

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO
PAULO**

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
GERONTOLOGIA**

**INVESTIGAÇÃO SOBRE O ABANDONO DO IDOSO EM
SITUAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, junto ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da PUC/SP, sob orientação da Prof^a. Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida.

ANTONIO FLÁVIO ORLANDI

**SÃO PAULO
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra à minha mãe que em sua velhice ainda me ensinava o valor de se viver.

Aos pacientes idosos institucionalizados, que se encontram em situação de abandono e não perdem a esperança de um dia voltar aos seus lares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter-me propiciado a vida e a possibilidade de realizar este trabalho.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Vera Lucia Valsecchi de Almeida, por ter-me conduzido até a etapa final e por sua dedicação, compreensão e paciência. Sou grato não somente pelo ensinamento acadêmico, como também pelo que pude aprender em benefício de meu desenvolvimento como pessoa humana.

Agradeço ao Centro Universitário FIEO – UNIFIEO pelo apoio recebido para a realização do programa de Mestrado em Gerontologia. A Capes, pelo apoio recebido e sem o qual a conclusão desse mestrado seria impossível.

Estendo meus agradecimentos aos professores do Programa de Estudos Pós- Graduação em Gerontologia, da PUCSP.

Agradeço especialmente ao dedicado amigo e companheiro de todos os momentos, Reginaldo Antolin Bonatti por seu incentivo e por sua ajuda para a realização deste trabalho.

RESUMO

ORLANDI, A.F. (2008) **Investigação sobre o abandono do paciente idoso em situação de alta hospitalar.** São Paulo, 103 p.

O envelhecimento é um processo que produz transformações sociais, culturais e epidemiológicas, entre outras, significativas. Dentre as questões que envolvem o idoso, a institucionalização e o abandono apresentam-se sobre-determinadas. Este trabalho investigou a percepção dos idosos sobre a situação de internação e de abandono em instituições de retaguarda. Nele, a abordagem metodológica recaiu sobre a pesquisa qualitativa; os dados foram colhidos através de entrevistas realizadas junto a 17 idosos internados em hospitais de retaguarda. As entrevistas foram transcritas e analisadas na forma de categorias discursivas que fundamentaram o tratamento das informações. A bibliografia referente ao tema é escassa e demonstra que a população do Brasil está envelhecendo e que este processo tem como consequência a alteração na estrutura de vida dos idosos, exigindo novas abordagens e soluções para estes problemas. A análise dos dados mostrou as várias causas que levam ao abandono de idosos pela família. Entre elas, a falta de condições econômicas, a dificuldade de lidar com idosos que necessitam de cuidados especiais em decorrência da perda da capacidade funcional e da saúde; a perda de vínculos familiares e a falta de interesse dos familiares em cuidar dos idosos. A percepção dos sujeitos sobre o abandono após a alta hospitalar pôde ser captada através da comunicação verbal e não verbal, sendo a tristeza e a amargura a expressão mais precisa dos sentimentos dos idosos. Sentimentos de resignação e conformismo são formas de enfrentamento para obscurecer a verdadeira percepção do abandono; por outro lado, a esperança de retornar ao lar é um sentimento experimentado pela maioria dos entrevistados. O produto deste trabalho apontou para a necessidade de criação de programas para orientação e preparação da família para lidar com o idoso, de desenvolvimento de políticas e programas de saúde pública voltados à população idosa, da formulação de políticas de educação e cidadania que visem o acolhimento e o cuidado dos idosos e o desenvolvimento e estímulo para pesquisas e estudos sobre o tema do abandono.

Palavras-Chave: envelhecimento; idoso; abandono; institucionalização; gerontologia.

ABSTRACT

ORLANDI, A.F. (2008) **Investigation on the desertion of the old one in situation of nosocomial rise.** São Paulo, 103 p.

The aging is a process that produces social, cultural and epidemiological transformations, between others, significant. Among the questions that concern the old one, the admission and the desertion are relevant questions. This work investigated the perception of the old ones on the situation of admission and of desertion in institutions of rearguard. The scientific method used went to qualitative inquiry; the data were gathered through interviews carried out near 17 old ones interned in hospitals of rearguard. The interviews were transcribed and analysed in the form of discursive categories that substantiated the treatment of the informations. The bibliography referring to the objective of this work is scarce and it demonstrates what the population of Brazil is aging and what this process has how consequence the alteration in the structure of life of the old ones, demanding new approaches and solutions for these problems. The Analysis of the data, showed several causes that lead to the desertion of old ones for the family. Between them, the lack of economical conditions, the difficulty of deal with old what need special cares as a result of the loss of functional capacity and of the health; the loss of familiar bonds and the lack of interest of the relatives in taking care of the old ones. The perception of the subjects on the desertion after the nosocomial rise could be caught through the verbal communication and not verbal, being the sadness and the bitterness to expression more precise of the feelings of the old ones. Feelings of resignation and conformism are ways of facing the situation and to darken the true perception of the desertion; on the other side, the hope of returning to the home is a feeling suffered by most of the interviewed ones. The product of this work pointed to the necessity of creation of programs to direction and preparation of the family to deal with the old one; of development of politics and programs of public health turned to the old population, of the formulation of politics of education and citizenship at what there aim the welcome and the care of the old ones and the development and the stimulus for inquiries and studies on the subject of the desertion.

Key-words: aging; old; desertion; admission, gerontology

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Introdução: Trajetória Pessoal na Experiência com Idosos | 02 |
| Capítulo I: Da Velhice e do Envelhecimento | 07 |
| 1. O Envelhecimento Populacional: aspectos demográficos | 07 |
| 2. As Múltiplas Dimensões da Velhice | 10 |
| Capítulo II: O Hospital e o Idoso: aspectos epidemiológicos | 15 |
| 1. Aspectos Relacionados à Internação do Idoso | 15 |
| Capítulo III: O Idoso e a Família | 19 |
| 1. Entre os Ditames Legais e a Realidade | 19 |
| 2. A Alta Hospitalar: o Idoso entre a Família e a Institucionalização | 26 |
| 3. O Idoso entre a Família e o Abandono | 31 |
| Capítulo IV: Problema de Investigação e Abordagem Metodológica | 35 |
| 1. O Problema de Investigação | 35 |
| 2. Objetivos | 37 |
| 3. Abordagem Metodológica e Coleta de Dados. | 38 |
| 3.1. Local e Sujeitos da Pesquisa | 42 |
| 3.2. Coleta e Registro de Dados | 47 |
| Capítulo V: A Pesquisa De Campo | 48 |
| 1. Incursões em Fontes Bibliográficas | 48 |
| 2. Locais da Coleta de Dados (as instituições) | 48 |
| 3. Particularidades dos Sujeitos da Pesquisa | 49 |
| 4. Análise dos Dados | 50 |
| Considerações Finais | 89 |
| Bibliografia | 95 |
| Anexo 1: Roteiro de Entrevista | 102 |
| Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 103 |

INTRODUÇÃO

TRAJETÓRIA PESSOAL NA EXPERIÊNCIA COM O IDOSO

Aprendi desde cedo a respeitar as pessoas, especialmente os mais velhos. Talvez este aprendizado esteja relacionado com o fato de a longevidade ser comum em minha família. Nela a velhice sempre foi considerada um fato normal e positivo, pois envelhecer é dar continuidade à própria vida.

Na década de 50 morávamos na Avenida Brigadeiro Luiz Antonio. Era comum minha mãe ser surpreendida por idosos carentes, moradores de rua, dentro de sua casa; idosos levados por mim e por meu irmão Cássio, para que fizessem uma refeição conosco.

Fico feliz em perceber que minha criação austera, própria de uma família onde a moral é observada em todos os momentos, contribuiu para a formação de meu caráter.

Sou o sétimo de uma família de dez filhos. Nasci em 1947, na cidade de Passos, no Estado de Minas Gerais. Minha mãe é de uma família em que os membros têm uma história de longevidade. Muitos morreram com idades bastante avançadas; seu pai (meu avô) faleceu aos 99 anos, seu irmão mais velho, aos 94 e ela, também, aos 94 anos. Meu pai também é de uma família em que os membros têm uma história de longevidade sendo que a maioria morreu com idades avançadas, seu pai (meu avô) faleceu com 90 anos, sua irmã mais velha com 102 anos e ele, aos 88 anos (tabagista importante).

Cresci ouvindo histórias contadas por pessoas mais velhas, tanto pelo lado materno quanto pelo paterno, em meio a muita gente idosa. Muito me agradava ouvir suas histórias e experiências de vida.

Em 1955 minha família mudou-se para São Paulo. Nossa primeira casa era situada na Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, em frente ao Hospital do Instituto de Assistência e Pensão dos Comerciantes (I.A.P.C.), hoje Hospital Brigadeiro.

Aos oito anos de idade passei a freqüentar regularmente o *Hospital Brigadeiro*, Isto porque minha família trabalhava com fotos para os documentos que eram exigidos para a inscrição neste hospital. Era eu que fazia a entrega das mesmas. Foi nesta idade que começou a surgir meu interesse pela área da saúde, justamente por freqüentar e observar a rotina de profissionais.

Em 1965 nos mudamos para o bairro da Aclimação. A nova casa era vizinha do *Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo*. Neste hospital trabalhava o meu padrinho de crisma, Senhor Giuseppe, e com isto, meu contato com a área da saúde foi estimulado e minha observação da rotina hospitalar ficou ainda mais aguçada.

Já adulto, comecei a trabalhar na área da saúde, atuando na propaganda de uma indústria farmacêutica que atendia a dois grandes hospitais sendo o Hospital do Servidor um deles. Eu era responsável pelo atendimento destes dois hospitais.

Em meu trabalho no Hospital do servidor atuei junto a uma equipe de geriatria; passei, então, a observar os pacientes idosos que freqüentavam os diversos serviços. Esta proximidade com a velhice me incentivou a buscar conhecimentos sobre assuntos relacionados à condição sócio-econômica destes pacientes. Para minha felicidade, durante o curso de fisioterapia, realizei estágio curricular em clínica médica neste mesmo hospital. Ao atender os pacientes da clínica geriátrica percebi a forte ligação que passei a ter com os mesmos.

Depois de formado comecei a dar aulas em uma faculdade e fui convidado para fazer a preceptoria de alunos em estágio curricular, no mesmo hospital em que havia trabalhado tantos anos como representante da indústria farmacêutica. Minha supervisão se dava na Clínica Médica e foi aí que a relação com os idosos tornou-se mais forte. A clínica atendia pacientes da geriatria e era dirigida pelo Dr. Matheus Papaléo Neto. Nesta ocasião pude perceber que era a área com a qual mais me identificava.

Trabalhei durante sete anos neste Hospital, em especial no serviço de geriatria. Recebi, então, uma proposta de emprego em outra Instituição de Ensino de Osasco. Aceitei a proposta e passei a lecionar Fisioterapia e a atuar, também, como preceptor de estágio curricular em um grande hospital central da prefeitura. Este hospital atende a população de Osasco e região e a realidade de seus usuários é a de pessoas que vivem na periferia, têm baixo poder sócio econômico e com problemas de saúde agravados. Sob tais condições a realidade do paciente idoso se torna mais complicada, na medida em que envolve conflitos entre os deveres dos familiares e do Estado. Foi nesta esfera de conflitos que me deparei com algo que me incomodou e que considero como a mais dura realidade vivida pelo idoso: a alta hospitalar e a impossibilidade ou a falta de desejo de os familiares receberem o idoso em casa.

As histórias são muitas; umas mais complicadas que outras. Histórias que atestam a imperiosidade de ações radicais para que o abandono de idosos, após a alta hospitalar, seja “coisa do passado”.

São várias as alegações das famílias para não buscarem e não assumirem o paciente. Dentre estas afirmam, por exemplo, que não possuem informações nem condições suficientes para cuidar deste idoso em casa, pois necessitam de uma atenção muito maior; atenção que envolve dietas especiais, medicamentos, profissionais para atendimento em

domicílio para curativos, aplicação de injeções, reabilitação e cuidados que exijam o transporte do paciente para serviços especializados. Disto resulta o fato de muitos familiares alegarem não possuir condições de assumir as tarefas. A falta de recursos financeiros também é uma alegação muito freqüente; alegação que, por vezes, é comprovadamente real.

Um fato marcante e que me causou grande angústia foi o ocorrido a um senhor idoso que foi levado para casa de seus familiares pelo Serviço Social após a alta hospitalar. Ele morava com um dos filhos e teve que ser trazido novamente para o Hospital, visto que seu filho o recebeu em sua casa, porém colocou-o para fora no mesmo dia, deixando-o sozinho, sentado do lado de fora da casa. Os vizinhos perceberam a situação e o reencaminharam ao Hospital. Uma vizinha amiga da família, relatou que a alegação feita pelos familiares para justificar esta situação era a de que não tinham condições de cuidar do paciente porque precisavam trabalhar.

Com o objetivo de compreender o que se apresentava aos meus olhos, quase que cotidianamente, decidi fazer o mestrado na área de gerontologia.

Acostumado à lógica recorrente na área da saúde, ou seja, cartesiana, encontrei no Mestrado em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, um caminho para cursar disciplinas que contribuíssem não só para a melhor compreensão da velhice e do processo de envelhecimento, como para conquistar referenciais que permitissem desenvolver meu projeto de pesquisa e obter o título de **Mestre em Gerontologia**.

O resultado dos anos de dedicação ao mestrado é a dissertação aqui apresentada. Ela foi elaborada de modo a promover a aproximação progressiva ao tema e objetivos de investigação.

No capítulo I apresentamos os aspectos demográficos do envelhecimento, demonstrando que o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e que o mesmo repercute em diferentes esferas de estrutura social, econômica, política e cultural das sociedades.

No capítulo II nos voltamos para os aspectos epidemiológicos do envelhecimento e da velhice, enfocando os aspectos sociais, emocionais e patológicos. Aspectos relacionados à internação hospitalar de idosos também foram apresentados neste capítulo.

O capítulo III foi dedicado a algumas reflexões sobre o idoso e a família. À incursão no hiato que separa os ditames legais e a realidade, foram apresentados os aspectos relacionados à família frente à alta hospitalar e à institucionalização de idosos. Finalizamos este capítulo explorando a questão do abandono de idosos por seus familiares.

O capítulo IV focalizou o abandono do idoso, após a alta hospitalar, como um grande problema a ser enfrentado, sendo este o objeto de investigação do presente trabalho. Foram também apresentados os objetivos e a abordagem metodológica da pesquisa.

O capítulo V teve início com algumas incursões em fontes bibliográficas. Em seguida, nos voltamos para a apresentação do local e dos sujeitos da pesquisa. Ao final deste capítulo apresentamos a análise dos dados coletados. A análise pautou-se em categorias discursivas que objetivaram situar, na fala dos idosos, a percepção sobre a situação de abandono.

Nas **Considerações Finais** discutimos o abandono do idoso a partir da percepção dos sujeitos e de nossa observação durante a pesquisa de campo.

CAPÍTULO I

DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

1. O Envelhecimento Populacional: aspectos demográficos

Para um País como o Brasil que, até a poucas décadas, era considerado um país de jovens, o envelhecimento populacional surge como um fato novo e cercado de contornos especialmente desafiadores. O descompasso entre o envelhecimento populacional, as políticas e os programas que objetivam conferir dignidade aos que envelhecem é grande. Muitos estão ganhando cabelos brancos e o País não sabe o que fazer com eles.

Diversamente dos países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento ocorreu de forma lenta e sob condições econômicas mais favoráveis, no Brasil, o envelhecimento populacional é um fenômeno não só recente - iniciado nas últimas décadas do século XX - como inserido em um contexto economicamente adverso e desfavorável. Isto significa que este País está envelhecendo em condições bastante afastadas do desenvolvimento econômico e de uma distribuição mais justa da riqueza socialmente produzida (diminuição das desigualdades sócio-econômicas).

De acordo com Camarano:

O envelhecimento é um fenômeno mundial. Vem ocorrendo em quase todos os países do mundo. No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional: de 4,2% em 1950 para 8,6% em 2000¹. Além disto, a proporção da

¹ Recentemente publicado pelo IBGE, a *Síntese dos Indicadores Sociais/2008* (PNAD/2007), revela a existência de quase 20 milhões de idosos, o que corresponde a 10,4 % da população total.

população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo [...] A população considerada idosa também está envelhecendo. Isto leva a uma heterogeneidade deste segmento. (2002, p.01)

Importa considerar, aqui, que o envelhecimento populacional – resultado da alta fecundidade verificada em meados do século XX, da atual diminuição das taxas de fecundidade e da queda das taxas de mortalidade – traduz-se no “*envelhecimento das famílias (crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso) e mudanças nos arranjos familiares*” (CAMARANO, 2002, p. 01).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Estima-se um crescimento de 223 % (algo em torno de 694 milhões de idosos) para o período de 1970 e 2025, sendo que, para 2025, a estimativa é de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Até 2050 espera-se uma população de idosos da ordem de 2 bilhões, sendo 80 % nos países em desenvolvimento (O.M.S., 2002).

No Brasil, como em outros países ditos “*emergentes*” ou em desenvolvimento, a população de idosos vem aumentando expressivamente desde as últimas décadas do século XX - tanto em termos absolutos, como relativos. Paralelamente, a expectativa de vida é cada vez maior (ao nascer e aos 60 anos), fato que contribui para o que os demógrafos denominam “*transição demográfica*” e que, Alexandre Kalache (OMS, 2002), batiza de “*revolução demográfica*”².

² Expressão utilizada no Programa *Roda Viva*; TV Cultura, em 23 de janeiro de 2006.

É a partir desses dados que são calculados os índices de envelhecimento³ da população mundial. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), este índice tem crescido, no Brasil, de forma acelerada.

Comparando os censos brasileiros realizados nos anos de 1996 e de 2000, pode-se observar que a população de 60 anos ou mais de idade não pára de crescer. Em 1996, a proporção era de 16 idosos para cada 100 crianças; já no ano 2000 esta proporção aumentou para quase 30 idosos para cada 100 crianças. No quadro abaixo temos alguns dados do perfil dos idosos brasileiros:

| O IDOSO EM 2000 | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| População idosa total | 14.536.029 |
| Distribuição por sexo | 54,9% homens 55,1% mulheres |
| Pessoas com 100 ou mais anos de idade | 24.576 |

Quadro 1 - Perfil do idoso em 2000 - Fonte: IBGE (2000)

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial; como tal, produz modificações sociais, econômicas e culturais radicais e aceleradas. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, ultrapassando 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Por ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. O número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 17 milhões em 2006, ou seja, um aumento de 600% em menos de cinquenta anos (VERAS, 2007).

³ O “índice de envelhecimento” é a razão entre o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade, para cada 100 crianças e jovens de 0 a 14 anos (Fonte: IBGE/Anuário Estatístico e PNADs)

Observou-se, nas últimas décadas, um nítido processo de envelhecimento demográfico; processo que repercutiu e, ainda repercute, nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos possuem demandas específicas (SIQUEIRA et al., 2002).

Das muitas questões que envolvem os idosos, a institucionalização e o abandono dos mesmos em instituições de retaguarda saltam aos olhos, carecendo de estudo para conferir dignidade aos idosos e para subsidiar as políticas de proteção aos brasileiros que chegam e ultrapassam os 60 anos de idade.

2. As Múltiplas Dimensões da Velhice

Para os países em desenvolvimento, a ONU (Organização das Nações Unidas) define como “idosas” as pessoas com 60 anos ou mais de idade; já para os países desenvolvidos, a “velhice” tem início aos 65 anos de idade (OMS, 2002).

Vale ressaltar que qualquer que seja a idade definida para a velhice, a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Isto porque são grandes e significativas as variações relacionadas ao estado de saúde, à participação e aos níveis de independência entre “idosos” que possuem a mesma idade (OMS, 2002).

