

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA INTERAÇÃO COM IDOSOS
INTERNADOS EM HOSPITAIS GERAIS**

MARINÊS TAMBARA LEITE

Orientador: Prof^a. Dra. LUCIA H. TAKASE GONÇALVES

Porto Alegre, 2007

MARINÊS TAMBARA LEITE

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA INTERAÇÃO COM IDOSOS
INTERNADOS EM HOSPITAIS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Doutorado em Gerontologia Biomédica para a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Porto Alegre

2007

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(CIP)**

L533e Leite Marinês Tambara

A equipe de enfermagem e sua interação com idosos internados em hospitais gerais / Marinês Tambara Leite – Porto Alegre, 2007. 167f.

Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do rio Grande do Sul - PUCRS, 2007.

1. Enfermagem. 2. Gerontologia. 3. Geriatria. 4. Idoso. 5. Hospital.

I.Título

CDU: 616
616-083
616-053.9

Denise Barbosa dos Santos
CRB10/1756

Marinês Tambara Leite

**A equipe de enfermagem e sua interação com idosos internados em
hospitais gerais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande
do Sul, Doutorado em Gerontologia Biomédica para
a obtenção do título de Doutor.

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA

Porto Alegre, 25 de maio de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves (Orientadora)

Dr. Rodolfo Herbert Schneider

Dra. Marlene Teda Pelzer

Dr. Gabriel José Chittó Gauer

DEDICO ESTE TRABALHO:

À minha filha **Julia**, luz de minha vida.
Filha, obrigado por existires e, do seu modo,
ter entendido o porquê de meu afastamento
e minhas ausências temporárias.
Meu amor por você é incondicional e ilimitado!

Ao meu marido, **Alberto**, meu
companheiro de todas as horas.
Pela sua compreensão e incentivo permanente.

A meu pai **José Antonio** (in memoriam) e minha mãe **Julia**.
Pelos ensinamentos, pela vida
e pela família maravilhosa que construíram.

AGRADECIMENTOS

À minha eterna amiga, irmã de coração, Véra Lúcia Miron (*in memoriam*) pela amizade, carinho e “*insights do além*” nas horas que mais necessitei.

À minha orientadora Prof^a. Lucia Takase Gonçalves por ter acreditado em meu potencial, pelas contribuições, colaboração e incentivo constantes. Pelo conhecimento e defesa dos ensinamentos da enfermagem gerontogeriatrica.

A minhas irmãs e irmãos por compartilharem comigo as dúvidas, decisões e angústias. Agora dividam comigo os louros e as alegrias.

À s minhas cunhadas, cunhados, sobrinhas e sobrinhos que completam a minha grande família, tornando possível a continuidade dessa estrutura social.

Ao meu sogro e minha sogra por terem dado a vida a um filho admirável – meu marido - pela amizade e ajuda sempre que necessitei.

Helena, “Tata”, meus sinceros agradecimentos pela força, paciência e pelos cuidados incondicionais prestados à minha filha.

As minhas amigas e amigos pelo apoio, motivação e compreensão. Vocês constituem minha maravilhosa rede de suporte social.

Aos colegas do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí, pelo incentivo e apoio.

À Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Unijuí e ao Departamento de Ciências da Saúde, pelo incentivo e liberação para que eu pudesse concretizar mais essa etapa de minha formação.

Aos profissionais de enfermagem que integraram os sujeitos deste estudo, obrigada por terem contribuído na minha formação. Aprendi com vocês a ter um outro olhar sobre as questões do cuidado a idosos hospitalizados.

As direções dos hospitais que fazem parte deste estudo, pelo modo como me receberam, pelo acolhimento e por ter aberto as portas de suas instituições e prontamente fornecendo as informações solicitadas.

A Deus por iluminar toda minha trajetória, me dando paciência e equilíbrio em todos os momentos, contribuindo para que não desistisse.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA INTERAÇÃO COM IDOSOS INTERNADOS EM HOSPITAIS GERAIS

