativas, mantém preservada a sua independência funcional e, sobretudo, a sua autonomia.

Considera-se uma pessoa feliz, apesar das considerações que fez sobre o envelhecimento, e finaliza a sua narrativa com a seguinte afirmação: “*É muito engraçada a vida da gente. A vida da gente é boa. Deus não dá a vida ruim a ninguém. As pessoas se fazem infelizes...*”

Na sua percepção da velhice, D.Tereza apresenta um pensamento de tranquilidade, não se vê como um peso para os filhos

“Eu sou feliz. Os meus filhos, todos, me dão muito apoio, de forma que não posso dizer que não sou feliz. Tenho a minha casinha, tem o meu filho que mora comigo que é muito bom, adivinha os meus pensamentos, amanhece o dia logo perguntando se eu estou bem, se estou precisando de alguma coisa, acha que eu devo sair, passear, me divertir... tudo isso são coisas que agradam à gente e a gente sente-se bem em ter uma família que cuida da pessoa com amor e carinho...” “Eu, até hoje me sinto bem, porque tenho o apoio dos meus filhos, sempre estão ao meu lado”.

Cita em seguida os apoios que recebe

“Vir sempre me visitar, saber o que estou precisando, se estou bem de saúde... qualquer coisa a senhora só é ligar que estaremos aí. Isso me faz muito bem. Cada um na sua casa, porque têm que dar apoio à família deles. Eu também não exijo nada dos filhos, não. Eu acho que a pessoa deve fazer aquilo que está se sentindo bem em fazer. Eles dão amor e carinho a uma mãe que vive muito só. Só, assim, mas eles sempre estão ao meu lado”.

Quando foi indagada sobre o lado negativo da velhice, fez alusão ao isolamento que sente “*É a solidão. Mas essa parte não me atinge não porque eu sempre tenho o apoio da minha família, dos meus filhos. E o filho que mora comigo me dá todo amor, carinho, tudo*

que possa imaginar de bom para mim, ele está sempre ao meu lado. Isto me conforta muito, viu? A presença da família e os apoios que recebe, a rede de contatos são fundamentais para que tenha um sentimento de tranqüilidade nessa fase da vida. Encerra a entrevista com a seguinte frase: “ Só Deus nós dá força, o amor e o perdão, que está acima de tudo... eu acho que o perdão é uma coisa muito importante na nossa vida.”

A construção do envelhecer para D. Tereza não tem a conotação de ser “um peso” para os outros. O cuidado e o carinho que recebe dos filhos, sempre dispostos a ajudar quando necessário proporciona tranqüilidade. Embora tenha um desvio acentuado na coluna, que lhe causa fortes dores em algumas situações, não associa doença com envelhecimento. Envelhecer para ela significa solidão. As mulheres por viver mais que os homens padecem com maior frequência de solidão.

D. Antônia quando questionada sobre o que é envelhecer, respondeu: “é a pessoa ter a preocupação como eu tenho né? no dia que falta, a gente só falta ficar doido. Das crianças. Delas almoçar, jantar, ter o café da manhã. Aí eu tenho que me virar, pedir dinheiro emprestado, é assim”. Retrata a realidade dos poucos recursos em que vive em todos os momentos da sua fala. Associa o envelhecer com as dificuldades que padece. Embora tenha uma velhice de privações, consegue vislumbrar um lado positivo no envelhecimento que é ter sossego e paz. Descreve, então, o seu sossego: “O meu sossego é no dia que não tô trabalhando, me sento, rezo meu terço, boto feijão no fogo, faço meu arrozim. Aí vou, ensabôo um pano, as vezes passo ferro, aí vou me enganando, até o dia passar”. Diante da pergunta se queria viver muito, encerrou a entrevista com a seguinte colocação: “Eu quero, se Deus quiser, ave Maria minha filha, e a saúde é a coisa melhor que tem. Melhor do que o dinheiro...”. Precisa continuar lavando roupa “pra fora” porque seus vencimentos da aposentadoria não garantem o sustento da família. Declara, no entanto, que o lado positivo da velhice é ter sossego. O sossego ela tem quando não está trabalhando. Para ela, a palavra sossego significa descanso.

Silva (2005) e Berquó (1999) ressaltam as diversas faces que a velhice tem, principalmente numa sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, onde não se garante uma velhice humana e digna para todos.

D.Raimunda tem a percepção do idoso centrada na doença: “*Velho é ser na idade que a gente ta, aparece tudo, aparece toda doença. Traz dor, dor nas pernas, dor nas costas, dor nos osso... novo resiste, agüenta, mas a gente já na idade, minha filha, qualquer doença*

a gente só falta morrer, não é?” Relata sobre os problemas de saúde que teve e dos que tem, como pressão alta e de vista. Como aspecto positivo do envelhecimento, destaca: *“a gente tem sossego dentro de casa... anoitece, a gente fecha a porta, e vai se deitar”*. Velhice para D.Raimunda está representada por dor em todo o corpo. No idoso, a manutenção da independência funcional está intimamente associada ao conceito de saúde. Quando essa independência está comprometida o idoso se vê doente.