A velhice envolve dois processos estreitamente relacionados: o envelhecimento individual e o envelhecimento demográfico. Os processos individuais de envelhecimento estão condicionados à estrutura social de cada sociedade. O processo de envelhecimento de uma população exerce pressão para a transformação do *status* das pessoas e das oportunidades de participação a elas oferecidas. Este processo faz com que a velhice assuma uma nova dimensão, agora referida à “*velhice subjetiva*”. Esta

dimensão é obscurecida pela “*velhice objetiva*”, como fenômeno estrutural concernente a toda a sociedade (CABRERO, 1997).

A velhice tem sido objeto das mais diversas definições; algumas a concebem como um processo biológico. Outras insistem nos aspectos patológicos, enquanto outras enfatizam as dimensões sócio-econômicas ou ainda psicossociais. Apesar de se constituir como fenômeno biológico, a velhice não pode ficar confinada a este âmbito.

Quando a velhice chega, nosso organismo passou e passará por diversas transformações; por mudanças que são, muitas vezes, inaceitáveis (BEAUVOIR, 1990; FREITAS et. al. 2002).

Há os que apreendem a velhice apenas como deteriorização do corpo; para estes, o idoso é um pedaço de carcaça, cheio de doenças, depressão, despesas e trabalho para quem dele cuida. Para outros, a velhice é sinônimo de saber, de experiência de vida. Por outro lado, cabe lembrar que o idoso de hoje vivenciou a chamada “transição epidemiológica”, ou seja, conviveu com a substituição de doenças infecto-contagiosas pelas doenças não transmissíveis. Estas últimas tendem a acarretar incapacidades e comprometimentos de diversas ordens; suas complicações contribuem para prejudicar a qualidade de vida do idoso (BEAUVOIR, 1990; KUSUMOTA et. al.,2004).

Com o envelhecimento, o indivíduo se transforma; a velhice aparece nos cabelos brancos, nas rugas de expressão expressivas, nos dentes que caem, no lábio superior que minguia, no lóbulo da orelha que aumenta, no esqueleto que se modifica, na força muscular que diminui, entre outras alterações que ocorrem no organismo. No idoso, observa-se, também, a involução dos órgãos sexuais; no homem, a ereção é duas ou três vezes mais lenta, pois, com a idade, as possibilidades de ejaculação e de ereção diminuem significativamente (BEAUVOIR, 1990; FREITAS, et. al.2002).

A idade modifica nossa relação com o tempo; o futuro fica mais próximo e encolhe. Passamos a viver do passado. O idoso é definido como um indivíduo que tem um longo passado atrás de si e uma expectativa de vida limitada; o idoso tende a reviver no presente as impressões passadas. Há muitas coisas que não conseguimos ou não queremos lembrar; entretanto, somos capazes de reconhecer. Mas nem sempre o reconhecimento nos restitui o calor do passado (BEAUVOIR, 1990).

Segundo Pitta,

[...] a visão da velhice passa pela idéia de que é preciso deixar de ser quem se era quando jovem (produtivo) para tornar-se idoso e, então, ser outro. Este é um outro que não se reconhece em consonância com o ser jovem, já pela transformação evidente e profunda do corpo, mas principalmente porque, socialmente, o envelhecimento é entendido como uma desgraça para o indivíduo. (2003, p.57)

Apesar das considerações acima, é fato que o passar dos anos implica em mudanças estruturais e funcionais; estas, apesar de variarem de indivíduo para indivíduo, são encontradas em todos os idosos, sendo próprias do processo de envelhecimento normal (PAPALÉO, 1996).

Com o avançar dos anos acumulam-se perdas significativas; perdas que passam pelo surgimento de doenças crônicas, pela viuvez, pela morte de amigos e parentes, pelo despojamento de papéis sociais valorizados, pelo isolamento crescente, por dificuldades financeiras etc.

Na velhice, o que realmente está em questão é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. É considerado saudável o idoso que chega aos 80 anos com capacidade de gerir sua vida e determinar suas atividades de lazer, de convívio social e de trabalho (entendido como atividade laboral). Mesmo que possua alguma

doença típica da velhice, mantendo sua autonomia, sendo felizes e integrados à sociedade, os resultados de um tratamento bem sucedido resultarão, para todos os efeitos, em uma pessoa idosa saudável (RAMOS, 2003).

As respostas das questões que envolvem a velhice, no Brasil, dependem de como as indagações são feitas e a quem são direcionadas. Isto porque não existem respostas únicas às mesmas. A velhice possui múltiplos significados; faces que devem ser contextualizadas tanto em termos individuais, como grupais e socioculturais (Néri, 1991).

Na sociedade atual, as representações do idoso e de seus papéis apresentam grandes variações. O que se observa é uma inversão na representação da velhice como processo de perdas; por vezes, esta etapa tem sido valorizada e privilegiada em função das novas conquistas em busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal. Um novo mercado de consumo tem sido impulsionado, com o aumento da oferta de programas voltados para a população mais velha. Vale ressaltar que, em nosso país, a situação do idoso revela diversidade porque propicia a exclusão daqueles que não compartilham das mudanças atuais (DEBERT, 1998).

Os cuidados com a velhice devem prever não somente as alterações biológicas, como toda a gama de necessidades sociais, psicológicas e culturais. O reconhecimento dessa multiplicidade de fatores e os estudos sobre a velhice possibilitarão, certamente, cuidados mais adequados por parte dos profissionais que atuam junto aos idosos (FREITAS et al., 2002).

A velhice pode, ainda, envolver o exercício de papéis sociais e políticos, conforme descrito por Sá:

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e

interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-se em força social e política. (2002, p. 1120)

Apesar de a velhice poder apresentar uma nuance de atividade e de plenitude de ações, para se obter uma visão mais realista do processo de “ficar mais velho” faz-se necessário entender que, atualmente, o envelhecimento da população não diz respeito apenas ao grupo que pode usufruir de uma vivência do envelhecer como fase de vida de lazer e prazeres; isto porque é muito grande o número de idosos que atinge idades avançadas em lastimável estado de dependência física e social.

CAPÍTULO II

O HOSPITAL E O IDOSO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. Aspectos relacionados à internação do idoso

O envelhecimento populacional, somado à longevidade (anos vividos na condição de idoso) e à transição epidemiológica tem levado muitos idosos à experiência de muitas e, frequentemente, longas internações hospitalares. Assim, a atenção ao idoso deve assumir um lugar central nos programas de atenção à saúde, na promoção de um envelhecimento saudável e na garantia de uma boa qualidade de vida dos que cruzam as “*fronteiras da velhice*”; fronteiras de limites pouco precisos, variando de indivíduo para indivíduo. A imprecisão destas fronteiras e a grande variabilidade observada entre os que envelhecem relacionam-se, claramente, às condições de vida pregressas. Impõe-se, portanto, a consideração de aspectos que extrapolam o âmbito da biologia, envolvendo variáveis que, situadas na sociedade e na cultura, dialogam constantemente com as idiosincrasias individuais. Desta forma, não somente os fatores físicos são importantes, como também os de ordem psicossocial e existencial. Dentre estes, não podemos desconsiderar tudo o que envolve a relação entre o idoso e seu entorno representado pela família e pelas relações de troca sociais.

Desde a década de 50, a população idosa vem aumentando expressivamente; este fato tem levado à busca de meios para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e para controlar morbidades que mais as acometem (KUSUMOTA et. al., 2004).

Com o passar dos anos, as alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam, necessariamente, mais doenças. No entanto, não podemos desconsiderar que o envelhecimento torna as

peças mais vulneráveis às patologias próprias da senilidade (KUSUMOTA et. al., 2004).

O ser humano experimenta, com o passar dos anos, alterações como perdas hormonais e de massa óssea. Não são somente os hormônios sexuais que sofrem declínio; outros hormônios também são afetados e as manifestações de suas deficiências são difíceis de serem separadas dos estados permanentes puramente hipogonádicos associados ao envelhecimento (CAIROLI, 2004).

A maioria dos idosos desenvolve patologias como insuficiência renal desencadeada pelo uso excessivo de medicamentos, doenças do coração, artrite, reumatismo, nefrite, hipertensão e arteriosclerose. Outros distúrbios: de coordenação, doenças respiratórias, digestivas, nervosas, distúrbio do aparelho e doenças psicossomáticas (BEAUVOIR, 1990; JUNIOR, et. al., 2000).

O envelhecimento da população brasileira implica a necessidade de estruturação de serviços e programas de saúde aptos a responder às demandas emergentes de um novo perfil epidemiológico do país. Os idosos fazem uso dos serviços hospitalares mais intensamente que outros grupos etários. Este fato representa maiores custos e implica em tratamentos de duração mais prolongada, além de recuperação mais lenta e complicada (COELHO FILHO, 2000).

Apesar de o envelhecimento estar associado a um aumento da prevalência de doenças crônicas, de incapacidade e de morte, pesquisas indicam que doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. Isto quer dizer que o uso de serviços preventivos, a eliminação de fatores de risco e a adoção de hábitos de vida saudáveis podem resultar em um envelhecimento mais saudável e que as causas de morbi-mortalidade de idosos poderiam ser reduzidas com a utilização de

programas de prevenção, promoção da saúde ou tratamento adequado (COSTA et al., 2000).

Loyola Filho et al afirmam que: *“pelo nosso conhecimento, no Brasil, não existem estudos comparativos da morbidade hospitalar entre as populações adulta e idosa”* (2004, p. 230). O estudo desenvolvido pelos autores se baseou em dados obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que apresenta um banco de dados sobre internações hospitalares, registrando as internações custeadas pelo SUS e informações geradas a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Como resultado de estudos sobre internações hospitalares, Loyola et al demonstram:

- a) O risco de hospitalizações da população idosa, acentuadamente mais alto que o dos adultos mais jovens (20 a 59) anos, tanto no que se refere às taxas gerais quanto às causas específicas por causa da internação.*
- b) As causas mais importantes de internações hospitalares entre os idosos, para ambos os sexos, nas faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80 + anos – insuficiência cardíaca seguida por bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pela pneumonia.*
- c) O padrão da morbidade hospitalar da população idosa [...] predominavam as doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo com causas da internação [...]. (2004, p. 11)*

Ponto importante a discorrer é o fato de que a hospitalização traz grande risco aos pacientes, especialmente aos idosos no concernente a complicações respiratórias. Creditor (1993, p.220) afirma, ainda, que as *“repercussões a internação são traduzidas em diminuição da capacidade funcional e mudanças da qualidade de vida, algumas vezes de forma irreversíveis”*.

Quanto ao tempo de internação de idosos, o estudo de Siqueira et al., (2004) aponta para uma média de 13 dias; este dado é condizente com outros trabalhos nacionais. Siqueira et al. afirmam, ainda, que estudos estrangeiros apresentam variação de tempo de internação dos idosos entre 8 e 15 dias.

Assinalamos que a melhoria dos serviços de saúde, ao lado de políticas de assistência ao idoso que incluam aspectos de promoção e prevenção de saúde, poderia contribuir para a diminuição da morbidade desta faixa de população e, conseqüentemente, a diminuição das internações, do tempo de permanência do idoso em hospitais e de suas repercussões negativas para a qualidade de vida.

CAPÍTULO III

O IDOSO E A FAMÍLIA

1. Entre os ditames legais e a realidade

No contexto do envelhecimento e da longevidade, as estruturas de vida do indivíduo e de sua família são alteradas. Sobre o processo de envelhecimento, afirma Camarano,

[...] altera a vida do indivíduo, as dinâmicas e estruturas familiares e a sociedade. Apesar de os dois fatores responsáveis pelo envelhecimento populacional terem sido resultados de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado, bem como do progresso tecnológico, suas conseqüências têm sido, em geral, vistas com preocupação por acarretarem pressões para a transferência de recursos na sociedade, colocando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias. (2005, p. 10)

Muitas sociedades respeitam as pessoas idosas enquanto elas ainda são consideradas produtivas. No entanto, livram-se delas quando as considera um estorvo. Por não poderem mais trabalhar, a maioria dos idosos é sustentada por familiares. Os aposentados têm um pouco mais de consideração, conseguindo pagar suas despesas.

O desgaste humano inicia-se cedo, tornando-se mais visível a partir dos 50 anos. Quando se atinge idades mais avançadas, a capacidade e a autonomia diminuem consideravelmente. É comum a depressão se instalar, somada ao sentimento de abandono (BEAUVOIR, 1990).

Os brasileiros parecem ter despertado, finalmente, para os direitos dos idosos. Tudo leva a crer que a intolerância aos atos cruéis e covardes a que os idosos, de há muito, são objeto, mudou a passividade e o

conformismo dos brasileiros (Braga, 2005). A partir de dados do disque-denúncia, a autora mostra que a maior parte das ocorrências registradas envolve maus-tratos e abandono, sendo que existe, geralmente, algum membro da família envolvido ou acusado da autoria destes crimes. Nestes casos, o idoso vive um grande dilema: como denunciar seu agressor se existe uma relação de dependência física e emocional com ele? Como denunciar um filho amado por abandono ou agressão física?

Vítimas de agressão e violência, muitas vezes, o idoso prefere silenciar-se e até negar os maus-tratos, pois tem medo da reação do agressor diante de uma possível denúncia ou investigação. Braga (2005) entende que diante da relação de dependência entre o “*idoso vítima*” e o “*parente-agressor*” a única solução é a utilização do mecanismo da denúncia anônima, que garante o anonimato do denunciante. Nestes casos, o socorro precisa ser rápido. O idoso precisa ser afastado de seu agressor com urgência e antes que os danos causados sejam irreversíveis. O problema não é apenas policial ou judicial; ele é, antes de tudo, social. Para onde o idoso vitimizado deve ser levado? Existem poucas instituições de longa permanência; das que existem, não são poucas as que oferecem poucas condições e estão sempre lotadas. Quanto às particulares, são caríssimas.

A situação real não é sempre condizente com os direitos garantidos por lei aos idosos e encontramos situações que conflitam frontalmente aos preceitos legais.

Celso Lafer (2006), afirma que os problemas e desequilíbrios vividos na Sociedade Moderna transformam o homem em um “*estranho no ninho*”. Com efeito, hoje o ser humano não se sente “*em casa*” (acolhido), nem a vontade no mundo que habita. Dentre todas as barbáries vivenciadas, a violência contra o idoso aparece como uma das mais graves, só perdendo para a violência sofrida por crianças em todas as partes do mundo.

A Constituição Federal (Brasil, 1988) deixa claro que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (art. 229) e que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (art. 230).

O Código Civil, Brasil (2002) prevê em seu artigo 399 que os filhos são obrigados a ajudar na manutenção dos pais necessitados e, em seu parágrafo único, reza que:

No caso de pais que, na velhice, carência ou enfermidade, ficarem sem condições de prover seu próprio sustento, principalmente quando se despojarem de bens em favor da prole, cabe, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los. Com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas.

Cabe ressaltar que o Estatuto do Idoso estabelece que: “abandonar o idoso em hospitais, em casas de saúde ou em entidades de longa permanência, a pena judicial é a detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa” (BRASIL, 2003).

No Brasil, quando se trata de aplicação da lei e da promoção da saúde do idoso, verifica-se um distanciamento enorme entre a teoria e prática. Nosso idoso não conta hoje - e ao longo da vida não contou - com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento bem sucedido. Como consequência, há um grande contingente populacional que necessita (e não tem acesso) de bens e serviços capazes de garantir qualidade de vida nesta fase da vida (CALDAS et al, 2002).

A diversidade de estilos de vida, de escolaridade, de condição econômica, e de papéis sociais desempenhados, além de características de personalidade, aumenta a heterogeneidade entre os idosos. Esta heterogeneidade se traduz, freqüentemente, em grande riqueza nas relações com os mesmos. Ao mesmo tempo, ela impõe diferentes formas de abordagem e de tratamento, principalmente no que se refere à liberdade de decisão e autonomia.

O equilíbrio afetivo e emocional dos idosos depende da atitude e da relação com os filhos; essas relações são difíceis, os sentimentos, dependendo do relacionamento, podem ser afetuosos, ambivalentes ou hostis. Os sentimentos mais calorosos e mais felizes das pessoas idosas são aqueles que elas nutrem pelos seus netos; na maior parte do tempo, quando os netos atingem uma dezena de anos, quando o avô e a avó assumem sua velhice, a condição de avós lhes traz muitas satisfações (BEAUVOIR, 1990; VECCHIA, 2005).

A família é um grupo construído a partir de relações humanas, por uma entidade bastante complexa que busca a convivência fraterna entre pessoas de diversas gerações, com estrutura e organização para definir objetivos de prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros. Quando os pais ficam idosos são ajudados pelos filhos, ou seja, pais com filhos conscientes e com amor a oferecer a estes idosos; quando não, são ajudados pelos vizinhos e os encaram como seus próprios filhos. Quando o velho não tem ajuda alguma e não tem filhos, nem força para trabalhar, ele considera-se um “traste”; na melhor das hipóteses, é tratado com polidez, mas encarado como um flagelo (BEAUVOIR, 1990; ALMEIDA et. al., 2006).

O idoso insatisfeito com a vida, sem afeto dos filhos e netos, sente-se injustiçado e rejeitado; considera-se uma vítima do destino, da sociedade e dos seus parentes. A decadência e a desconfiança do idoso geram nele não

apenas insensibilidade em relação a outrem, mas também hostilidade. A idade se abate sobre nós de surpresa e experimentarmos o obscuro sentimento de injustiça; sentimento que se traduz, por vezes, em revoltas e rejeições (BEAUVOIR, 1990).

O idoso fragilizado necessita de um olhar cuidadoso de seus parentes; olhar que leve em consideração as limitações funcionais impostas por doenças, pela diminuição da capacidade adaptativa e pela fragilização biopsicossocial. Os idosos poderiam sobreviver mais se conservassem sua força de trabalho. Entretanto, se forem mal alimentados, mal cuidados e se estão desgastados pelo trabalho, ficam incapazes cedo. Nas condições de pobreza, é raro o idoso possuir bens que lhe permitam sustentar-se e conquistar autonomia. Por mais que o idoso tenha, em algumas culturas, uma grande importância, em função de seus conhecimentos e tradições, nas sociedades modernas a influência das pessoas idosas está diminuindo consideravelmente (BEAUVOIR, 1990; ALMEIDA et. al., 2006).

Os ditames legais fornecem garantias aos idosos; no entanto a realidade nem sempre é condizente com o que a lei assegura. Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu a saúde como direito humano fundamental (PIOVESAN, 1997; apud PIROTTA, 1999), sendo que a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, assegurou os direitos e deveres fundamentais de todos os brasileiros, ressaltando o princípio da dignidade do homem (artigo 1º, inciso III) como valor absoluto que serve de base ao conjunto de todos os outros princípios de direito elencados, proporcionando unidade e coerência. Desta forma, reconheceu a saúde como sendo de relevância pública (DALLARI, et al., 1996).

A Política Nacional do Idoso, de 1994⁴, objetivou criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida e colocar em prática ações

⁴ Regulamentada em 1996, dois anos depois de aprovada.

direcionadas não apenas aos já idosos, mas também para os que envelhecerão. A PNI foi uma tentativa pioneira de sanar os problemas relacionados ao idoso, além de propor de ações de curto, médio e longo prazo para a promoção de um envelhecimento saudável (COMCIÊNCIA, 2002).

A Política Nacional do Idoso é fundamentada na Lei Federal nº 8.842/94 que, no seu artigo 4º, dispõe sobre a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso; formas que proporcionem sua integração às demais gerações [...]. Prioriza o atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; [...] e o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família (BRASIL, 1994).

Resultado de pressões de diversos setores da sociedade civil e da mobilização de nomes importantes ligados à luta dos idosos obteve-se, em outubro de 2003, a aprovação do Estatuto do Idoso, normatizado pela Lei Federal nº 10.741, que dá sustentação aos direitos que foram assegurados pela Constituição Federal. No Estatuto do Idoso, em vigor desde 01 de Janeiro de 2004, reafirma-se a obrigação da família, da sociedade e do Poder Público de garantir o direito à saúde, alimentação cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar. Este estatuto confere, às pessoas idosas, prioridade no atendimento médico do SUS; obriga o poder público a fornecer medicamentos, meios de reabilitação e tratamento. Nele, os profissionais da saúde ficam obrigados a notificarem os casos de maus tratos aos órgãos competentes (BRASIL, 2003)

No entanto, em uma sociedade na qual ainda imperam preconceitos e mitos negativos sobre a velhice, é difícil assegurar os direitos do idoso. A

melhor estratégia seria estimular programas que objetivam mudar os paradigmas estabelecidos.

As leis ai estão; no entanto , quando se trata do cumprimento delas, a coisa muda de figura. Cumpre aproximar os ditames legais e a realidade; afina, precisamos nos preparar para o envelhecimento populacional. A sociedade brasileira precisa cobrar do poder público uma verdadeira mudança no que se refere à temática do envelhecimento. É a qualidade do nosso futuro que está em jogo.

Conquistas diversas - tecnológicas, científicas e médicas – têm contribuído para a melhor qualidade de vida, de saúde e, por extensão, para o envelhecimento populacional em todo o mundo. Novos medicamentos, avanços na radiologia e técnicas diagnósticas mais precisas contribuem para o prolongamento da vida com qualidade e uma maior autonomia do idoso. Mas cabe indagar: as famílias e as instituições estão preparadas para lidar com o idoso? No que se refere ao idoso em situação de alta hospitalar colocam-se as seguintes indagações: conheço as necessidades de tratamento e acompanhamento do idoso após a alta hospitalar? Conheço as reais necessidades do idoso quanto às suas patologias?

Quando compreendemos o que é a condição dos velhos, não podemos contentar-nos em reivindicar apenas uma política que os proteja, o aumento de pensões, habitações de acordo com suas necessidades, lazeres organizados. Há todo um sistema que deve ser posto em prática; o essencial é mudarmos de vida; necessitamos, principalmente, de uma política de saúde pública e de medicina preventiva, tais como, vacinação contra moléstias infecto-contagiosas e planejamento de controle sanitário (FREITAS, 2002).

2. A alta hospitalar: o idoso entre a família e a institucionalização.

➤ Alta hospitalar e Institucionalização

As doenças dos idosos são, em geral, crônicas e múltiplas; perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. Estima-se que 85% dos idosos tenham alguma doença crônica; cerca de 30% têm duas ou mais doenças associadas (WAITZBERG, 2001).

A velhice é freqüentemente caracterizada pela deteriorização do corpo; para alguns, o idoso é um pedaço de carcaça cheio de doenças, depressão, despesas e trabalho para quem cuida dele, para outros, o idoso é a sede do saber e da experiência de vida.

Do ponto de vista da saúde, o idoso de hoje vivenciou a chamada “transição epidemiológica”, ou seja, a substituição de doenças infecto-contagiosas pelas doenças não transmissíveis; estas últimas podem acarretar incapacidades e complicações que contribuem para comprometer a qualidade de vida (BEAUVOIR, 1990; KUSUMOTA et. Al.,2004).

Veras (2003), afirma que os idosos tornam-se usuários assíduos do SUS (Sistema Unificado de Saúde), necessitando de serviços especializados de saúde. Quanto às internações e ao tempo de ocupação dos leitos hospitalares, são significativamente maiores que em outras faixas etárias.

As perdas decorrentes dos fatos acima mencionados afetam a auto-estima e podem culminar em “crises”. Vale lembrar que o idoso, ao longo de sua vida, teve que se adaptar a situações difíceis. Entre perdas, adaptações e conquistas, ele acumulou experiências, conferindo-lhes, no mais das vezes, grande potencial para enfrentar desafios e situações difíceis e/ou inesperadas. (GATTO, 1996).

De acordo com KAUFFMAN (2001), a alta hospitalar de pacientes idosos envolve questões éticas nada discretas. Para este autor, ela envolve a transição de um hospital para um local onde o mesmo continuará o tratamento, podendo também ser vista como uma transição da doença para a reabilitação ou à saúde.

No que diz respeito à alta hospitalar há que se considerar não só as condições de volta ao espaço familiar (o que é mais comum) ou para outros espaços de acolhimento do idoso (a exemplo das Instituições de Longa Permanência), como também, e principalmente, o direito do idoso, em situação de alta hospitalar, de administrar sua vida ou de decidir, autonomamente, seu destino. De qualquer forma, vale ressaltar que o respeito a esta autonomia envolve algumas previsões sobre a capacidade de o indivíduo enfrentar os desafios da vida independente (DUBLER, 1998).

Nossa experiência demonstra a existência de uma enorme distância entre o respeito à autonomia do idoso e as repercussões da alta hospitalar do mesmo na família, especialmente no que tange às responsabilidades a serem assumidas com a volta ao “lar” do idoso que, muitas vezes, passou por longo período no hospital e sob os cuidados de pessoas capacitadas no trato do paciente idoso.

Os desígnios e objetivos do paciente idoso nem sempre se ajustam à capacidade e ao desejo da família de ajudá-lo. No entanto, entendemos que os direitos dos membros da família não podem ter mais influência no plano de alta que os direitos do idoso. Do ponto de vista administrativo a alta hospitalar envolve o equilíbrio entre o que é bom para o paciente e para os outros, incluindo as necessidades do hospital e da sociedade (SPIELMAN, 1988).

A compreensão e o respeito à autonomia do paciente são fatores primordiais nas relações com o idoso e na sua adequada re-inserção ao meio familiar e social, após o período de internação. Legalmente, cabe à família a responsabilidade de zelar e cuidar de seus idosos, especialmente quando estes não têm condições de se manterem sozinhos.

O envelhecimento introduz transformações consideráveis na dinâmica da família, instituição que responde, por definição e ditames legais, pelos idosos.

O rápido processo de envelhecimento – e o expressivo aumento da expectativa de vida aos 60 anos (longevidade) – ocorre em um contexto marcado por profundas transformações na estrutura da família. A maior participação das mulheres (tradicionais cuidadoras de idosos e enfermos) no mercado de trabalho, ao lado da entrada cada vez mais precoce das crianças nas instituições de recreação e/ou ensino (creches e escolas) são apenas duas expressões das transformações experimentadas pela família. A estas podemos acrescentar o individualismo que, tão característico do atual modelo de sociedade, transforma muitos lares em meros locais de reposição das energias físicas e emocionais, em *locus* de repouso e de sustentação econômica. A família atual marca-se por uma nuclearização crescente. Como afirma Lévi – Strauss

Quando se atribui à família um valor funcional pequeno, ela tende a desaparecer até mesmo em nível inferior ao do tipo conjugal. Ao contrário, quando a família possui grande valor funcional, torna-se atualizada muito acima daquele nível. Nossa família conjugal, pretensamente universal, corresponde, então, mais a um equilíbrio instável entre dois extremos [...]. (1993, p. 320)

Certamente, o fato de muitas das atividades, antes exercidas no interior da família, terem migrado para outras instituições contribuiu para o

que o já centenário antropólogo francês⁵ afirmou, em meados do século XX, como perda do valor funcional da família.

Mas há que se considerar que se esta diminuição do valor funcional da família implicou na entrada em cena de outras instituições, a exemplo da escola, ela deixou ao largo a tarefa de atender às demandas e necessidades dos idosos, especialmente dos que apresentam comprometimentos físicos e/ou cognitivos.

Ao lado de outras instituições de nível superior, o Núcleo de Estudos de Envelhecimento, da Universidade de Caxias do Sul, tem contribuído, para ampliar o conhecimento sobre a realidade do idoso, por meio de pesquisas sobre o processo de envelhecimento. Essas pesquisas têm auxiliado no conhecimento da realidade do idoso que vive em domicílio e em instituições de longa permanência, incluindo histórias de vida de idosos institucionalizados, como mostra o trabalho de Herédia et .al. (2005). De acordo com o trabalho, foram encontradas dificuldades para interpretação e fundamentação dos dados coletados que se relacionavam ao fenômeno do asilamento. As análises estabeleciam uma correlação entre os motivos de asilamento e o abandono. A inexistência de bibliografia sobre o assunto e a demanda que o mesmo traz para o aprofundamento das situações de institucionalização dos idosos e das condições de vida de idosos domiciliados necessitam novos estudos que dêem suporte teórico para a compreensão do abandono.

O abandono de idoso é crime, sendo cada vez maior o número de denúncias deste tipo de ocorrência. Ao mesmo tempo em que a parcela idosa da população brasileira aumenta, crescem as mazelas sofridas por aqueles que envelhecem. No entanto, é possível perceber uma mudança de comportamento da sociedade que tem denunciado, com freqüência, qualquer tipo de abandono ou humilhação contra pessoas idosas.

⁵ Claude Lévi-Strauss completou 100 anos em 2008.

Chaimowicz & Grecco (1999) reforçam que fatores de risco para a institucionalização - a exemplo de morar só, suporte social deficitário e renda baixa, muitas vezes associados à viuvez, aposentadoria, menor oferta de empregos formais e com estabilidade e aumento dos gastos com a própria saúde - são cada vez mais freqüentes em nosso país.

Diz-se que um idoso está institucionalizado quando está sob os cuidados de uma instituição, que não a sua família, durante todo o dia. A partir da Resolução Federal nº 283/2005/RDC/ANVISA, de 27 de setembro de 2005 as instituições que acolhem os idosos e que, anteriormente eram chamadas de casa-lar, casa de repouso, clínica geriátrica ou asilo, passaram a ser denominadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Podem ser governamentais ou não governamentais, públicas ou privadas. Tem caráter de residência com características de domicílio coletivo de pessoas com 60 ou mais anos de idade, que possuam, ou não, suporte familiar e que gozem de condição de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

Instituições são conjuntos de pessoas, tarefas, estruturas, ambiente, tecnologia e cultura, amplamente interligadas a sistemas externos e que funcionam tanto na formalidade quanto na informalidade e que buscam resultados positivos, tanto para a organização quanto para o indivíduo (Bittar, 1996 Apud COSTA, SPINOLA, TOLOSA, 2003).

Chaimowicz & Grecco (1999) chamam a atenção para o fato de que a internação do idoso em ILPI somente deveria ocorrer em última instância, em situações em que o idoso necessitasse de reabilitação intensiva entre o período de alta hospitalar e retorno a seu domicílio, ausência temporária do responsável familiar, estágios terminais de doenças e quando o idoso apresenta grande nível de dependência.

Contudo, por vezes a ILPI cumpre o papel de abrigo para o idoso que se encontra em exclusão da sociedade e da família, abandonada sem um lar fixo e sem condições econômicas (CASARA, et al., 2004).

3. O idoso entre a família e o abandono

Sabemos que o abandono pode acontecer por motivos vários, porém o que define o abandono e o que leva ao abandono? Herédia, Cortelleti; Casara afirmam que:

As situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele. Ainda há situações que dependem do próprio idoso, no que se refere ao modo como se dá o enfrentamento dessas situações. Isso significa dizer que uma mesma situação pode ser motivo gerador do sentimento de abandono para uma pessoa e não o ser para outra. Depende das circunstâncias objetivas e subjetivas de cada indivíduo. (2005, p. 03)

O idoso quer em vida o acolhimento, a presença, o amor dos seus. Todo o conhecimento e experiência que construiu ao longo de sua vida ele o quer compartilhar. A fala dos idosos demonstra que o abandono na velhice é um sentimento de tristeza e de solidão advindas de situações de perdas que se reflete em deficiência funcionais do organismo e na fragilidade das relações afetivas e sociais que podem levar ao isolamento social. O sentimento de abandono é uma reação individual que depende da história de vida de cada um, provocada por uma condição ou circunstância (HERÉDIA, et al., 2005).

A possibilidade de institucionalização de um idoso, na atualidade, é muito grande dado à falta de respaldo da família e a escassez das políticas de proteção ao idoso. Observamos claramente o aumento de idosos sem

acompanhamento efetivo de suas famílias, principalmente no concernente às suas atividades de vida diária. O idoso traz consigo doenças crônicas que são próprias dessa fase de vida, desta forma necessitam muito mais de atenção. A família, por sua vez, devido à dinâmica da vida nas grandes cidades, muitas vezes acaba sem ter condições de tratá-los adequadamente, restando como única opção o asilo (MARTINS et al.,2007)

Vale observar que nem sempre o asilamento se dá por falta de interesse da família, mas por impossibilidade da prestação adequada dos cuidados requeridos pelo idoso. A questão relacionada à dificuldade financeira, associada com as precárias condições de saúde inerentes à alguns idosos e, por vezes, o desenvolvimento de distúrbios de comportamento, podem se configurar como fatores que impossibilitam a família em assumir o seu ente idoso (GARRIDO; ALMEIDA, 1999).

A transição demográfica e epidemiológica que ocorrem no Brasil, apontam, cada vez mais, para um quadro de sobrevivência de idosos que dependem de uma ou mais pessoas para suprirem suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente as mulheres que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos (KARSH, 2003).

Diferentes países do mundo desenvolvem várias formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes. Em alguns países este apoio é quase exclusivo do estado, enquanto em outros existe a predominância da ação da família. Outros, ainda, dividem a responsabilidade, em graduações variadas, entre o setor público e o privado, incluindo alguns benefícios, políticas e serviços previdenciários para seus funcionários que são responsáveis por algum idoso dependente (KARSH, 2003).

A responsabilidade da família com o idoso deve ser objeto de estudos, visto termos de levar em consideração a estrutura real que a mesma apresenta para prestar os cuidados requeridos em sua própria casa. O estado ainda atribui uma responsabilidade maior nos cuidados do idoso a família, que nem sempre está totalmente preparada para esta função. Karsh pondera que:

[...] o cuidador familiar de idoso incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e, receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal idoso em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante. (2003, p. 3).

Apesar das dificuldades vivenciadas na atualidade, a família constitui o principal sistema de suporte do idoso. A mais forte consequência da vulnerabilidade do sistema familiar, hoje existente, é a consequente exclusão da pessoa idosa de sua coletividade, remetendo o idoso ao asilamento, o que traz efeitos negativos sobre a qualidade de vida do mesmo (TAVARES, 1998; FERNANDES, 2001).

Vale lembrar que o cuidado familiar é muito importante, porém esta prática não pode ser aplicada a todos os idosos. Em nossa sociedade encontramos idosos que não têm família, outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar deles (REDANTE et al., 2005).

Entender o pensamento do idoso asilado com relação a sua situação de um possível abandono nos remete à necessidade de analisar cada situação de forma individualizada para podermos encontrar razões reais e estabelecermos um pensamento coerente entre o que o percebe o idoso e as verdades do fato. Ressalta-se que entre o real e o percebido pelo

paciente asilado existe a emoção e o sentimento da pessoa humana mais velha que muitas vezes nega a verdade para se sentir mais consolada ou para minimizar os sentimentos de frustração e tristeza.

CAPÍTULO IV

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

1. O Problema de Investigação

O abandono de idosos após alta hospitalar apresenta-se como um grande problema a ser enfrentado, sendo este o objeto de investigação desta dissertação de mestrado.

Ciente dos muitos fatores que envolvem a situação – certamente ligados às questões anteriormente mencionadas da violência contra o idoso⁶, da falta de informações, do medo da denúncia, da ausência de condições econômicas e da reestruturação da dinâmica familiar - move-nos a certeza da contribuição dessa investigação para a definição de políticas públicas e sociais que a amenizem, ou mesmo a superem. Políticas que, centradas no idoso, não desprezem seu entorno: a família – nuclear ou extensa - e/ou outras instituições que o acolhem após a alta.

De acordo com Pomilio (2007), a violência contra o idoso apresenta-se sob três formas principais:

Estrutural - pela desigualdade social provocada pela pobreza e a discriminação expressada de múltiplas formas (só 25% dos idosos no Brasil vivem com três salários mínimos ou mais).

Institucional - é aquela levada a efeito pelas instituições assistenciais de longa permanência (em vários asilos e clínicas os idosos são maltratados, despersonalizados, destituídos de qualquer poder e vontade, faltando-lhes

⁶ Violência que – como antes comentado – não é apenas física, mas psíquica e emocional.

alimentação, higiene e cuidados médicos adequados). Também se refere à aplicação de omissão na gestão das políticas sociais (serviço de saúde, assistência e previdência social).

Interpessoal (ou familiar) - refere-se às interações e relações do cotidiano. Abusos e negligências, problemas de espaço físico nas residências e por dificuldades econômicas, somadas a um imaginário social que considera a velhice como decadência, são relevantes.

Além dos três tipos acima, outras categorias de violências, além de recorrentes na literatura, são muito divulgadas pela mídia impressa e televisiva. São elas:

Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física – uso da força física para obrigar os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocando incapacidade ou morte.

Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos – agressões verbais que visam aterrorizar os idosos, humilhar, restringir sua liberdade e isolá-lo da convivência social.

Abuso sexual, violência sexual – ato sexual com pessoas idosas por meio de violência física ou ameaças.

Abandono - violência que se manifesta pela deserção ou ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem assistência a uma pessoa idosa necessitada de proteção.

Negligência - recusa ou omissão de cuidados básicos devidos e necessários aos idosos, pela família ou instituições.

Abuso financeiro e econômico - é a exploração ilegal ou imprópria dos idosos ou utilização não consentida por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais.

Auto-negligência - diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, devido a recusa de cuidar de si mesma.

É importante ressaltar que o medo de o idoso denunciar situações de violência doméstica está relacionado, paradoxalmente, à “*perda dos laços afetivos com a família*”. A resistência à violência doméstica de 91,8% dos entrevistados ultrapassa os limites do suportável, de acordo com os relatos dos mesmos. Eles são capazes de contar suas histórias, suas angústias com riqueza de detalhes, porém, o fato de dirigirem-se a uma unidade policial para registrarem a denúncia de um fato delituoso contra sua própria prole, é algo que lhes causa maior dor que as agressões físicas, psicológicas, econômicas e negligenciais sofridas no cotidiano (POMÍLIO, 2007, p. 6).

Apesar de contarmos com dispositivos legais, como o **Estatuto do Idoso (EI)**, que dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso (PNI)**, a realidade mostra que muitos dos direitos dos idosos não são respeitados. Dentre eles, pela relação que guarda com o problema da investigação aqui proposta, cabe ressaltar o abandono.

2. Objetivos

➤ **Objetivos Gerais**

- ✓ Investigar, em um hospital do Município de Osasco, cidade que integra a Região Metropolitana de São Paulo, os fatores que levam ao abandono de idosos.

- ✓ Identificar como os idosos explicam e vivenciam o abandono.

➤ **Objetivos Específicos**

- ✓ Localizar, em prontuários e processos do Departamento de Serviço Social do Hospital Municipal Central de Osasco (*lócus* da pesquisa) dados e informações sobre pacientes idosos abandonados e sobre o encaminhamento dos mesmos para os serviços de retaguarda, no período compreendido entre setembro de 2007 e Agosto de 2008;
- ✓ Levantar o perfil sócio-econômico dos idosos que, no período acima citado, foram vítimas de abandono;
- ✓ Através dos dados colhidos em prontuários na Instituição que acolhe o idoso e na fala dos sujeitos, identificar os fatores que levaram a Institucionalização do paciente;
- ✓ Através da escuta de idosos, levantar as razões atribuídas ao abandono, os sentimentos experimentados e as percepções construídas sobre sua situação.

3. A abordagem metodológica e a coleta de dados

É através da metodologia e dos procedimentos de coleta de dados que procuramos responder aos objetivos da investigação.

Sem ignorar o hiato sempre presente entre nossos “*achados*” e a realidade – hiatos relacionados, entre outras coisas, à subjetividade do pesquisador e dos sujeitos envolvidos – entendemos que parte do sucesso de qualquer investigação depende, fundamentalmente, da relação entre os

objetivos e as perguntas que lançamos à “*realidade*”⁷. Assim, nossa maior preocupação foi aproximar, da melhor forma possível, a opção metodológica e os procedimentos de coleta de dados aos nossos objetivos de pesquisa.