Paschoal (2002), menciona que os idosos têm como parâmetros indicadores de saúde o fato de preservarem a independência, colocada aqui no sentido de manter a capacidade de realizar algo com seus próprios meios e a autonomia, entendida como ter capacidade de decisão. Sobre o conceito de autonomia, o filósofo Motta Pessanha, citado por Paschoal (PAPALÉO NETTO, 2002:316), explica que:

...pessoa autônoma é a que retira de si mesma a fonte de poder; tem, nela mesma, sua fonte de decisão, conseguindo, assim, tornar-se ela mesma e construir seu próprio caminho de vida. (...) O contrário de autonomia, a heteronomia, significa que a lei é dada, imposta, sugerida, ensinada; a pessoa segue uma lei da qual não é a própria fonte.

Ao ser questionada se era uma pessoa feliz, respondeu com essas palavras:

“Sou. O que me dá mais felicidade é quando eu “tou” melhor, com um pouco de saúde. Ah, eu tou feliz. A senhora sabe que as três coisas que a gente deve pedir a Deus quando vai orar de noite para dormir? a gente pede a riqueza da gente. É três coisas juntas: a saúde, a paz e o pão de cada dia. Se você tiver a saúde e não tiver a paz, você não tem nada. Se você tiver a paz e não tiver a saúde, não tem nada também. Se você tiver a saúde, a paz e não tiver o pão, tá faltando. E assim a gente pede as três coisas juntas e aí você está rica”.

A manutenção da saúde é fundamental para essas mulheres continuarem seus papéis de mulheres, mães, avós e com frequência, de chefes de família.

CONCLUSÃO

Com o estudo realizado, percebemos a subjetividade que contemplam os conceitos de sofrimento, “vida boa” e percepção do envelhecimento por mulheres idosas e como se

encontram intimamente ligados à experiência de vida de cada uma. Sofrimento na velhice vem associado às perdas que ela traz: isolamento social, ausência da saúde, aparecimento da doença, limitação nas ações, baixa auto-estima, depreciação. O apoio familiar é imprescindível ao indivíduo que envelhece para evitar ou amenizar a solidão referida. À medida que se envelhece é importante buscar outros valores e interesses na vida para que a perda da juventude não seja percebida numa perspectiva depreciativa, de que é um peso para os outros. Como já foi referida anteriormente, a própria experiência de vida propicia aos idosos meios para que enfrentem as perdas e mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida., seja aceitando ou lutando contra elas. Uma estratégia utilizada em comum pelo grupo participante desse trabalho, no enfrentamento das limitações que são impostas no processo do envelhecimento é o conforto espiritual, através da oração.

Entretanto, como revelam as falas das informantes, se a percepção de alguns aspectos associados à velhice parecem semelhantes, independentemente de questões de ordem sócio-econômica, há também divergências quanto à concepção de outros tantos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON,M.I.P., **Saúde e Condições de Vida no Brasil**. Textos Envelhecimento.v.1n.1
Unati-Rio de Janeiro nov.1998

BEAUVOIR, Simone.**Os dados da Etnologia**. In: A Velhice. Rio de Janeiro. Nova Fronteira,
1990.

BERQUÓ, E. **Características demográficas e socio-econômicas da população idosa. Diferenças inter e intra-regionais**. Debate. In: Seminário Nacional dos Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade, Belo Horizonte, 1992. Anais: a população idosa no Brasil - perspectivas e prioridades das políticas governamentais e comunitárias. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1992. p. 41-62.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev. Saúde Pública, 31 (2): 184-200,1997.

GATTO,I.B. **Aspectos Psicológicos do Envelhecimento**.In: Gerontologia- A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. **Universalização de Direitos Sociais no Brasil: previdência rural nos anos 90**. Brasília:IPEA,2000.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Rio de Janeiro: Freire Bastos,1971.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. **Quality of life and health: a necessary debate**. Ciência Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

MINAYO, M.C.; COIMBRA, JR., C.E.A **Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento** In: MINAYIO, M.C.; COIMBRA, JR., C.E.A. (Org.) Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2002.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE, J.R. **Envelhecimento: Desafio na Transição do Século.**In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia.- A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002

RAMOS, L.R., COELHO FILHO, J.M. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

SILVA, M.C. **O processo de envelhecimento no Brasil:desafios e perspectivas.** Textos Envelhecimento,v.8 n.1 Unati:Rio de Janeiro,2005.

TEIXEIRA,E.F.B. MULLER,,M.C., SILVA,J.D.T. **Espiritualidade e Qualidade de Vida.**Porto Alegre: EdipuCRS, 2004.