O cerne da investigação (apresentado no Objetivo Geral e nos dois últimos Objetivos Específicos) apontou para a utilização da metodologia qualitativa, que tem o ambiente natural como fonte de dados, centrando-se nos significados que os indivíduos atribuem ao meio e às suas relações em um contexto social específico.

Segundo Minayo,

No caso da pesquisa qualitativa, [...], o envolvimento do (sujeito) com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a inter-relação no ato da (pesquisa) contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum, e é condição “sine qua non” do êxito da pesquisa qualitativa. (2000, p. 124)

Por outro lado, lembra Chizzotti que:

Todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e que produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam, pressupõem-se, pois, que eles têm conhecimento prático, de senso comum e representações relativamente elaboradas, que formam uma concepção de vida e orientam suas ações individuais. (1991, p. 62)

⁷ A palavra **realidade** foi grafada entre aspas porque constitui, aqui, uma metáfora do que pretendemos investigar. Não guarda, portanto, qualquer relação com a realidade em si (objetiva e concreta), sempre de difícil acesso pelas muitas “contaminações” inerentes à pesquisa.

As vantagens do uso de informações qualitativas na pesquisa residem, principalmente, na possibilidade de apreender o caráter complexo e multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, além de facilitar a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos a determinadas situações, a exemplo do abandono após a alta hospitalar.

A opção metodológica adotada resultou, principalmente, do fato de se buscar as percepções sobre as relações, sempre dinâmicas, entre o paciente idoso, seus familiares e os serviços que o acolhem nas situações de abandono do idoso.

Ao investigar fenômenos sociais deve-se ter sempre em mente o fato de que, muitas vezes, há a “*proximidade*” do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada. No caso desta investigação a “*proximidade*” mencionada encontra-se presente. No entanto, cabe lembrar que a “*proximidade*”, além de poder ser colocada momentaneamente em suspenso, no ato da pesquisa, não é inimiga do conhecimento.

Para a coleta de dados junto aos idosos foi utilizado o procedimento da entrevista, ou seja, uma

Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo. (KAHN ; CANNELL; apud. Minayo; 2000 , p. 108)

Uma das principais vantagens da entrevista é que elas permitem que as idéias fluam livremente. Para Ludke & André (1996, p. 12) o entrevistador:

Discorre sobre o tema proposto com base nas informações Na entrevista a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista. (1996, p. 12)

A entrevista constitui em , de acordo com Chizzotti,

Uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado, onde se pressupõe que o informante é competente para exprimir-se com clareza sobre questões de sua experiência e comunicar representações e análises suas. (1991, p. 82)

Nela, o entrevistador deve manter-se em “escuta ativa”, interferindo com discretas interrogações de conteúdo ou sugestões que estimulem a expressão de tópicos relacionados ao problema de investigação. Através das entrevistas, o diálogo se desenvolve de forma descontraída, deixando os sujeitos livres para se exprimirem sem receios e falarem sem constrangimentos sobre seus atos e atitudes.

Com a autorização dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas e transcritas para a análise. Paralelamente, foi utilizado um diário de campo no qual foram registradas informações que, apesar de “*não-ditas*”, mostraram-se importantes para a investigação, a exemplo de gestos, expressões faciais, entonações, hesitações e outros sinais não verbais.

Foram considerados “sujeitos” os idosos que não apresentaram comprometimentos cognitivos e/ou de desordem psíquico-emocional, a

exemplo da depressão ou distúrbio bipolar. O número de sujeitos foi definido a partir dos resultados obtidos junto ao Departamento de Serviço Social do Hospital, aos prontuários de pacientes e às informações obtidas junto às instituições que acolheram os idosos abandonados após alta hospitalar.

As entrevistas seguiram um roteiro composto de tópicos relacionados aos objetivos da investigação (ver **Anexo 1**; pg. 102).

Os sujeitos receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e sobre o fato de tratar-se de uma investigação acadêmica. Foram informados da garantia de anonimato e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver **Anexo 2**; p. 103).

3.1. Local e Sujeitos da Pesquisa

As entrevistas foram realizadas com idosos oriundos da internação em um Hospital da rede pública municipal de Osasco e que, após alta hospitalar, foram deixados à própria sorte pelos familiares ou responsáveis.

Em caso de abandono de pacientes, o departamento de serviço social do hospital providencia a transferência dos pacientes para um serviço de retaguarda. Este procedimento é realizado por intermédio de uma central única de vagas que atende a região da Grande São Paulo e algumas cidades próximas da capital, como é o caso de Osasco e sua macro-região. Vale ressaltar que esta central única funciona como um centro de triagem e que os encaminhamentos somente são feitos para duas Instituições de retaguarda do Estado de São Paulo. Para a realização das entrevistas entrou-se em contato com as duas instituições que recebem estes pacientes. Por questão de sigilo, serão denominadas de Instituição A e Instituição B.

Após a apresentação do pesquisador e dos objetivos da pesquisa, colheu-se autorização dos diretores das Instituições mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi devidamente assinado pelos mesmos.

Assinalamos que, de início, houve certa resistência dos diretores das Instituições para liberar a entrada do pesquisador, sendo a mesma vencida mediante a explicação detalhada da proposta e da apresentação do pesquisador, enquanto aluno do programa de mestrado da PUC-SP e como profissional fisioterapeuta que trabalha e exerce a preceptoria de estágios em fisioterapia no hospital público de onde os pacientes procedem.

A Instituição A apresenta-se como um lugar muito agradável. Trata-se de uma construção de dois andares, sem rampas internas de acesso; foi edificada em um terreno dois níveis. Porém, permite o acesso ao andar superior dos pacientes cadeirantes por duas entradas: uma que dá acesso ao andar térreo e a outra ao andar superior. Ao ser apresentado ao Diretor desta Instituição, deparamo-nos com um antigo conhecido da década de setenta, quando o Diretor fora Secretário Municipal da Saúde de São Paulo e tínhamos amigos em comum.

Esta Instituição disponibiliza apenas sessenta e cinco leitos para pacientes que procedem da rede pública, já que esta é a quota que o SUS libera para cada hospital de retaguarda. Vale ressaltar que a Instituição tem capacidade para comportar até cento e vinte pacientes. A instituição conta com uma ala que possui um ginásio, local em que, em outras épocas, contava com fisioterapeutas⁸. Há duas enfermarias - uma feminina e uma

⁸ No momento, este serviço está desativado, pois o próprio SUS cortou as verbas para este tipo de atendimento.

masculina - e os pacientes de cada ala são divididos em quartos de acordo com suas necessidades e respeitando os limites de suas dependências físicas. Há pacientes que com total dependência física, com deficiências mentais, com comprometimentos neurológicos e com déficits cognitivos e motores, usam fraldas geriátricas e sonda vesical de demora. Alguns têm dependência para locomoção (em cadeiras de rodas), enquanto outros (poucos) são totalmente independentes. Estes poderiam ter alta e ir embora, o que não ocorre porque os parentes ou responsáveis não assumem esta responsabilidade.

A Instituição A possui boa estrutura; as enfermarias são simples, mas atendem às normas de funcionamento. São construídas em alvenaria com piso rústico. Possui uma lavanderia, um refeitório, uma cozinha com uma nutricionista responsável, uma farmácia, uma sala de espera para visitantes e equipes médica, de enfermagem, de manutenção e de limpeza. Na parte administrativa, conta com duas secretárias.

Uma das enfermeiras - a chefe geral do serviço - ficou responsável por fornecer a relação de pacientes que atendiam aos critérios para inclusão neste trabalho. Ela disponibilizou todos os prontuários dos pacientes com as devidas evoluções diárias dos diversos profissionais que fazem parte da equipe de atendimento. Assim sendo, ela teve grande importância para a coleta de dados; sendo quem relatou particularidades sobre cada paciente, tais como seus hábitos, suas famílias, se eram aposentados e, caso fossem, quem recebia essa aposentadoria; contou, também, se era a família que dava (ou não) retaguarda para o doente. Passou informações importantes sobre o porquê do não recebimento do idoso na casa de seus familiares, casa esta que, muitas vezes, pertencia ao próprio idoso..

As informações dadas foram, na maioria das vezes, confirmadas pelos pacientes nas entrevistas realizadas. Na Instituição, de um total de sessenta e cinco pacientes idosos, quatorze atendia aos critérios de inclusão da pesquisa. Na entrevista observamos que os sujeitos eram lúcidos e que foram abandonados pelas famílias no momento da alta hospitalar, quando foram transferidos para a instituição. Outros pacientes tinham sido moradores de rua e haviam cortado vínculos com suas famílias; eram etilistas crônicos, agrediam os pais e irmãos e cada um tinha uma história interessante e diferente do outro.

A estrada de acesso à Instituição situa-se em região de serra, sendo de difícil acesso; grande parte sem asfalto e muito erma, com alguns lugarejos sem saneamento básico. A distância da instituição à capital é de 56 quilômetros.

Chegava ao hospital pela manhã, selecionava os pacientes que seriam entrevistados e me dirigia para a área externa, toda arborizada e limpa, com bancos de alvenaria; alguns pacientes ajudavam na limpeza desta área. Aproveitava as sombras das árvores e começava a gravar as entrevistas. Os pacientes respondiam a todas as perguntas com delicadeza e presteza; mas observamos, também, alguns momentos de ira, de lágrimas, de angústias, de dúvidas, de falsas justificativas e de “esperanças” de retornarem para junto de seus familiares.

A segunda instituição utilizada neste trabalho (Instituição B) nos acolheu após a apresentação pessoal e dos objetivos da pesquisa ao médico responsável (que também é o dono do Hospital), que a achou interessante e firmou um relacionamento amistoso e solícito.

Melhor estruturada que a Instituição A, a Instituição B possui dois prédios que atendem às normas ergonômicas com rampas internas de acesso, pisos de borracha nas enfermarias, rampas de acesso, escadas ergonomicamente corretas, enfermarias masculina e feminina com subdivisões que atendem aos diversos tipos de pacientes. Esta Instituição não atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁹, mas também alguns convênios médicos, sendo as enfermarias e refeitórios diferenciados pela ótima estrutura física e operacional. Conta com uma lavanderia, dois refeitórios, uma farmácia, sala de televisão, recepção de entrada com atendentes especializadas (já que atendem também convênios); um Diretor Superintendente e uma advogada que também exerce a função de diretora administrativa, além de equipe médica, equipe de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, serviço de manutenção e limpeza, duas ambulâncias e uma área externa com um terreno muito grande e todo arborizado.

Nesta Instituição as entrevistas foram feitas em uma sala improvisada e, durante o tempo que permanecemos nas enfermarias, ficamos sob a supervisão de uma recepcionista que nos acompanhou e verificou nos prontuários de cada andar, os pacientes que poderiam participar da pesquisa. Nesta Instituição, de um total de 95 pacientes (65 encaminhados pelo SUS e 30 particulares), 23 eram idosos e somente três atendiam os critérios de inclusão da pesquisa; os demais apresentavam rebaixamento do nível de consciência, déficit motor e cognitivo após acidente vascular encefálico ou outra patologia neurológica. Outros idosos internos não atenderam aos critérios de inclusão, pelo fato de possuírem família que, apesar de não mantê-los em suas residências, davam-lhes retaguarda, não caracterizando abandono. Muitos destes pacientes poderiam viver de forma segura e confortável em suas casas, não necessitando de internação.

⁹ O SUS disponibiliza verba apenas para 65 (sessenta e cinco) leitos.

Pelos critérios de inclusão na pesquisa, pudemos contar, entre as duas instituições, com 17 sujeitos, sendo 12 do sexo masculino e 05 do feminino. A idade variou entre 60 e 95 anos. Neste trabalho, com o objetivo de preservar a identidade e o anonimato, os idosos entrevistados serão identificados pelas iniciais do nome.

Esclarecemos que os critérios de inclusão dos sujeitos foram os seguintes: idade igual ou superior a 60 anos, serem lúcidos e com nível cognitivo sem alteração, não apresentar na fala e na audição qualquer transtorno que pudesse intervir na compreensão das perguntas e na elaboração das respostas, estarem em situação de abandono pela família¹⁰

3.2. Coleta e Registro De Dados

As entrevistas foram realizadas no período de 30 de outubro de 2008 a 28 de novembro de 2008. Foram gravadas em aparelho Ipod, marca SONY, modelo NWD-B103F, e, em seguida, transcritas.

Para a coleta de dados foi também utilizada uma ficha de anotações na qual foram registradas atitudes e expressões distantes de quaisquer palavras, tais como, choro, riso, impaciência, irritação e outras emoções somente captadas pela observação direta, as quais foram transcritas ao final da transcrição de cada uma das entrevistas.

Os dados foram compilados e armazenados de forma digital em um equipamento de Note-Book de marca Positivo, modelo Z-80, sendo impressos para análise e interpretação. Fatos e relatos importantes foram anotados e comparados, formando “categorias discursivas”.

¹⁰ Por situação de abandono entende-se paciente que não recebe visita regular de seus familiares.

CAPÍTULO V

A PESQUISA DE CAMPO

1. Incursões em Fontes Bibliográficas

O primeiro e grande desafio de trabalhar com o abandono de idosos após a alta hospitalar foi a existência de raro material bibliográfico que pudesse fornecer subsídios teóricos para o problema de pesquisa. Os poucos trabalhos existentes e os poucos que poderiam se relacionar ao tema seguiam abordagens distanciadas ao objeto do presente estudo.

O levantamento a partir de palavras-chave não resultou em achados significativos. Assim, por exemplo, ao procurarmos, nas diversas bases de dados, por “*abandono*”, o que encontrávamos era sobre abandono de tratamento, principalmente sobre o abandono do esquema tríplice para tuberculose. A expressão “*alta hospitalar*” foi outra palavra-chave procurada; do mesmo modo, o que encontramos foram poucos trabalhos, alguns elaborados por profissionais da área da enfermagem, com orientações a pacientes e familiares. O teor versava, basicamente, sobre cuidados domiciliares, a exemplo de curativos, cuidados com sondas, cateteres, posicionamentos e mobilização do doente ou convalescente. Dados sobre altas de pacientes somente foi conseguido nos próprios serviços de internação, não havendo registros em órgãos oficiais de altas associadas a abandono.

2. Locais da Coleta de Dados (Instituições)

Apesar das diferenças das instituições em que os sujeitos foram localizados, uma característica das mesmos (hospitais de retaguarda) é a seriedade no trato com os pacientes; seriedade que caminha ao lado de inúmeras dificuldades a serem enfrentadas. Cabe aqui ressaltar que o SUS

somente libera uma quota de 65 internações e que os hospitais possuem capacidade bem maior, podendo abrigar muito mais pacientes. Na Instituição A, há uma ala de medicina física e de reabilitação, com um profissional médico e com fisioterapeutas; estes últimos são responsáveis pelo setor que, no ato das entrevistas, estava desativado, dado que o SUS havia cortado verbas para este tipo de serviço, além de ter reduzido o número de leitos de 80 para 65, a quota máxima permitida atualmente.

3. Particularidades dos Sujeitos da Pesquisa

Quanto à fluidez das entrevistas, nos deparamos com uma barreira difícil de ser transposta; barreira que comprometeu, de certa forma, uma coleta mais ampla de dados, exigindo grande esforço do entrevistador. Referimo-nos, aqui, à dificuldade de contato e à apatia que se mostrou um traço característico da maioria dos entrevistados. Não houve dificuldade em obter o aceite para a realização da pesquisa; no entanto, conseguir uma conversa mais profunda nem sempre foi possível. As respostas eram rápidas e curtas, exigindo grande esforço para conseguir a continuidade na conversa. O que vimos foi uma grande distância entre a lucidez que possuíam e um estado de desânimo. Esta distância pode ser explicada pela rotina diária que impossibilita atitudes diversas das estabelecidas. Os idosos passam o tempo jogando, praticando atividades lúdicas e laborterapia. Estas atividades poderiam ser de grande valor para a melhora do quadro de apatia dos idosos, mas não é muito utilizada, apesar dos muitos pacientes que se dispõem a ajudar nas lides da instituição. Cabe lembrar que isto não é permitido, uma vez que os “internos” estão, teoricamente, em tratamento de saúde. Ressalte-se que a rotina e a apatia conduzem à perda da percepção temporal; os idosos não conseguem se localizar, de forma muito clara, em relação à data. Quanto ao dia da semana existe uma melhor percepção, já que resulta do hábito de assistirem à televisão. A grande dificuldade se encontra na percepção de dia, mês e ano.

Ao serem convidados para fazerem parte deste trabalho, alguns idosos foram receptivos, respondendo e interagindo com simplicidade e clareza, demonstrando grande disposição. Outros, porém, não apresentaram a mesma disposição; não por falta de boa vontade ou por decisão própria, mas por dificuldades relacionadas à depressão e tristeza, condições que os tornavam monossilábicos, contidos ou mesmo silentes. As diversas reações emocionais encontradas serviram como base de fundamentação da interpretação de respostas, sendo ao mesmo tempo um fator complicador, já que alguns pacientes se tornavam lacônicos ou calados. O verdadeiro desafio foi buscar nas entonações, nos gestos e nos sentimentos implícitos na fala dos entrevistados a percepção sobre a situação que se pretendia compreender.

4. Análise dos Dados

Para uma melhor explanação dos conteúdos obtidos nas entrevistas dividiremos a análise em três tópicos, na forma de “categorias discursivas” que fundamentam a percepção dos idosos. Estas três categorias são: Causas da internação, percepção dos idosos sobre a situação de institucionalização e percepção dos idosos sobre o abandono.

➤ Causas da Internação

Todos os pacientes internados chegaram aos hospitais de retaguarda após internação em hospitais públicos. As doenças ou seqüelas que os atingiam se tornaram crônicas, havendo a indicação de alta hospitalar e de encaminhamento para cuidados específicos que poderiam ser realizados, em alguns casos, em casa ou em hospitais de retaguarda. Alguns casos que poderiam ser encaminhados para cuidados no lar foram encaminhados para os hospitais de retaguarda, em função da ausência de familiares que pudessem ou quisessem “assumir” o idoso de volta.

É fundamental que se entenda que nem todos os encaminhamentos para hospitais de retaguarda se devem ao fato de o idoso ter sido abandonado pela família, por decisão da mesma. Alguns pacientes possuem família e estão abandonados porque a família não tem condições de prestar assistência ou de visitar o doente. Outros não possuem família ou elas são incomunicáveis. Alguns pacientes, por problemas anteriores à internação, não possuíam residência fixa por algum motivo, como etilismo crônico e agressão à família e haviam saído de casa. Vale ressaltar que existem, também, casos em que os familiares, por vontade própria, encaminharam o paciente para as Instituições de retaguarda, abrindo mão da responsabilidade dos cuidados dos mesmos. Os motivos da internação encontrados neste trabalho puderam ser agrupados em três subgrupos:

- A. Internações por motivos alheios à vontade da família;
- B. Internações de idosos que não possuíam família ou que não tinham mais contato com as mesmas e
- C. Internações dos idosos encaminhados pelos familiares que não quiseram arcar com a responsabilidade de cuidar dos mesmos.

A. Internações por motivos alheios a vontade da família

Dentre os casos em que a internação na instituição de retaguarda se deu por motivos alheios à vontade da família, encontramos dois casos.

O primeiro caso é o da paciente E.C.F., está internada porque possui seqüelas de um acidente vascular encefálico e não pôde ir para a casa da filha, que já cuida do pai que foi vitimado da mesma doença. Mesmo não sendo abandonada, a paciente se conforma com a situação, porém sente-se muito triste. Em sua fala repete várias vezes, que gosta do local. No entanto,

sua expressão facial demonstra a tristeza de estar confinada e longe da família.

“[...] Fui para o hospital porque teve derrame na perna [...] foi meu marido que me internou... meu marido também tá doente, tá na cadeira de rodas. [...] eles já levou eu pra casa já, já levou e depois voltei de novo, eu gosto daqui. [...] aqui é minha casa. (Neste momento da entrevista a paciente faz menção de choro, porém se contém, demonstrando em sua face uma grande tristeza).”

A filha não assume a mãe porque realmente não pode. Tem três filhos; um é viciado em drogas e mora na casa comprada pela mãe. Cuida do pai doente e é a aposentadoria da entrevistada que sustenta a casa.

O segundo caso de internação ocorrida contra a vontade da família é o da entrevistada M.J.C., que não foi abandonada, mas que não pôde ser recebida pela família. Ela teve a perna amputada por conta de diabetes. Tem uma mãe muito idosa e também deficiente visual, fato que a impede de cuidar da filha. Os irmãos são pobres, um deles mora em favela. Uma das irmãs cuida dela, pois recebe sua pensão e a visita com freqüência, levando o suprimento necessário de produtos de higiene pessoal, porém, não tem condições de levá-la para sua casa, pois trabalha e o salário pedido por uma cuidadora é maior do que o que ela recebe mensalmente. M.J.C. relata que foi hospitalizada e teve sua perna amputada por causa de diabetes, em seguida sofreu um acidente vascular encefálico, ficando hemiplégica no lado do corpo que não havia sido amputado.

De forma bem humorada relata que sua mãe não quis levá-la para casa, pois além de idosa era também deficiente visual:

“[...] Eu tava no Hospital porque tenho problema de mioma e aí me levaram pro

Pronto Socorro do Embu com hemorragia, eu fiquei dez dias internada, quando foi um dia chegou minha cunhada e disse: Dona Maria, a Dona Rosa mandô dizer pra Senhora que não quer mais a Senhora na casa dela. Aí eu disse: Por quê? Prá onde eu vou? Vou pra baixo da ponte? Alejada, doente, sem uma perna, sem um braço, ficá no meio da rua numa cadeira de rodas? Ela não quis ficar comigo, ela diz que tem oitenta e cinco anos e é cega.”

Ao findar a entrevista com esta paciente sua irmã chegou. Em conversa informa, ela reforçou o motivo da internação, ou seja, baseado na impossibilidade de propiciar cuidados adequados. Afirmou que só não mantém a irmã doente em sua casa porque precisaria contratar uma cuidadora e que ela não poderia arcar com mais esta despesa, uma vez que gasta a aposentadoria da paciente, em sua totalidade, para suprir as necessidades de compra de fraldas, cosméticos de uso pessoal e roupas.

B. Internações dos idosos que não possuíam família ou que não tinham contato com as mesmas.

Entre os sujeitos de pesquisa, oito se encontram dentro desta categoria de análise. Alguns casos encontrados são de pessoas que não possuem contato com familiares. Vivem há muito tempo longe de família e acabaram por perder contato com ela. Dos 17 entrevistados, encontramos oito casos de internos nesta situação. Todos eles são introspectivos e falam pouco.

A interna, Senhora E.M.S. foi levada ao hospital de retaguarda pela patroa. Não sabe onde vivem os parentes, sabe apenas que é em uma cidade no interior da Bahia. Ajuda os outros internos a comer e a fazer higiene. Seu ex-marido chegou a visitá-la porque, casualmente, veio visitar um parente e encontrou E.M.C. No entanto, há tempo que não vem mais

visitá-la. Percebe-se que procura ser útil, mas não se relaciona muito com os outros internos, ficando sempre sozinha; quase nunca sorri e pouco fala:

“[...]Eu dô comidinha pros doente que não pode comer, ajudo a barrer aqui, fico na limpeza lá dentro. Já ajudei bastante. Lá dentro ajudava quase todo dia, depois elas disse que tava muito pra mim, ainda ajudo, assim eu ajudo.”

Tem esperança de sair e rever seus parentes, uma vez que os mesmos sequer sabem que ela se encontra nesta situação. A paciente não possui endereço dos familiares e somente relata que sabe chegar onde moram, mas não sabe o endereço. Abaixo segue relato da paciente:

“[...] meu povo tá na Bahia, tudo na Bahia.[...] não deu pra voltar, o que a gente ganha é pouco e não dá nem pra gente se virar, eles não sabe que eu tô aqui, é muito longe, não dá nem pra escrever. [...] quando eu for sair daqui vou ver meu povo, em Salvador, Bahia e depois de lá eu vou até lá, não deu para ir, a hora que der eu vou.”

O interno J.M.S. foi internado depois de um acidente em que caiu em um fosso (buraco), lesando e comprometeu suas duas pernas, além de causar uma grande hemorragia pelo nariz. Totalmente introspectivo, respondia apenas o que era perguntado, tornando a entrevista difícil. J.M.S. não possui referencial de família, pois vivia só e era etilista crônico. Morava nas obras de construção em que trabalhava. Suas respostas eram curtas; quase monossilábicas.

“[...] Eu fui no hospital porque caí num fosso, batí as duas pernas e elas ficaram doendo, e eu fui no Hospital e o hospital me trouxeram pra cá porque eu sangrei muito, sangrei

muito no nariz na pancada e me trouxeram prá cá até agora. [...] não tinha família lá na hora da alta, não tinha, na, me trouxeram pra cá direto.”

Outro interno é o paciente B.P, internado após ter sido encontrado caído em um sítio que tomava conta. No ato da internação apresentava fraqueza generalizada associada a um quadro de desnutrição. Quando da alta hospitalar, foi transferido para a instituição B e, até hoje, apresenta o mesmo quadro de diminuição de força muscular e de fraqueza generalizada. Só sai do leito para o banho em cadeira de banho. Quando da entrevista, conseguimos tirá-lo da cama e deambulamos com ele, dando-lhe o apoio necessário até o local da entrevista. Isto foi feito com muita dificuldade. Faz uso de sonda vesical de demora e fraldão para dormir. Narra a história que se segue:

“[...] Tomava conta do sítio, depois eu fiquei doente e quando eu tava doente nua casa que eu morava, aí me encontraram deitado, caído na cama e um tal de Virsom, fio de um tal de José Cabeção que me encontrou deitado e chamaram o pessoal do IBAMA e trouxeram pro hospital. (pensou um pouco mais) E agora eu tô aqui.”

O paciente conta que é viúvo e que possui apenas um filho; acha que ele já morreu, como todos os parentes que mencionou. As pessoas que o levaram ao hospital não mais o visitam. Este paciente agradeceu muito por estar nesta instituição, pois na sua situação iria ter problemas de subsistência.

O senhor L.A.S. é outro paciente que não possui contato com a família. É ex-detento, ficou preso durante seis meses, fraturou o fêmur

durante sua permanência na cadeia, foi hospitalizado e de lá foi transferido para a instituição, onde permanece internado até hoje.

“[...] Quando saí do hospital fui trabalhar, tinha uma banca de jornais, depois abri falência, aí eu fiquei sem recursos, aí eu vim parar aqui. [...] Tem gente que não respeita os mais velhos, eu morava num quartinho e tinha uma vizinha de cima que só faltava derrubá a minha porta, ela foi me enchendo, me enchendo a paciência e eu tinha um revolver, eu falei, eu vou acabar com isso hoje e peguei o revólver e ia dar um tiro na testa dela, mas aí eu atirei pro lado, chamaram a polícia meteram o cacete em mim, me arrebutaram no cacete, num respeitam um velho, num respeitam a idade, deviam respeitar pelo menos a idade né, se tiver que fazer qualquer coisa, podia me prender, eu não reagi à prisão, me entreguei, não desacatei a eles, gosto muito de respeitar os outros, idade e respeito, mas não foi possível, as pessoas não respeitam a gente, me revolta, eu sou um cara, não vou mentir pro senhor, eu sou um cara, eu sou nervoso, e aí peguei o revólver, dei um tiro nela, mas não matei não, aí eu fui preso, por porte de arma e tentativa de homicídio, peguei nove meses, aí me liberou, pela minha idade e pelo meu estado de saúde.” (fraturou o fêmur na cadeia).

Percebe-se que este paciente vivia isolado da família; relata que foi casado e que o casamento acabou por ter sido traído pela mulher. Passou, então, a viver sozinho. É depressivo, chora muito e sente-se excluído. Ao falar da família, se esquivava e ficava com o olhar perdido, pensativo. O motivo da prisão foi a tentativa de matar a mulher, fato este que narra como se a tentativa de homicídio tivesse sido feita contra uma vizinha.

O Senhor J.B.M. não possui contato com a família; foi transferido e internado em 2004. Chegou ao hospital de retaguarda com quadro de

Pneumonia; é hipertenso e divorciado. Não possui renda, refere ter filhos que nunca foram visitá-lo.

“[...]Sou divorciado, [...]Tenho filhos. [...]Morava no Embú. [...]Fui ao hospital no Pronto Socorro e de lá me encaminharam pra cá. [...] Moro sozinho no Embu. [...] Não comunicaram, não tinha o endereço.”

O paciente chegou à instituição A com pneumonia, sendo hipertenso. A família o abandonou e não vem visitá-lo; sente-se excluído. Muito calado e introspectivo, só respondeu o que lhe era perguntado, mas foi muito simpático. É etilista crônico, se tornou morador de rua e perdeu o contato com a família. Tem esperanças de novamente poder se reunir com a família, como relatou:

“[...] Sube notícia sim mas faz tempo, ah, acho que tá tudo bem, tá tudo bem, mas faz tempo, foi a uns cinco anos. [...] Vontade de reuní a gente tem né mais, por enquanto não dá, tá ruim, num tá dando. (parou de falar, ficou pensativo e com semblante triste).”

L.G.P.O. é outro entrevistado que não possui contato com a família, está abandonado no hospital (Instituição B) e não se sabe nada sobre sua família. De acordo com sua versão, a família não ficou sabendo que havia tomado um tiro e que foi hospitalizado. Como não conseguiram contato com os familiares, foi transferido para a instituição B no momento da alta hospitalar. Não recebe visitas. É bastante lúcido e, pelo sotaque, percebe-se que é da região do nordeste. Em seu prontuário consta que não tem família, o que é confirmado pelo relato que se segue:

“[...] Num soberam por causa dum tiro que eu tomei. [...] É. [...] Eu num sei, quele tava rudiando a casa de noite, e eu fui saí né, e

ele pensou que era um pedaço de pau que eu tava iscondendo aqui, escorando aqui, e pensou e deu o tiro no pé (Mostrou o pé que tinha uma cicatriz e uma deformidade). Ele queria passá a mão em quarqué coisa.”

O paciente G.A.O. também não possui contato com a família. Após ter tido um problema com a mesma (não mencionado), tornou-se morador de rua. Foi internado por atropelamento de carro e, posteriormente, após alta hospitalar, foi transferido para a instituição (Instituição A). Sente-se excluído. Chegou ao hospital desnutrido; não fala da família em hipótese alguma, principalmente o tal problema com a família que ele mencionou durante a entrevista. Bastante introspectivo, respondeu apenas o que era perguntado. Nunca apareceu nenhum parente para visitá-lo ou teve qualquer outro tipo de contato.

“[...] Faz tempo que fui internado. [...] Não fui porque eu não me dou com eles, problema pessoal mesmo. [...] Casei, a mulher ta em casa, na minha casa (falou com um tom bastante ríspido), aonde nós compremos, só que eu, poblema particular, então saí fora. [...] Não aposentei, por enquanto não. [...] A casa é no Pestana, lá perto da delegacia em Osasco.”

Outro paciente que não possui contato com a família é C.A. Sem residência fixa, era pedreiro, morava nas obras onde estava trabalhando e se acidentou. Pisou em buraco quando estava alcoolizado e fraturou os ossos da perna esquerda. É etilísta crônico, não se aposentou e não tem fonte de renda; tem filhos e é separado da esposa. Estes nunca o visitaram.

“[...] É uma coisa que eu nem sei explicar, Porque saí pra trabalhar. [...] Numa equipe, nois tinha uma equipe, nós trabalhava tudo

junto. [...]Eu senti um impacto, que tinha uma pedra no caminho que a gente passava, e aí meus amigos me socorreu, me levaram pro Pirajussara, o médico pegou e ingessou e eu fui pra casa. [...] Aí depois começou a coçar por dentro do gesso, começou a coçar por dentro do gesso e aí eu fui no Campo Limpo, aí o médico de lá tirou o gesso, fez a limpeza dos bichos (referia-se à miíase), aí me transferiram para cá. [...] A família não foi notificada. [...]Não porque em casa não tinha como tratar, então eles me troxeram pra cá.”

Quando transferido para a instituição, o paciente, após a retirada do gesso, fazia uso de um fixador externo na perna esquerda. Como C.A. não era afeito à higiene pessoal, a perna dentro do gesso foi infectada (miíases). A equipe de ortopedia do hospital de origem não se responsabilizou, nem quis fazer a retirada do fixador externo, que permaneceu no paciente por quatro anos.

C. Internações dos idosos encaminhados pelos familiares que não quiseram arcar com a responsabilidade de cuidar dos mesmos

Dentre os sujeitos da pesquisa, sete foram levados às Instituições porque as famílias não quiseram arcar com a responsabilidade de cuidar dos mesmos. O motivo alegado não foi por falta de condições, mas o desinteresse, o que configura, claramente, situação de abandono.

J.A.J. é um destes casos. Foi internada na Instituição A por causa de *Diabete Mellitus* descompensada; ficou no hospital mais ou menos seis meses e depois foi transferida para instituição A, onde permanece até os dias de hoje. É muito introspectiva e monossilábica; reclamou muito da filha não ir visitá-la, o que só acontecia quando a enfermeira solicitava. No meio da entrevista disse que a filha não tinha condições de ficar com ela e começou a chorar. Não quis mais responder a qualquer pergunta terminando

assim a entrevista. É aposentada e é a filha quem recebe e usufrui de sua pensão, além de morar na casa comprada pela mãe.

“[...] Fiquei no outro hospital mais ou menos seis meses, sou diabética, minha família não vem me visitar, minha filha só vem quando peço para a enfermeira chamar, minha filha não tem condições de cuidar de mim (começou a chorar).”

Apesar de a paciente não ter declarado explicitamente que sua família (no caso, a filha) não quis assumi-la, esta situação ficou clara ao observar o prontuário da paciente e a fala que se segue:

“[...] Eu vim pra cá porque eles quiseram me trazer pra cá (aqui a paciente se refere a sua filha), lá ficava mais ruim para eles. Aqui eu fico bem. [...] Minha família não vem me visitar, minha filha só vem quando peço para a enfermeira chamar. [...] sou aposentada e minha filha recebe a pensão. (começou a chorar)”.

A filha da paciente mora em casa própria pertencente à interna e usufrui da pensão da mesma; somente faz visitas quando convocada pela Instituição, visitas que não duram mais que quinze minutos.

O caso de B.M.M. é similar; teve, como diz, um problema vascular na perna e foi internada. No momento da alta hospitalar comunicaram à filha e esta preferiu levá-la à instituição B, onde está internada até hoje. Contou que a filha quase não a visita. Disse que a mesma lhe deu quatro netos, um com problemas mentais. Seu marido está vivo e são separados há muito tempo; não sabe por onde ele anda.

“[...] Ela (filha) me trouxe pra cá, vem me visitar as vezes (Falou com pouco caso), não vem muito, ela tem um filho com problemas, acho que problemas mentais. [...] morava com minha filha até ter o problema na perna, meu neto é um moço esquisito, tem problemas mentais.”

A paciente é muito lúcida educada e meiga; tenta sempre justificar o que a filha fez, colocando-a no hospital. Tem esperanças de que a mesma venha buscá-la. Acha que a filha não a visita porque o neto é doente. Se sente muito excluída; desolada, não tem mais nada nas pernas e só sai da cama para o necessário, como o banho, a alimentação e as idas ao banheiro. É ágil, anda bem, se comunica bem, faz tudo sozinha; contudo, fica deitada o tempo todo. Mostrou-se muito triste. A paciente tem autonomia e não apresenta problemas cognitivos ou motores, podendo perfeitamente permanecer fora do hospital.

O caso do interno M.M.C. também se enquadra nesta categoria. É amputado dos dois membros inferiores por complicações da *Diabete Mellitus*. Este quadro teve início com uma trombo-flebite, com lesão trófica e, em seguida, as amputações. Chorou muito durante a entrevista e não falou muito da família. A instituição A fez diversos contatos com os familiares (filhos e noras) e não obteve resposta; os mesmos nunca vieram visitá-lo.

“[...] Minha esposa é falecida, são cinco filhos casados, tenho doze netos e três bisnetos. Mas eles sabiam que eu tô assim, que estava no hospital internado, mais fazer o que né! Nunca vieram me visitar.”

O paciente chorou muito durante a entrevista; não falou muito da família. É triste e se mostrou decepcionado com a família, principalmente com as noras. Relatou que quando se aproximava dos netos, elas logo

davam um jeito de tirá-los de perto do avô. Tornou-se etilista crônico e morador de rua. Quando foi internado e transferido para a instituição A foram feitos os contatos com os filhos, que nunca o visitaram.

O caso de M.B. se encaixa no subgrupo de pacientes que as famílias não quiseram assumir a responsabilidade pelos cuidados do idoso. Foi internado na Instituição A. Possui situação sócio-econômica diferenciada em relação a outros pacientes da Instituição. Tem nível superior e é aposentado, possuindo alguns bens administrados pelos filhos, que raramente vêm visitá-lo.

“[...] moro aqui em Cotia, eu fui lá (hospital) pra me tratar do pé e de lá me trouxeram pra cá. E lá me trouxeram pra cá. [...] família mora na Vila Alpina [...] de lá me trouxeram pra cá e eu não queria vim pra cá, o hospital me pegou e me trouxe dentro da perua pra cá e daqui comunicaram com meus filhos, meus filhos foram pra lá, pro hospital, pra me visitar e de lá me trouxeram pra cá.”

Ao ser interrogado sobre o porquê de os filhos não o levarem para casa, começou a chorar e procurou justificar a atitude da família:

“[...] Porque eu não tô bom ainda, não dá pra mim andar, eu não tô bom, mas eles vem aqui no domingo, agora. Todos eles vem me visitar.”

O paciente não se conforma de estar internado; diz que sempre foi trabalhador e relatou toda a sua trajetória. Após trabalhar no *Vinagre Palhinha* durante muitos anos, falava do dono da empresa com certa intimidade; gabava-se de ter sido o primeiro a vender Vinagre Palhinha e sentiu-se triste quando da morte do Senhor Prisco. Seus filhos venderam a empresa.

O caso do interno J.V.V. segue o mesmo padrão dos anteriores. Foi internado no hospital por crise hipertensiva e quando recebeu alta hospitalar foi transferido para a instituição A. O paciente não admite o fato de ser doente. Em sua fala deixa implícito que a filha o mantém internado pelo fato de ela querer tirar proveito de sua situação financeira. É viúvo e tem nove filhos; a responsável por ele é a filha que recebe sua aposentadoria e mora na cidade de Cotia. O paciente assim relata sua situação:

“[...] Sou aposentado e minha aposentadoria tá um problema porque ela (referindo a sua filha) tá com meus cartões, quando eu quero tirar, ela vai comigo, mas eu quero passar pro meu nome, não quero no nome dela, entendeu? Num quero no nome dela, eu quero eu receber sozinho.”

J.V.V. diz que a filha não cuida dele; que somente se interessa por seu dinheiro. Por outro lado, o restante da família, composta por mais oito filhos e uma irmã, todos residentes em outros estados, não se interessam por ele. A situação é descrita abaixo:

“[...] é que é muito longe para eles (filhos), é muito longe, Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas Gerais, cada um mora num lugar diferente. Só esta (filha) é que mora aqui. [...] não, não, eles não vem pra cá, eles vivem a vida deles pra lá, eu vivo a minha pra cá, não tem nenhum contato.”

O paciente é uma pessoa angustiada e que possui boas condições físicas e mentais; poderia estar fora da Instituição. Consta em seu prontuário que é proprietário de uma pequena fazenda no interior. Não consegue sair da Instituição para resolver seus negócios, uma vez que teria de fazê-lo com a filha, o que não quer porque ela tiraria proveito da situação.