VERAS, R.P.; MURPHY, E. **The mental health of older people in Rio de Janeiro.** Int. J. Ger.Psychiatry, 9:285-95, 1994.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeira cena: Comunidade dos Cocos. A denominação do lugar deriva da ocupação de muitos de seus moradores, vendedores de côco na praia que fica próxima. Muitos destes são conhecidos, parentes, filhos das mulheres do grupo de idosas que se reúnem, semanalmente, na escola da comunidade. O prédio da escola é muito simples, assemelhado a uma casa. Foi ali, numa sala muito modesta, em meio às vozes de crianças que vinham das pequenas salas de aula vizinhas, que foram tomando forma as idéias iniciais deste trabalho. Uma certa penumbra, poucos armários e um número maior de cadeiras agrupadas em círculo. Antes mesmo de ter definido o objeto deste estudo, os encontros com aquele grupo de mulheres me possibilitaram a construção de um quadro, “um pano de fundo” do qual emergiu muito do que pude compreender da condição de ser idosa, pobre, solitária, sofrida, doente.

A doença remete à segunda cena: um hospital público situado numa região de intenso movimento. Um pouco de silêncio em meio ao burburinho. Ordem, disciplina, controle, assepsia. Os quartos são limpos, os lençóis novos. Sentencia D. Perpétua. *“Aqui é rico, mulher (...) o lençol só falta não poder no corpo. Quanto é que pesa um lençol desse? É bom demais. É uma riqueza”*. Começo a ouvir atentamente outras tantas mulheres que, como D. Perpétua, disseram, numa primeira abordagem “que tudo era muito bom”. Disponibilidade para ouvir, atenção às reticências e aos silêncios, cuidado para não perder um comentário, às vezes uma palavra que revelasse outros sentimentos não revelados. Numa conquista gradual de confiança, as falas daquele grupo de idosas foram revelando as queixas, os sentimentos, os sofrimentos encobertos como que por um “lençol de riqueza”.

Conforme referi, a minha primeira aproximação do universo com o qual viria a trabalhar sensibilizou o meu olhar. Posteriormente, as leituras, as discussões teóricas, o contato com os estudos sobre o tema permitiram-me a necessária abordagem analítica para a construção da pesquisa. Ao chegar ao hospital, o instrumental teórico da abordagem fenomenológica me possibilitou um rico caminho para desvendar as questões que eu procurava compreender.

O percurso da pesquisa desenvolvida proporcionou várias reflexões importantes que nos auxiliam na compreensão acerca do significado da humanização do cuidado, privilegiando a percepção de mulheres idosas internadas em hospitais públicos. Embora este

presente trabalho tenha se restringido ao estudo num hospital específico, uma vez que se propôs a um estudo aprofundado, enquadrando-se numa perspectiva qualitativa de pesquisa, podemos supor que a realidade estudada ajude a compreender também outras realidades, em muitos aspectos semelhantes. Portanto, os fatos apreendidos, destacando-se as falas das informantes-chave, material mais nobre entre os dados colhidos, configuram-se num alerta à população sobre a emergência de se cobrar os direitos estabelecidos nas políticas públicas destinadas ao idoso no nosso país.

Os direitos preconizados nas políticas do idoso e no Código de Direitos do Paciente do SUS parecem não ser plenamente efetivados naquela instituição, não se concretizando, portanto, em ações mais humanizantes na dinâmica hospitalar. É importante ressaltar que a atenção dispensada pelos profissionais de saúde aos pacientes, foi considerada, geralmente, satisfatória pelos mesmos. Entretanto, mesmo gestos aparentemente bem intencionados como o costume de chamar um paciente idoso de forma infantilizada (“meu bebê”), revela uma outra face, acentuando a posição de subalternidade dos pacientes em relação aos profissionais, tornando-os, simbolicamente, mais dóceis, frágeis e submissos. Como foi visto, este foi apenas um dos aspectos que ilustram o poder da autoridade da instituição, desconsiderando direitos e a voz do usuário, que pouco é ouvida.

A pesquisa realizada poderá vir a mobilizar outros estudos mais aprofundados na busca de se superar os problemas enfrentados pelas pacientes idosas de hospitais públicos. Entretanto, espero que as reflexões que me foram possibilitadas pela inestimável riqueza dos depoimentos de minhas informantes possam indicar alguns caminhos para essa superação.

Diversas são as ações possíveis de serem fomentadas. Certamente, maiores informações sobre as necessidades e os desejos dos idosos, possíveis, por exemplo, através de programas de formação continuada, favoreceriam uma ampliação da visão sobre a humanização hospitalar por parte desses profissionais. Nesse processo, o idoso não poderia ser apenas um objeto, mas sujeito ativo, com plenos direitos à voz, com toda a dignidade e o cuidado que lhe é devido na sua condição. Assim, quem sabe, D. Matilde, com muita sensibilidade e sabedoria, não precisaria mais dizer, revelando sua impotência perante a autoridade do hospital: *“Aqui é só o que eles querem. O que a gente pode fazer? Nada...”*

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)