A situação de A.L.E.S. assemelha-se às anteriores. Internado com seqüela de A.V.E (Acidente Vascular Encefálico), é etilista crônico. A esposa é falecida, tem uma filha que o internou e, segundo ela, o pai é muito dependente e ela não tinha condições de cuidar dele. A filha não tem fonte de renda e mora na casa que é do paciente. Conforme seu relato:

“[...]Moro no Salete. [...] Conhece lá? [...] Morava com uma muié, a muié morreu, fiquei viúvo e eu fiquei doente. [...] Derrame né!. [...] Fiquei no hospital. [...] De lá vim pra cá, a assistente social me trouxe pra cá de assistência. [...]Tem, tem uma fia. [...] Vem não. [...] Num tem juízo [...] Mora na minha casa. ...Moro ali no Jardim Salete perto do Taboão. [...] A fia é a que eu falei pro senhor, ela queria vendê a casa lá. Ela vende e eu vô morá em baixo da ponte? Num pode vendê não.”

O mesmo padrão dos anteriores foi encontrado em F.C.N. Era etilista crônico e agressivo; agredia a mãe (que era idosa) e foi para a delegacia de polícia algumas vezes. Morava com a mãe o irmão. Não chegou a se aposentar. Só uma senhora, esporadicamente, aparece para visitá-lo. A mãe morreu neste período e o sobrinho não quis abrigá-lo. Está abandonado no hospital e poderia ter alta, o que só não acontece porque ele não se dá com o irmão e diz que este só está esperando o irmão morrer para fazer o enterro. Conforme relatou:

“[...] Fiquei no Hospital Antonio Giglio, fiquei quinze dias. [...] Quebrei o pé. [...] O carro passou por cima da minha tíbia, passou e fraturou. [...] Não, eu não tenho família em Osasco, alguns parentes meus mora em Barueri, faz mais de vinte anos que eu não vou na casa deles. [...] Fico mais na cama, minha perna está desinchando.”

F.C.N. é lúcido e forte; a perna foi tratada e, quando da alta hospitalar, foi transferido para a instituição (A) onde está aqui até hoje. O sobrinho não o assumiu e, como não vivia com a família há alguns anos, permanece no hospital. É um pouco introspectivo, anda pouco e fica mais deitado, pois acha que desta maneira a perna incha menos .

➤ **Percepção dos Idosos sobre a Situação de Institucionalização.**

A percepção dos idosos sobre a permanência nos hospitais de retaguarda é descrita de forma diferente pelos mesmos; assim, compreender os sentimentos implícitos nas falas exigiu muita atenção e sensibilidade para chegar à percepção expressa, muitas vezes, em palavras que não denotavam o verdadeiro sentimento.

Alguns idosos afirmaram estar bem; no entanto, suas atitudes, expressões e entonações de voz mostraram que não é bem assim. Outros deixaram bem claro que não gostariam de estar neste ambiente; destes, alguns afirmam, com veemência, que não se conformam em lá estar. Pode-se perceber que alguns, apesar de preferirem estar com a família, se resignam com a situação, uma vez que seus familiares não têm condições de acolhê-los.

Encontramos também, os que nutrem o sentimento de resignação diante do fato de a família não querer assumir a responsabilidade de seus cuidados. Somente três pacientes se conformam com a situação, se não por satisfação, pelo menos por não possuírem familiares que possam acolhê-los e por não disporem de local próprio para se estabelecerem. Para estes, os hospitais de retaguarda são as únicas alternativas de moradia e de cuidados.

No que se refere à percepção sobre a internação nos hospitais de retaguarda, os 17 sujeitos da pesquisa foram subdivididos em três grupos, a saber: idosos que não aceitam a situação de internação, idosos que se resignam e dizem se conformar com a situação, porém demonstram que não gostariam de estar internados e idosos que aceitam a situação de internação.

✓ **Idosos que não aceitam a situação de internação.**

Entre os sujeitos que não aceitam a situação de internação, encontramos quatro pacientes idosos.

O Senhor L.A.S., é muito idoso e apesar de lúcido, chora muito ao falar. Se sente muito excluído e abandonado; não quis falar da família e nem do hospital. Afirma não gostar da família. Disse ele:

“[...] Estou cansado de chamar e pedir para mim sair e para me tirar da cama, chamo as enfermeiras e elas respondem, já vou e não vem, dizem que vai chamar mais uma e não vem. [...] Eu não quero saber de minha família não. [...] A minha família era muito falsa e eu não gosto.”

Este sujeito apresentou-se muito nervoso, intransigente e amargurado; relatou que sua mãe judiava muito dele e que sua família o abandonou. É inconformado com a sua internação e com sua situação de abandono.

O paciente M.B. apresenta uma situação sócio-econômica diferenciada em relação aos outros pacientes; possui nível superior, é aposentado e tem alguns bens que são administrados pelos filhos. Porém,

se sente abandonado porque a família o visita com pouca frequência. O mesmo relatou o seguinte:

“[...] Eu, eu moro aqui em Cotia, eu fui lá tratar do pé e de lá me trouxeram pra cá. [...] Família mora em Vila Alpina, daqui a 68 quilômetros de lá até aqui. [...] Porque de lá me trouxeram pra cá, eu não queria vim pra cá, o hospital me pegou e me trouxe dentro da perua pra cá e daqui comunicaram com meus filhos e aí meus filhos foram pra lá pro hospital pra me visitar, e me trouxeram pra cá. (falou muito irritado e após, começou a chorar). [...] Por que eu não tô bão ainda, não dá pra mim andar, eu não tô bão mas, eles vem aqui domingo agora, todos eles vem me visitar, são três filhos eu tenho.”

Mostrou-se muito irritado com a sua situação. A administração do hospital possui registro que mostra que seus filhos raramente vêm visitá-lo. É bastante lúcido, mas muito deprimido; quase não fala e, quando fala, demonstra estar de mal com a vida. Anda pouco, pois está muito desmotivado com tudo. Não se conforma com a sua situação de interno. Falou da família com muito carinho, citando com orgulho o nome dos filhos e frisando que um deles leva o seu nome.

F.C.N. era etilista crônico. Agressivo, batia na mãe. Só tinha um irmão, com quem se dava bem. Não possui renda e a mãe morreu durante o período de sua internação. O irmão não vem visitá-lo e o sobrinho não quis assumi-lo. Relatou:

“[...] Fiquei no hospital Antonio Giglio, fiquei quinze dias. [...] Quebrei o pé. [...] O carro passou em cima da minha tíbia, passou e fraturou. [...] Não eu não tenho família em Osasco, alguns parentes meus mora em Barueri, faz mais de vinte anos que eu não vou na casa deles. [...] Não, não, eu vim pra

cá, não me dava com ele (estava se referindo ao irmão) nem com o resto da família, eu cortei com todos. [...] Foi a assistente social que mandou, foi ela lá no hospital que arrumou aqui. [...] Aqui é bom, é aqui, é que não tem remédio, isso aqui tá sarando na marra, eu tô esses dias todos deitado, já tá quase sarado já, isto aqui tava desta altura, inchado (mostra uma região do tornozelo que estava inchado), agora tá querendo voltá ao normal e nêgo pergunta por que eu não ando, porque eu não ando aqui tá duro né, aqui onde quebrou (mostra a região da perna onde quebrou). [...] Gosto daqui, mas se eu ficar deitado como eu tô, isso aqui tá disinchando e vai ficar bom.”

Já está reabilitado, mas é “preguiçoso”; só sai da cama em cadeira de rodas; pode deambular com o auxílio de aditamentos (muletas), mas não o faz. Deixa a cama apenas para ir ao banheiro e se alimentar; no mais permanece no leito o tempo todo.

Outro interno entrevistado foi J.V.V. Sua situação é muito complexa. Possui propriedades, é aposentado e seu maior problema é com a filha, como relatou:

“[...] Eu não fui para casa de minha família, tira a privacidade deles e nem a minha. [...] Aí minha filha é que me trouxe pra cá, não quero ficar lá, pra não tirar a privacidade deles e a minha, eu não gosto de amolá ninguém. [...] Eu tenho só uma filha que mora em Cotia, o resto em Minas, Rio de Janeiro, Pernambuco. [...] Sou aposentado. [...] Minha aposentadoria tá um problema, porque ela tá com meus cartões. [...] Minha filha, quando eu quero tirar ela vai comigo, mas eu quero passar no meu nome, eu não quero no nome dela, eu quero receber sozinho. [...] Cuida de mim não, cuida do meu dinheiro, de mim não. (Riu ao falar isto). [...] Não gosto daqui, porque a minha vida é completamente diferente, que eu sou

do interior, sou de Presidente Epitácio, de divisa de Mato Grosso, que eu tenho um sítio lá, tenho uma fazendinha, tem problema no banco que eu tenho que resolver, eu tenho que resolver. (altera a voz de forma ríspida).”

O paciente mostrou-se muito angustiado e não se conforma de ter problemas para resolver com banco e com sua propriedade e não poder sair da Instituição. Uma vizinha veio lhe visitar e contou-lhe que havia entrado ladrões em sua chácara e que os mesmos haviam roubado todos os móveis. Este fato o angustiou muito. Pode-se perceber que o interno tem a sensação de estar preso e que se sente como se tivesse perdido a identidade, conforme relato:

“[...] Aqui não é lugar ruim, o pessoal são bom, são educado, não tem problema nenhum, é só que eu quero minha liberdade, quero ser eu. [...] Aqui eu não posso me queixar, o pessoal é bom, as enfermeiras são educada, mas é que eu quero viver a minha vida, só isso, o problema é só esse, que eu não tenho como ficar preso”.

✓ Idosos que se resignam e dizem se conformar com a situação, porém demonstram que não gostariam de estar internados.

Nesta sub-categoria registrada encontra-se o maior número de pacientes entrevistados. Um total de 10 idosos apresentou discurso que, claramente, demonstra a resignação, porém aponta para o fato de não apreciarem a situação de internos.

A idosa E.C.F. demonstra não gostar do local. Sua internação foi alheia à sua vontade. A separação da família somente aconteceu porque a família não tinha condições de recebê-la, pois tem uma filha e sobrevive com a aposentadoria da mãe. Além disto, cuida do pai doente. Pelo seu relato

percebe-se que gosta do local. No entanto, considerando a totalidade da entrevista, deduz-se que o “gostar” não é inteiramente verdadeiro.

“[...] Dotor o senhor ainda pergunta? Eu gosto muito daqui. [...] Minha vida aqui é muito boa, muito boa, trata muito bem os enfermero, os médico, principalmente os médico, nossa senhora, graças a Deus, graças a Deus, ele trata muito bem aqui.”

Apesar de afirmar que gosta do lugar e que lá é sua casa, suas expressões mostram que sente falta da família e que se resigna porque sabe que sua institucionalização é necessária, dada a dificuldade financeira da filha que já cuida do seu marido, também deficiente. Fica claro que a condição da paciente não é de concordância com a internação, mas de resignação. Na entrevista, mostrou-se uma pessoa sofrida e de poucos recursos financeiros. Não é possível afirmar se a família dá a assistência necessária. Percebe-se o sofrimento da interna no relato que se segue:

“[...] sou aposentada, recebo [...] é minha filha que recebe ou a bisneta também [...] meu filho já morreu, minha filha tá cuidando do pai em casa [...] é, eu não gosto de casa, gosto daqui, nossa dotor gosto muito daqui [...] minha filha mora no Taboão da Serra, tem quase quarenta anos, já é véia já minha filha, já tem neto já, é minha bisneta, fia da Fabiana, meu fio já morreu, polícia que matou, descansou o coitado, mas também era muito bom.”

M.J.C. afirma que quando teve alta do hospital onde estava internada sua família não quis levá-la para casa; ficou contente ao ser informada que seria transferida para a Instituição de retaguarda. O relato de sua vinda ao hospital é feito de forma jocosa e risonha:

“[...] No dia que a médica veio me dá alta, aí a médica disse: Dona Maria a senhora tá de alta, eu disse: Dotora eu não tenho pra onde ir, minha mãe não me que na casa dela não, mas que mãe é essa a minha? (caiu na risada). [...] Porque minha mãe num me quis na casa dela. Aí chegou a mulher do meu sobrinho com a minha mãe que disse: Maria pra onde cê vai? Eu digo, num sei não, pra onde me levarem eu vou, a senhora (referia-se a sua mãe) não me quer mais na casa da senhora, vou ficar no meio da rua? Alejada, doente, sem uma perna, sem um braço, ficá no meio da rua, numa cadeira de roda? Aí ela veio e assinou os documentos, meus irmãos vinheram aqui, ficaram brabos com ela porque ela fez isso. [...] Eu gosto daqui, sou bem tratada, sou bem cuidada, não tenho o que falar daqui não, sou bem cuidada graças a Deus, pelo menos tirei o peso das costas da minha mãe né! Eu era um peso e saí.(riu muito).”

A paciente mostrou-se simpática; diz ser bem tratada e gostar do local. Porém, percebe-se que é resignada com a situação:

“[...] Mas ela não podia nem consigo, ela tem problema de vista, ela ia butá comida na minha boca, butava no meu ovido, pois a coitada ela não enxergava direito (continuou dando risadas).”

Ao entrevistar o idoso J.M.S. percebeu-se, também, a mesma resignação. Transpareceu uma tristeza interior muito grande com a situação vivida. Está internado, mas não gostaria de estar, conforme relatou:

“[...] Eu acho normal aqui no hospital, o que eu sinto e só dor nas pernas, eu não tenho o que reclamar, não tenho o que lhe falar, não tenho o que dizer, não tenho uma resposta pra dar, eu não gosto por este motivo, não tenho o que dizer. [...] E o

peessoal são legal aqui, o pessoal são legal e eu não tenho o que falar, continua hospitalizado, certo, continua tomando remédio lógico.”

Ao relatar isto seus olhos encheram-se de lágrimas; seu semblante tornou-se duro. Percebemos uma total desolação e um sentimento de exclusão dolorido. Pelo tom de sua voz era possível captar um sentimento de grande amargura.

J.B.M. era morador de rua, etilista crônico e divorciado. Foi abandonado pela família. É muito calado e só respondia o que lhe era perguntado. Ao ser questionado sobre sua família respondeu:

“[...] Sube notícia sim, mas faz tempo, ah, acho que tá tudo bem, tá tudo bem, mas faz tempo, foi a uns cinco anos isso, aí eu num soube mais nada. [...] Aqui tá bom graças a Deus, num faço nada, como, bebe, e dormir e jogar dominó (começou a rir), perde, ganha, distrai muito né! Me sinto bem, bem mesmo. [...] Sinto saudade né, mas não tem jeito né. [...] É Palmital, estado de São Paulo, é entremeio Ourinhos e Assis. Não tem jeito porque não tem telefone, não tem nada deles lá, (referia-se ao endereço) nem o lugar que mora né. [...] Vontade a gente tem né mais, por enquanto ta ruim, num tá dando. (Parou de falar, ficou pensativo e com o semblante triste).”

O paciente chegou à Instituição há quatro anos, com quadro de etilismo crônico, pneumonia e grande debilidade. É hipertenso e a família o abandonou. Mostrou-se resignado e demonstrou que esta situação é a melhor para ele, já que no hospital ele é tratado e alimentado e tem um teto para dormir.

Outro entrevistado abandonado é G.A.O que, após ter tido um problema com a família, tornou-se morador de rua. Era etilista crônico. Sente-se muito excluído e relatou o seguinte:

“[...] Faz tempo que eu fui internado. [...] Não fui porque eu não me dou com eles. (referia-se a sua família). [...] Problema pessoal mesmo. [...] Só tenho minha irmã e meu irmão. [...] O resto não, tão por aí, sumiram. [...] Casei, a mulher tá em casa, na minha casa, (falou com um tom ríspido), aonde nós compremos, só que eu, problema particular, então eu saí fora. [...] Pra mim é boa a vida aqui. (referia-se ao hospital). Só passeio, só passeio pra lá, pra cá, converso com amigos, jogo dominó, é unida, a turma aqui é unida. [...] E eu fico de vez em quando na televisão, porque não tem outro lugar prá gente ir, de vez em quando eu vou lá pra fora, como agora, eu cheguei da rua, daqui a pouco vou de novo (referia-se a parte externa do hospital), que aqui não tem o que fazer aqui, deito na cama.”

O paciente foi atropelado, ficou uma semana internado e, após alta hospitalar, foi transferido para a instituição A, nela permanecendo até hoje. Não fala da família; conta que teve um problema com a mulher e que não foi possível avisar a família de sua situação. Com isto, permanece abandonado. Mostrou-se resignado e triste pela ausência da família.

A entrevista com o paciente C.A. revela que ele não possuía residência fixa e trabalhava como pedreiro, morando nas obras onde trabalhava. Acidentou-se quando estava alcoolizado e pisou em um buraco, vindo a fraturar os ossos da perna esquerda. Possui filhos e ex-esposa, os quais nunca vieram visitá-lo, foi hospitalizado e, após alta hospitalar, transferido para a instituição A. Relatou na entrevista:

“[...] A família não foi notificada. [...] Não porque em casa não tinha como tratar, então

eles me trouxeram pra cá. [...] Não, mas eu não tive alta do hospital, eu fui transferido. [...] Porque ainda não tirei esse fixador, tô esperando tirar o fixador para ir para [...] (parou de falar e ficou pensativo). [...] Vou para casa de meus filhos. [...] O que eles queria é que eu tivesse com eles, mas com isso aqui (apontou para o fixador na perna), eu não podia estar em casa, porque tinha que cuidar disso aqui todos os dias (faz quatro anos que ele permanece com o fixador). [...] Não, gostar pelo menos sim, (falava do hospital) as pessoas que me trata bem, eu tenho o maior carinho por eles, agora quem eu vejo que não dá pra conviver, eu saio fora, eu já evito essas pessoas”.

Apesar de sua situação, mantém a esperança de que um dia possa voltar para casa de seus filhos. Entretanto, estes nem sabem que o pai está internado e o que aconteceu, já que o paciente está ausente de casa há muito tempo e nunca houve qualquer contato com o hospital por parte dos familiares.

Ao entrevistar B.M.M. vê-se que ela tem esperanças de que a filha venha buscá-la; porém, tem ciência de que ela não quer levá-la para morarem juntas, conforme seu relato:

“[...] A, por que, sei lá. A minha filha num quis que eu ficasse morando com ela, num tenho casa, então me trouxeram aqui (falou com voz de choro e muito triste, quase chorando). [...] Ela me trouxe aqui. [...] Trouxe. [...] A não, num faz muito tempo não. [...] Gosto né, pelo menos eu tenho sossego.”

É muito educada, meiga e tenta justificar a atitude da filha em colocá-la no hospital. Apesar de ter boa percepção da situação, possui esperanças de que a filha venha buscá-la. Mesmo recebendo raras visitas dela, suas

esperanças são tão grandes que tenta justificar o seu quase completo abandono pelo fato de ter um neto deficiente mental, que dá muito trabalho à sua filha.

J.A.J. é um caso complicado. É diabética e, muito debilitada, apresenta um estado geral muito ruim. É muito lúcida e sofre com tudo que está passando. Assim explica sua permanência na Instituição:

“[...] Eu vim pra cá porque eles quiseram me trazer prá cá, lá ficava mais ruim pra eles. Aqui eu fico bem. Minha família não vem me visitar, minha filha só vem quando peço para a enfermeira chamar. [...] Minha filha não tem condições de cuidar de mim”.

Após o relato acima, começou a chorar e parou de falar. Muito deprimida, triste e resignada com sua internação, falou muito pouco. Lúcida e muito pensativa, tem o olhar perdido. Foi impossível fazê-la sorrir.

O Senhor A.L.E.S. é um interno que foi transferido para a Instituição por seqüela de AVE (Acidente Vascular Encefálico). Sua esposa é falecida e tem uma filha que o internou e nunca mais foi visitá-lo, como relatou na entrevista:

“[...] Fiquei doente. [...] Derrame né!. [...] Fiquei no hospital ali no Serete e depois de lá vim pra cá, a assistente me trouxe pra cá de assistência. [...] Tem, tenho uma fia, só que, tenho uma fia. [...] Vem não, num tem juízo. [...] Mora na minha casa. No Jardim Salete, ali perto do Taboão. A fia é que eu falei pro senhor. Ela queria vender a casa lá. Ela vende e eu vô morá em baixo da ponte? Num pode vendê não! [...] Aqui é comê e dormí. [...] Faz tempo que tô aqui, uns cinco anos parece. [...] Bom, na minha conta né? [...] Gosto, aqui, tratam muito bem graças a Deus, eu num posso falar daqui não, porque

eu gosto daqui viu? [...] A cumidinha é da pontinha da oreia, farta só pegá um pésinho de porco e comê né? Brincadeira viu? (pigarreou, pois é tabagista)”

Apresenta uma hemiparesia leve (seqüela motora) e não apresenta déficit cognitivo; é simpático, inteligente, sabe qual é a sua situação e parece bastante resignado.

Outro interno que está em condição de abandono L.G.P.O. É solteiro e perdeu o contato com a família; pelo sotaque, parece ser do nordeste. Na instituição, nunca conseguiram contato com sua família, já que esteve ausente de casa por muito tempo.

“[...] Aqui eu dô café pros otros, ajudo (referia ao hospital e aos colegas de quarto). [...] São bão (os colegas), gosto deles tudo né, deles tudo, num mi fais mal, nada. [...] É muito boa (a comida). É bom também. (o pessoal). [...] Ela num tem marcação de vim não (referia-se a sua irmã), não mais eu tô com vontade de ir-me embora. [...] É, mais ficá toda vida num dá, ficá muito tempo né, não num dá. [...] Eu vou pra São Paulo, nós tem casa lá. [...] É na Vila Bruna. [...] Pra lá da Lapa, passou a Freguesia, vá em frente, tem a Vila Zatti, a Vila Bruna. É lá o bairro meu, pru mato num vô mais não (estava se referindo a chácara que ele tomava conta).”

Este paciente trabalhava de caseiro em uma chácara quando, uma noite, entraram ladrões que lhe deram um tiro no pé (*mostrou o mesmo com uma cicatriz e uma deformidade*). Foi hospitalizado e, após alta hospitalar, foi transferido para a instituição onde permanece até hoje. Tem desejo de sair e ir para junto de sua família, como relatou acima.

✓ **Idosos que aceitam a situação de internação.**

Dos 17 pacientes entrevistados somente três apresentam aceitação sobre o fato de estarem em situação de institucionalização.

Durante a entrevista, o paciente E.M.S. deixa claro, em sua fala, que não manteve contato com a família por não ter tido condições para isto. Demonstra gostar da instituição e afirma:

“[...] Eu falei pro Paulinho (outro interno) que quando eu for sair daqui, vou ver meu povo. [...] Em Salvador, Bahia e depois de lá, eu vou até lá. [...] Eu vim pra cá em 62, faz muitos anos que eu tô pra cá”.

É muito fechada e introspectiva; mostrou-se saudosa de seus familiares e de sua cidade, porém se adaptou no hospital e o toma como se fosse sua própria casa. Diz sentir saudades, mas gostar do hospital. Já está acostumada ao local, pois está internada há muitos anos.

A entrevista com B.P. foi tranqüila; mostrou-se muito simpático e resignado com a sua situação. Durante a entrevista demonstrou alegria e afirmou ser agradecido a Deus por estar abrigado na Instituição, Considera-a seu novo lar. Afirma:

“[...] E agora eu tô aqui! [...] (falou rindo) É eu tenho que ficá aqui, até o dia que eu melhorá não? Pelo menos aqui eu me trato. [...] Ah sim.”

É um paciente que faz uso de sonda vesical de demora, anda com muita dificuldade e usa fraldão à noite; não consegue ir ao banheiro sozinho. É bastante lúcido e apresenta diminuição na audição. Pela

deficiência, a entrevista foi realizada com grande proximidade, sendo muito repetitiva.

Interno agitado é M.M.C. É amputado bilateralmente e muito revoltado; tornou-se morador de rua por etilismo crônico. É angustiado e não se conforma com a sua situação.

“[...] Eu quando vim pra cá, o pessoal é muito bom, não posso reclamar, as enfermeiras e todo mundo são muito bacana, eu não esperava que ia encontrar um céu, e aqui é um paraíso, graças a Deus, tô muito contente aqui. [...] Famia (referindo-se a sua família) parece trem, na hora que eu trabalhava, que eu tinha recurso, eu tinha famia, na hora que eu precisei me abandonaram, mais Deus é tão bom, que surgiu muitas mãos amigas, que hoje eu to feliz e não sabia, graças a Deus”.

Apesar de tudo, é magoado, porém resignado. Tornou-se morador de rua por etilismo crônico e por vezes, ficou em albergues e culpa a família por isto.

➤ **Percepção dos Idosos sobre a Situação de Abandono.**

A percepção dos idosos entrevistados sobre as condições de internação e da permanência em instituição de retaguarda e de um possível abandono segue um modelo de similaridade entre as respostas de cada um dos sujeitos da pesquisa, visto que os internos, apesar de se expressarem de forma variada e distinta uns dos outros, demonstraram desolação, tristeza e decepção, além de um inconformismo por estarem confinados em um local em que não gostariam de estar, alijados do relacionamento com seus entes familiares.

Invariavelmente os internos apresentavam em suas falas a esperança de que, a qualquer momento, seus familiares os levariam para suas casas. Esta percepção fica expressa pelo fato de não se preocuparem em tornar pessoal o local onde vivem, de forma que os quartos, os locais de higiene pessoal, os armários para guarda de pertences e todos os seus objetos e utensílios ficam dispostos de forma estratégica para, a qualquer momento, poder ser retirado, demonstrando que tudo está arrumado a espera de uma possível mudança.

A simples observação do espaço físico aponta para a inexistência da caracterização de um lar ou de um toque pessoal no ambiente, tudo parece ser transitório como se, a qualquer momento e com facilidade, pudessem ser recolhidos para uma mudança.

Ressalta-se que grande parte dos pacientes possuía independência e autonomia para realização de suas atividades, e talvez, por esta razão, não sentiam o ambiente como local próprio, que de fato e direito pertencesse a eles. Diante desta percepção e da impossibilidade de alterar esta realidade o que resta é a resignação e o conformismo, em alguns casos expressos de forma implícita em suas falas.

A sensação de abandono também ficou clara nas falas e, principalmente, nas observações que foram feitas durante a entrevista. Os olhares perdidos, as pausas longas durante o discurso, os olhares de tristezas e melancolia, o choro contido (e por vezes expresso), as entonações de vozes que mostravam emoções variadas, apontavam para a percepção deste sentimento.

Ao entrevistar o paciente J.M.S. ficou patente a sensação de desolação e tristeza que se constatava por intermédio de um discurso impreciso e confuso:

“[...]Eu fico aqui por que sou de Pernambuco, eu não tenho ninguém aqui em São Paulo, não tenho ninguém [...] eu não tenho o que reclamar, não tenho o que e falar, não tenho o que dizer, não tenho uma resposta pra dar, eu não gosto por este motivo, não tenho o que dizer.”

Ao ouvirmos o paciente M.J.C. podemos perceber a tristeza em seu tom de voz que demonstra sua resignação frente á uma situação em que nada pode fazer, situação que exprime uma sensação sutil e, ao mesmo tempo, profunda, de abandono:

“[...] ela diz que tinha oitenta e cinco anos, num podia mais cuidar de mim [...] eu até tô esperano ela, a dona ligou pra ela trazer fralda pra mim [...] eu gosto daqui, sô bem tratada, não tenho o que falar daqui, pelo menos tirei o peso das costas da minha mãe, né? Eu era um peso e saí “

Sempre, ao se referir que estava bem, usava frases enfáticas seguidas de um período, por vezes longos de total introspecção. Após ficar pensativa retornava a falar reafirmando que estava bem.

“[...] Eu tô bem aqui, graças a Deus [...] mamãe é crente, ela é nervosa, ela briga muito, eu ficava nervosa, ficava doente, eu não sei que Deus é esse que ela serve [...] quem recebia a pensão era ela, aí passou para minha irmã receber, ela ficou com raiva e não veio mais aqui não. Deus que abençoe ela, que tenha paz”

Percebemos, ao ouvir o paciente, Senhor J.V.V., a sua frente a situação de abandono e de não poder revertê-la.

“[...] Eu não gosto daqui porque, é o seguinte: eu quero liberdade, eu quero viver a minha vida própria, eu não tenho nada, não tô doente, sei falar, ando bem graças a Deus, entendeu como é que é, eu quero é liberdade e aqui não tem.”

O paciente continuou falando com um tom muito irritado, mostrando uma percepção negativa da situação de internação em que acaba por ficar na dependência de pessoas que não confia, no caso sua filha, a qual não possui regularidade nas suas visitas. Aqui o abandono é sentido de uma forma mais velada, a medida de que a consciência do paciente se abre para o fato de que sua filha somente se interessa pelos bens dele..

“ [...] Eu sei, eu concordo com o senhor, eu tô internado, mas uma chance tinha que ter, ir ao banco e voltar não é pecado nenhum, não atrasa ninguém. [...] com minha filha não, ela é muito esperta e eu não quero, entendeu como é que é, então eu não quero, ou eu vou sozinho ou não vou”.

Sentimentos de resignação e desconsolo puderam ser observados no discurso do paciente J.B.M. Os sentimentos de tédio e abandono se manifestam em sua fala:

“[...] Aqui tá bom graças a Deus. Recuperei facilmente né! Tô a quatro anos já que tô aqui, vai pra quatro anos. [...]Num faço nada, como, beber e dormir e jogar dominó. (riu). [...] perdi, ganha, distrai muito né! [...] Me sinto bem, bem mesmo”.

A entrevista com o paciente, Senhor C.A. revelou um nítido desconsolo e decepção. Pode-se, ainda, observar uma forte esperança de ser levado para casa, saindo assim do abandono em que se encontra na Instituição.

“[...] Vou para a casa dos meus filhos. [...] Não, é tudo, é tudo é (titubeou, gaguejou). O que eles queria, é que eu tivesse com eles, mas com isso aqui (apontou para o fixador externo na perna), eu não podia estar em casa, porque tinha que cuidar disso aqui todos os dias”.

Continuou a falar num tom desolador tentando encontrar justificativas para o fato de continuar internado e estar abandonado:

“[...] Não, gostar pelo menos sim, as pessoas aqui me trata bem, eu tenho o maior carinho por eles, quem eu vejo que não dá pra conviver, eu saio fora, eu já evito essas pessoas. [...] Eu, pra mim aqui eu me sinto em casa, só que sinto em casa num ponto, tô sendo tratado, o que é necessário, mas se eu tivesse fora daqui, era outra coisa que eu faria, era trabalhar, porque aqui o trabalho que a gente tem aqui é comer, brincar de dominó, dormi, é só isso, isso aí pra mim é uma coisa que me pesa porque eu toda vida trabalhei, comecei a trabalhar com a idade de nove anos e eu se Deus quiser, a hora que eu sair e tirar isso aqui (apontou de novo para o fixador), eu vou continuar o meu serviço”.

Ante a impossibilidade de poder ser levada para o convívio com sua família, a paciente B.M.M. demonstrou de forma nítida, em seu discurso, a desolação, decepção e tristeza, ante a impossibilidade de ter sua situação alterada. Diante deste fato, apresenta como justificativa para o seu abandono o fato da filha possuir um filho com problemas (sic).

“[...] Não, ela me trouxe aqui. [...] Ah, porque, sei lá. A minha filha num quis que eu ficasse morando com ela, num tenho casa, então me trouxeram aqui. (Falou com voz de choro e muito triste, quase chorando). [...] Não, não vem muito, ela tem um filho

com problema. [...] Gosto daqui né, pelo menos eu tenho sossego. Eu fico lá no quarto. [...]Não vejo televisão, num tem lá no quarto”.

A fala da paciente Senhora J.A.J. carrega uma angústia muito grande, associada com uma forte depressão, desilusão e muita tristeza que pode ser apreendida em seu relato e nas manifestações não verbais apreendidas durante a entrevista:

“ [...] Eu vim pra cá porque eles quiseram me trazer pra cá, lá ficava muito ruim prá eles. Aqui eu fico bem. [...] Minha filha me trouxe. (começou a chorar, silenciou-se por algum tempo)”.

Após algum tempo em silêncio, voltou a falar com uma certa dificuldade em abordar o assunto.

“[...] Fiquei no outro hospital mais ou menos 6 meses. Sou diabética, minha família não vem me visitar, minha filha só vem quando peço para a enfermeira chamar. [...] Sou aposentada e minha filha recebe a pensão. Minha filha não tem condição de cuidar de mim. (começou a chorar e não quis mais falar no assunto)”.

O relato do paciente A.L.E.S. apontou para um forte teor de sentimento de impotência, Além deste sentimento de impotência também ficou marcante o sentimento de resignação por não poder mudar a situação de internação e de percepção de abandono.

“[...] Tem, tem uma fía, só que, tenho uma fía. [...] visitá! Vem não. [...] eu não tenho família, minha mãe mora longe, meu pai Deus levô. [...] A fía é aquela que eu falei pro

senhor. Ela queria vendê a casa lá. [...] Ela vende e eu vô morá em baixo da ponte?”

Continuou falando de uma maneira risonha, porém denotava clara mágoa em sua voz, Evitou falar sobre sua permanência no hospital, até que, após ser instigado, resolveu falar:

“[...] Faz tempo que tô aqui, uns cinco anos parece. Bom na minha conta. [...] gosto daqui né! [...]tratam muito bem, graças a Deus, eu num posso falá daquí não, porque eu gosto daquí, viu?”

Durante a entrevista do paciente L.G.P.O. ficou muito claro sua manifestação de resignação e o desapego à família. Esta resignação pode ser justificada pelo fato de que o interno está muito doente, muito debilitado e precisa de cuidados especiais. Apesar da resignação, observa-se a vontade e a esperança de poder sair do hospital e retornar para a casa para viver com os irmãos:

“[...] Porque num souberam. [...] Num souberam por causa de um tiro que eu tumei. [...] Gosto, aqui eu do café pros otros, ajudo. [...] É tô esperando um parente vim mi buscá. [...] A Dona Edite, uma irmã minha mai véia.”

A entrevista foi feita sem esforço, porém o paciente não desenvolvia uma conversação livre e solta. Apesar de possuir uma personalidade alegre, sua fala era pouco fluída, limitando-se a responder somente o que lhe era perguntado sem prolongar a conversa:

“ E a sua irmã a Dona Edite quando vem buscar o senhor? [...] Ela num tem marcação não. Não? Não, mais eu tô com vontade de ir-me embora. O senhor está com vontade de ir embora? É, mais ficá toda vida num dá, ficá muito tempo né, não, num dá. E o senhor

vai pra onde? *Eu vou pra São Paulo, nós tem casa em São Paulo lá.*”

A paciente Senhora E.M.S. demonstra um grande sentimento de resignação frente a situação de internação, porém demonstra não gostar de estar internada:

“[...] Eu não gosto não. [...] Porque aqui é hospital. É hospital, não dá certo, aqui é casa de repouso né! [...] Como bem, durmo bem. [...] Ajudo os outros, o que dá pra fazer eu faço. [...] Minha família o que é que tem? [...] Porque não deu pra viver junto. [...] Casamento feito pelo juiz, não deu certo, fui pra lá, ele foi pra cá, não dá pra obriga a ficar junto e depois a patroa trouxe pra cá, fiquei internada.”

O paciente B.P. manifestou sentimento de resignação e conformismo pelo momento que este está passando. É um interno que necessita de cuidados especiais, usa sonda vesical de demora, bastante dependente. Deambula com muita dificuldade e sua resignação de deve ao fato de não possuir mais nenhum familiar vivo:

“[...] me encontraram deitado na cama, chamaram o pessoal do IBAMA, e me trouxeram pra cá pro hospital (pensou um pouco), e agora eu tô aqui. (falou rindo), é eu tenho que ficá aqui até o dia que eu melhorá não? [...] Pelo menos aqui sô tratado.”

Na realização da pesquisa, um paciente que se mostrou inconformado com a situação de internação é o paciente M.M.C. Ficou claro em seu discurso que não aceita a situação em que vive:

“[...] Eu quando vim pra cá, o pessoal aqui é muito bom, não posso reclamar, as enfermeiras e todo mundo são muito bacana, eu não esperava que ia encontrar um céu, e

aqui é um paraíso, graças a Deus, tô muito contente aqui. [...] Fico sentado, não tenho outro recurso pra mim, não tenho o que fazer. [...] Fui mestre de obra e hoje minha situação é essa. [...] Fama parece trem, na hora que eu trabalhava, que eu tinha recursos, eu tinha fama, na hora que eu precisei me abandonaram, mais Deus é tão bom, que surgiu muitas mãos amigas, que hoje eu tô feliz e não sabia, graças a Deus.”

Na fala do paciente Senhor L.A.S. ficou claro que ele não se conforma com a sua situação, sentes-se abandonada e infeliz:

“[...] Não saio da cama. [...] Estou cansado de chamar e pedir para mim sair e para me tirar da cama, chamo as enfermeiras e elas reponde; já vou e não vem, dizem que vai chamar mais uma e não vem”.

O paciente chorou muito durante a entrevista, sente-se muito excluído e ficou o tempo todo com o olhar perdido e muito pensativo.

“[...] Quebrei o osso da perna na cadeia e de lá fui hospitalizado e transferido para cá. [...] Nunca tive filho. {...} Meu pai judiava muito de mim e minha mãe também judiava muito de mim”.

O paciente M.B. mostrou resignação frente a sua situação. Dificuldade nas atividades funcionais o impedem de cultivar uma relação mais próxima com os outros internos, culminando na sensação de impotência e abandono:

“[...] Não me levaram ainda porque eu não tô bom ainda, não dá pra mim andar, eu não tô bom mas, eles vem aqui no domingo agora, todos eles vem me visitar, são três filhos eu tenho. [...] Gosto, mas tô aqui deitado. [...] Fico sentado, eu ando, é um sacrifício pra

mim andar de lá pra almoçar e jantar, pra vim pra cá , então eu fico deitado, que é mais prático ficar deitado”.

O paciente Senhor F. C. N. não possui família e não tem para onde ir:

“[...] Foi a assistente social que mandou, foi ela lá no hospital que arrumou aqui. [...] Aqui é bom, é aqui, é que não tem remédio, isso aqui tá sarando na marra, eu tô esses dias todos deitado, já ta quase sarado já, isto aqui tava desta altura, inchado, (mostrou a região do tornozelo que estava muito edemaciado), agora está querendo voltar ao normal e nêgo ainda pergunta por que eu não ando, porquê eu não ando, aqui tá duro né! Aqui onde quebrou, quebrou aqui (mostra a região da perna onde fraturou). [...] Gosto muito daqui, mas se eu ficar deitado como eu tô, isso aqui tá disinchando e vai ficar bom”.

A paciente Senhora E. C. F. mostrou-se bastante resignada e conformada com a sua situação, visto sua filha não poder ficar com ela porque já cuida de seu pai em casa. Sua fala exprime dor e amargura.:

“[...] Fui pro hospital por causa da perna, teve derrame na perna. [...] Foi meu marido que me internou. Meu marido também é doente, tá numa cadeira de roda. [...] Tive alta do hospital, vim pra cá de novo, hã? [...] Porque eu gosto daqui, não posso falar nada pro senhor, por que eu gosto muito deste hospital aqui. [...] Não eles já levou eu pra casa já, já levou e depois voltei de novo, eu gosto muito daqui”.

Já o paciente Senhor G. A. O. mostrou-se também conformado e até aliviado, visto que não tem família e necessita de tratamento, desta forma o hospital é a melhor solução para ele, conforme relatou:

“ [...] Faz tempo que fui internado. [...] Não fui porque não me dou com eles. [...] Problema pessoal mesmo. [...] Pra mim é boa a vida aqui.

[...] Só passeio, só passeio pra lá, pra cá, converso com amigos, converso com outro, jogo dominó, jogar aquele com o outro. Se ele vai jogar (Estava falando de um outro interno) eu tô lá, ele entra no meio, joga também. [...] A turma aqui é unida, é unida a turma, se tão jogando, então se espera sair um para jogá. [...] Eu fico de vez em quando na televisão, vou um pouco lá para fora porque aqui não tem muito que fazer.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os vários autores que fundamentam teoricamente o objeto desta dissertação apresentam a situação brasileira, que não se difere da situação mundial, no concernente ao envelhecimento da população. É fato que o envelhecimento traz alterações na estrutura e vida dos indivíduos idosos, assim como é fato que nem todos estão preparados para, de forma autônoma, poderem viver plenamente esta fase de vida.

A questão do abandono faz parte de um tema que não possui um referencial teórico amplo. São escassos os materiais que apontam para esta temática, mostrando a necessidade da realização de estudos para que possamos melhor compreender esta situação, a que muitos idosos acabam por se deparar. Não foram encontrados estudos que mostrassem dados sobre o abandono do idoso em situação de alta hospitalar, apesar de ser este um fato que acontece diariamente nos hospitais.

Procurar dados estatísticos sobre o encaminhamento de pacientes idosos às Instituições requer uma incursão aos departamentos de serviço social dos hospitais, visto não ser este um fato de notificação oficial para os órgãos públicos. A situação de abandono e de envio de pacientes aos serviços de retaguarda é tratada como simples dinâmica burocrática e cotidiana dos hospitais. Os registros são feitos, muitas vezes, em simples livros de encaminhamento.

Percebemos, nos locais da realização de pesquisa, que os fatores que levam o idoso ao abandono são múltiplos. Vários dos entrevistados apresentaram-se em situação de fragilidade e dependência, tal como Herédia et al. (2005) afirma em sua obra.

Diante da multiplicidade de fatores que podem levar ao abandono, vale ressaltar que as situações que são geradoras deste sentimento para

alguns idosos podem não o ser para outros, visto as circunstâncias objetivas e subjetivas de cada indivíduo e de como cada um faz o enfrentamento deste fato.

Muitos dos idosos sofreram o abandono por que a família não tinha estrutura para os cuidados necessários e não por falta de interesse ou por descaso com os mesmos. Dificuldade financeira foi percebida como fator para a internação de alguns dos idosos entrevistados, assim como outros, foram encaminhados para internação devido a estado de saúde e de perda e funcionalidade que dificultava os cuidados e a relação em casa, tal como é apontado nos trabalhos de Garrido e Almeida (1999).

A institucionalização também pode acontecer pelo não cumprimento do Estado nas obrigações para com os idosos, delegando muita responsabilidade à família, a qual, nem sempre, tem condições de arcar com a responsabilidade dos cuidados, por falta de orientação, de estrutura financeira e até mesmo por falta de conhecimento em como lidar com as disfunções e necessidades especiais de um paciente velho. Estas situações foram relatadas por diversos pacientes durante a realização deste trabalho.

Perda dos vínculos afetivos por parte dos familiares ocorre em alguns casos, principalmente quando estão relacionados à idosos que já haviam cultivado uma certo distanciamento familiar, geralmente provocados por hábitos desregrados de vida, tais como etilismo ou mesmo por desavenças familiares. Situações de sub-empregos de alguns idosos, forçando-os a se separem da família e viverem nos locais de trabalho (por exemplo em obras de construção civil), também contribuem para o distanciamento e perda de vínculos.

Outros dois fatores que puderam ser observados e que colaboram para a perda dos vínculos familiares e, conseqüentemente, ao abandono dos idosos nas instituições de retaguarda são, a violência cultivada pelos

idosos contra seus familiares e o fato de não possuírem renda própria para sua subsistência, visto não terem direito a aposentadoria. Ressalte-se que a violência sofrida pelo idoso por parte da de sua família, também é fator desencadeante de seu isolamento e abandono.

Quanto ao perfil sócio-econômico dos idosos abandonados participantes deste estudo, observou-se que a maioria apresentava formação educacional e profissional precárias, não possuindo profissões definidas e poucos gozavam do benefício da aposentadoria. Vale dizer que alguns dos pacientes percebiam aposentadoria e possuíam habitação própria, porém a família era quem usufruía destes benefícios. Raros os idosos que usufruíam de sua aposentadoria, sendo as mesmas destinadas para a compra de produtos de higiene e cuidados pessoais do interno.

Assim como os idosos tem a tendência de silenciarem-se frente às agressões e violência e, até mesmo negar maus-tratos, advindos de seus familiares, o abandono também é um fato ao qual o idoso, por vezes, se esquivava de confidenciar ou de admitir. Seja por vergonha, por precaução ou por querer aliviar a responsabilidade e a omissão de seus familiares.

As entrevistas mostraram uma tendência quase geral de o idoso, se não negar, pelo menos de querer justificar a sua situação de abandono. Não entendemos que exista uma predisposição para os mesmos explicarem esta situação, visto que a percepção muitas vezes se dá em nível inconsciente, porém muitas justificativas foram apresentadas.

É claro que algumas justificativas para a o abandono são pertinentes e partem de um entendimento claro e preciso, por parte do idoso, sobre os motivos que levam os familiares a adotar esta ação, porém somente captamos um caso em que a paciente recebia as devidas atenções por parte de uma irmã. Em alguns casos a família realmente não tinha condições de

acolher o idoso, mas não se esforçavam para manter um bom vínculo de atenção, de forma que não mantinham uma rotina de visita regular.

Na verdade o que se encontrou como forma do idoso encontrar uma justificativa para sua internação e não acolhimento em seu lar foram os fatos narrados sobre estarem abrigados, recebendo medicação e tratamento de profissionais, o que não conseguiriam se eles estivessem fora da Instituição de retaguarda.

Outra justificativa se prendia ao fato de serem bem tratados e receberem alimentação e hospedagem de boa qualidade. Vale apontar aqui, o fato de que alguns pacientes não possuíam lar e nem familiares, de forma que, mesmo desejando ter uma vida autônoma e livre, a internação ainda era uma opção de viver com dignidade.

A forma de apresentação das justificativas, em sua maioria das vezes, não era convincente. A verdadeira percepção dos idosos frente à situação de internação e de abandono estava muito mais impressa na comunicação não verbal do que no discurso dos pacientes.

Apesar das frases manifestarem conformismo e resignação por parte da maioria dos internos, os choros, os olhares perdidos, as pausas na narração, os olhares melancólicos, as entonações de voz, os movimentos e gestos, demonstravam uma disparidade entre o que se falava e o que se sentia.

A verdadeira percepção sobre a situação estava contida na fala de poucos idosos que se manifestaram coerentemente com o sentimento de entendimento real e de inconformidade com a situação. A maioria que se dizia conformada, apresentava ações que demonstravam o contrário. Os sentimentos de tristeza, amargura e melancolia eram flagrantes. Muitas falas

deixavam escapar a verdade dolorida da percepção do abandono e do isolamento.

Alguns pacientes que possuíam melhores condições físicas tentavam ser úteis, fazendo atividades que amenizavam o sentimento de tédio e de inutilidade. Outros se resignavam em se manterem isolados e distantes do convívio. Na verdade as formas de enfrentamento da situação eram diversas.

Podemos compreender que, em alguns casos, o sentimento de resignação e conformismo, criava uma forma de enfrentamento para sublimar a verdadeira percepção do abandono e os sentimentos de tristeza e amargura. Não existe o receio de afirmar que a verdadeira percepção dos idosos frente à situação não era de um sentimento positivo. Os verdadeiros sentimentos sobre a situação de abandono foram nitidamente expressos em todas as formas de comunicação, verbais e não verbais. São sentimentos de tristeza, amargura, desconsolo e desilusão.

A esperança ainda é um dos sentimentos que impulsionam o desejo de viver destes idosos porque, diante das agruras da vida e da situação atual a que estão expostos, diante de sentimentos (e ressentimentos) dolorosos, a vontade de ganhar novamente a liberdade, fora do hospital e no convívio com seus familiares é flagrante e real e pode ser apreendida na declaração da maioria dos entrevistados ao dizerem que *“um dia ainda vou voltar para casa”*.

Para concluir, apontamos algumas considerações:

- Dada a inexistência de dados e de estatísticas de encaminhamento de idosos a instituições de retaguarda, faz-se necessário pensar na criação de uma notificação oficial aos órgãos públicos de saúde.

- Face à escassez de referenciais teóricos e de pesquisas sobre abandono de idosos, é imperioso o desenvolvimento e estímulo de estudos sobre o tema.
- O Brasil possui leis que oferecem amparo ao idoso, porém existe um descompasso entre a legislação e o cumprimento das mesmas, tanto por parte da família, quanto da sociedade e do Estado. Associamos a isto, a falta de desenvolvimento de programas e de políticas de saúde pública, especialmente àquelas que visam a população idosa.
- Impõe-se a criação de programas para orientação e preparação das famílias para o acolhimento, o tratamento e o cuidado dos idosos.
- Considerando a importância do ser humano nas dimensões sociais, políticas, econômicas, éticas, morais e espirituais e o idoso como um ser humano que trilhou o caminho da infância, juventude e maturidade, chegando ao ápice da experiência humana, sugerimos o desenvolvimento de políticas de educação e de cidadania para preparar nossas crianças para o relacionamento, para o acolhimento e para o cuidado com nossos idosos.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, L. G. D. et al. Promover a Vida: Uma Modalidade da Fisioterapia no Cuidado à Saúde de idosos na Família e na Comunidade. **Revista Saúde.Com**, v. 2, n. 1, pg. 50/58, 2006.
- BITTAR, O.J.N.V. *Hospital, Qualidade & Produtividade*. São Paulo: Sarvier, 1996. In: COSTA, R.D.C.; SPINOLA, A.W.P.; TOLOSA, E.M.C. **Modelo metodológico organizacional aplicável a gestão de Instituições de longa Permanência para Idosos**. Ver. Brasileira de direito Médico. 5 ed., 2003.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei Federal nº 8.842**, de 4 de janeiro de 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, DF, 5 jan. 1994
- _____. **Lei Federal nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002.
- _____. **Lei Federal nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.
- _____. **Resolução Federal nº 283/2005/RDC/ANVISA**, de 27 de setembro de 2005. Aprova o regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Diário oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G ; ALLUM, N.C. Qualidade, Quantidade e Interesses do Conhecimento – evitando confusões. In: **Pesquisa Qualitativa com texto, Imagem e Som**. BAUER, M.W. & GASKELL, G (orgs.). Petrópolis, Rio de Janeiro. Editora Vozes. 2003.
- BEAUVOIR, S. **A Velhice** . Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1990
- BRAGA, P.M.V. **Direitos do idoso: de acordo com o Estatuto do Idoso**. São Paulo: Quartier-Latin, 2005

- CABRERO, G. **Participación social de las personas mayores**. Madrid: Immerso, 1997
- CAIROLI, C. E. D. Deficiência Androgênica no Envelhecimento Masculino. (DAEM). **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n.4, pg. 291-299, out./dez., 2004.
- CALDAS, C.; UCHOA, E.; GIACOMINI, K.; COSTA, M.F.F.L. **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais e de gênero e saúde dos idosos no Brasil**. 2002. Disponível em:[http://216.239.51.104/search?q=cache:V8r0m9HjT7mj:www.unati.uerj.br/doc.gov/destaque/ouro preto.doc+po1%C3%ADticas+sociais+idosos&hl=pt-BR](http://216.239.51.104/search?q=cache:V8r0m9HjT7mj:www.unati.uerj.br/doc.gov/destaque/ouro+preto.doc+po1%C3%ADticas+sociais+idosos&hl=pt-BR). Acesso em: jan.2008.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
- CARVALHO, J.A.M., GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. de Saúde Pública**, São Paulo, 2003; 19- p. 725-53
- CASARA, M.; HERÉDIA, V.; CORTELLETTI, I. A realidade do idoso institucionalizado. **Rev. Textos Sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n 2, p. 9-31, 2004.
- CHAIMOWICZ, F.; GRECCO, D.B. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p.454-60, 1999.
- CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- COELHO FILHO, J.M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2000; 34 p. 666-71.
- COMCIÊNCIA. **A política nacional do idoso: Um Brasil para todas as idades**, 2002. Disponível em <http://www.consciência.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>. Acesso em: 10 abr. 2009.
- COSTA, M.F.L.; GUERRA, H.L.; BARRETO, S.M.; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2000, 9(1). P. 23-41
- CREDITOR, M.C. **Hazards of hospitalization of the elderly**. *Ann. Inter. Méd.* 1993, 118 p. 219-23

- DALARI, S.G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n.6, p. 592-601, 1996.
- DEBERT, G.G. Antropologia e estudo dos grupos e das categorias. In: Moraes M.; Barros, L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro> Fundação Getúlio Vargas, 1998. p 49-67
- DUBLER, N.N. *Improving the discharge planning process: distinguishing between coercion and choice.* **Gerontologist**, 1998: 28 (supl), p. 76-81.
- FERNANDES, .G. et al. Processo do pensamento alterado em idosos na vivência asilar. **Nursing**, 2001. mar, 34, p. 22-5
- FREITAS, E. V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro. Editora Koogan. 2002.
- FREITAS, M.C.; MARUYANA, S.A.T.; FERREIRA, T.F.; MOTTA, A.M.A. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria:Revisão da literatura. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**.v. 10 n^o 2. Ribeirão Preto. Mar/abr. 2002.
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, O.P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arq. Neuropsiquiatria**, 57 (2B), 1999, p. 425-34..
- GATTO, L.C. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.
- HERÉDIA, V.B.M.; CASARA, M.B. **Tempos vividos: Identidade, memória e cultura do idoso.** Caxias do Sul: EDUCS, 2000). Disponível em http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1517-59282005000300002&1n... Acesso em 25 abr. 2008
- HERÉDIA, V.B.M.; CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B. Abandono na velhice. **Textos sobre Envelhecimento**, v.8, n.3. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo/php?script=sci_artextt&pid=S1517-59282005000300002&in... Acesso em: 24 abr 2008
- IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000.** Disponível em http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/perfil_idosos.html Acesso em 03 mar 2009
- JÚNIOR, J. E. R. et. al. Causas e Prognósticos da insuficiência Renal Aguda Hospitalar em Pacientes Idosos. **Rev. Ass. Méd. Brasil**, v 46, n. 3, 2000, p. 212-17.

- KARCH, U.M. Idosos dependentes: família e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, vol 19, nº 3, Rio de Janeiro, jun 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20030030019... Acesso em 03 abr 2009
- KAUFFMAN, T.L. **Manual de reabilitação geriátrica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.
- KUSOMOTA, L. et. al. Idosos com Insuficiência Renal Crônica: Alterações do Estado de Saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.3, maio/junho, 2004.
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. v 2. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.
- LOYOLA FILHO ET AL. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V.13 nº 4. Brasília. Dez 2004 Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S1679-4974200400040000. Acesso em: 03 abr 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2002**. Rio de Janeiro, 2003.
- LAFER, C. **A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**. São Paulo, Companhia das Letras, 2006.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E.D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1988.
- MARTINS, E.; MACHADO, F.F.; FONSECA, Y.X.F.; SAMPAIO, A.E.M. O significado da família e saúde para idoso: um estudo em instituições de longa permanência da cidade de São Paulo. X Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde – **COMSAÚDE**, São Paulo: 2007.
- MINAYO, M.C. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 22º ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- _____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro; HUCITEC/ABRASCO. 2000
- NERI, A.L. **Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas: Editora Unicamp, 1991.

- O.M.S. **Uma contribuição da Organização Mundial da Saúde para o Segundo Encontro Mundial sobre Envelhecimento**. Madri, 2002. p.8
- PAPALÉO, M.N. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- PICHON, E.R. **Teoria do vínculo**. 1º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- PIROTTA, W.R.B., PIROTTA, C.K.M. *O adolescente e o direito à saúde após a constituição de 1988* In: BRASIL: Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento**, vl 1. Brasília, DF, agosto, 1999. p 303
- PITTA, P.I.M. Direitos humanos: a concepção do idoso em tempos pós-modernos. In: MADALALOZZO, A. **Da inteligência ao coração e à ação**. Porto Alegre: [sn], 2003, p. 57-68.
- POMÍLIO, R. **A violência contra o idoso**, 2007. 09 f. (monografia) PUC. São Paulo, 2007
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, *São Paulo. Cad Saúde Pública*. Vol. 19 nº 3. Rio de Janeiro, jun 2003
- REDANTE, D; BACKES, D; SCWARTZ, E.; ZIEKE, K.C.R.; LAGO, S.M. Cuidando o idoso e a família. **Fam. Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.7, nº 2, p. 158-63, mai/ago, 2005.
- SÁ, J.L.M.A. Formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap. 137, p. 119-24
- SHAPIRO, H.L. **Homen, cultura e sociedade**. São Paulo :Martins Fontes 1982.
- SILVA, R.P. **Estatuto do idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades?** Jus Navigandi, Terezina, ano 10 nº 898, 18 dez. 2005. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7723> Acesso em 10/abr/2009
- SIQUEIRA, T.L.; BOTELHO, M.I.V.; COELHO, F.M.G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 7 nº 4, Rio de Janeiro, 2007.

- SIQUEIRA, A.B.; CORDEIRO, R.C.; PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Saúde Pública** 2004; 38(5); 687-94.
- SPIELMAN, J.B. Financially motivated transfers and discharges: administrator's ethics and public expectations. **J. Méd Humanities Bioeth.** 1988; 9:32-43.
- TAVARES, S. **Histórico da enfermagem em geriatria e gerontologia.** *Nursing, set., p. 20-5, 1998.*
- TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003.
- VECCHIA, R. D. et. al., Qualidade de Vida na Terceira Idade: um conceito subjetivo. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, pg. 246-252, 2005.
- VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, 2003.
- _____ Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10) 2463-66, 2007
- WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.** 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE ABANDONO APÓS ALTA HOSPITALAR.

1. Fale-me um pouco de sua vida, de seu dia-a-dia, do que costuma fazer, do que gosta e não gosta, de sua família, etc.¹¹
2. E a sua saúde, como está?
3. Por quantas vezes esteve internado? Por quanto tempo?
4. Sua última internação ocorreu quando? Por que foi internado? Quanto tempo ficou no Hospital?
5. Pelo que sei o(a) Senhor(a) não foi recebido pela família quando teve alta? O que aconteceu? Como se sentiu? Para onde foi?
6. Como vê o fato de sua família não o ter recebido?

OBS: A cada resposta dada foram introduzidos estímulos para falar mais ou fornecer outras explicações.

¹¹ Definimos esta questão como “detonadora”. Tem por objetivo instaurar um clima favorável e de confiança (empatia).

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO FORMAL DE PARTICIPAÇÃO NA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO PROGRAMA DE GERONTOLOGIA DA PUC-SP

Responsável: Profa. Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida

Mestrando: Antonio Flávio Orlandi

Eu, _____ RG _____
Residente à _____ nº _____
Bairro _____, na cidade de _____, Telefone _____, concordo em participar voluntariamente da pesquisa visando a realização da dissertação de mestrado em gerontologia, proposta pela orientadora, Profa. Dra. Vera Lucia Valsecchi de Almeida e pelo mestrando, Antonio Flávio Orlandi, denominada “Investigação sobre o Abandono do Paciente Idoso em situação de Alta Hospitalar”.

Estou devidamente informado(a) sobre a natureza e objetivos desta pesquisa, que visa levantamento de dados que serão coletados através da gravação de uma entrevista, a qual será posteriormente transcrita e compilada. Os dados obtidos serão utilizados para a realização da dissertação, garantindo-se total sigilo a respeito de minha identidade. Declaro-me ciente de que os dados coletados serão utilizados para fins científicos.

Eu li e entendi as informações contidas neste documento, bem como ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade. Ficou claro também que poderei, a qualquer momento, me abster da participação desta pesquisa.

Osasco, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do Voluntário

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre esclarecido deste participante do estudo.

Mestrando Antonio Flávio Orlandi

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](#)