RESUMO

Introdução: O envelhecimento humano tem causado impacto na sociedade especialmente no sistema de saúde. A equipe de enfermagem é a responsável pelo cuidado de idosos internados, devendo possuir conhecimentos, habilidades e desejar atuar com este grupo etário. **Objetivos:** Identificar e analisar o contexto geográfico e socioeconômico da região de abrangência da 17^a CRS/SES/RS, a formação e o processo interacional dos profissionais da equipe de enfermagem no processo de cuidar de pessoas idosas no espaço hospitalar. **Métodos:** Pesquisa interpretativa, descritiva analítica, desenvolvida nos hospitais da região de abrangência da 17^a CRS/SES/RS. Participaram 15 enfermeiros, 40 técnicos e 19 auxiliares de enfermagem, que aceitaram realizar entrevista. Os dados numéricos foram analisados por meio de estatística descritiva inferencial e as informações subjetivas à luz do interacionismo simbólico. **Resultados:** O estudo evidenciou que o cuidar/cuidado de pessoas idosas constitui uma construção social, em que há *padrões no discurso simbólico dos profissionais de enfermagem, resultado da interação com idosos internados*. O tema central interconecta-se a duas categorias de análise: uma versa sobre a construção de significados a partir da interação social com idosos e a segunda a partir do cuidado a idosos no espaço hospitalar. Os profissionais ao interagir com idosos constroem símbolos positivos, refletindo no modo de cuidar de gerontes durante a hospitalização. O cuidado de enfermagem inclui: diálogo, saber ouvir, segurança, valorização das queixas e apoio dos familiares. **Conclusão:** A vivência interacional dos profissionais da equipe de enfermagem no processo de cuidar de idosos no hospital requer conhecimentos do processo de envelhecimento, políticas de atenção, prevenção de incapacidades, promoção do envelhecer saudável e tratamento de morbidades e reabilitação, visando um pensar e fazer da enfermagem gerontogeriatrica um novo modo de exercer sua práxis.

NURSING TEAM AND ITS INTERACTION WITH AGED PEOPLE IN GENERAL HOSPITALS

Introduction: Human aging has been causing impact on the society, especially in health system. The nursing team is the responsible to take care of aged people that are in the hospital, and the professionals must have knowledge, abilities, and the desire of acting with this age group. **Objectives:** identify and analyze the geographic and social-economical context of the area covered by 17^a CRS/SES/RS, as well as analyzing the qualification and the interaction process of the nursing team workers, in the care of aged people in the hospital environment. **Methods:** It is an interpretative, descriptive and analytical research. The investigation was realized in hospitals placed in the area covered by 17^a *Coordenadoria Regional de Saúde/RS*. 15 nurses, 40 technicians, and 19 nursing assistants were the study's actors. Numeric data was analyzed by inferencial descriptive statistics. Subjective information was analyzed to the light of symbolic interactionism. **Results:** The research showed up that taking care of aged people is also a social construction, in which there are *patterns in nursing professionals' symbolic discourse, resulting from the interaction with aged people in the hospital*. Central theme is connected to two analysis categories: the first one is about the construction of meanings resulting from the social interactions to the aged, and the second one from the care to the aged in the hospital environment. When the professionals interact with the aged, they construct positive symbols, which are reflected in the way they take care the elders during hospitalization. Nursing care includes: dialog, know how to listen, assurance, claim's appreciation and families' support. **Conclusion:** Nursing team professionals' living during the process of taking care the aged people in the hospital requires knowledge about the aging process, also about policies of attention to the aged ones, prevention of functional incapacities, promotion of a healthful aging process, and treatment for morbidities and rehabilitation, with the goal of thinking and making from gerontogeriatric nursing a new way to exercise their praxis.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE TABELAS.....	13
INTRODUÇÃO.....	14
1. OBJETIVOS	23
1.1 Objetivo geral.....	24
1.2 Objetivos específicos.....	24
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1 Dados demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional.....	26
2.2 Teorias sobre envelhecimento humano.....	31
2.3 Interacionismo Simbólico.....	38
2.4 O cuidado de enfermagem a pacientes idosos hospitalizados.....	41
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 O escopo da pesquisa.....	47
3.2 Referencial metodológico de análise de conteúdo temático.....	47
3.3 Local de investigação, população e amostra.....	50
3.4 Procedimentos de obtenção dos dados.....	52
3.5 Procedimentos de análise dos dados.....	55
3.6 Cuidados éticos com a pesquisa.....	56
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
4.1 O contexto geográfico, socioeconômico e de saúde da 17ª CRS/SES/RS.....	60
4.2 Recursos humanos de enfermagem da rede hospitalar dos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS.....	78
4.3 Caracterização sócio-demográfica da amostra estudada.....	80
4.3.1 Formação e atualização dos profissionais de enfermagem.....	83
4.3.2 Interação dos profissionais de enfermagem com idosos e formação na área de gerontogeriatrica.....	88
4.4 Padrões interacionais da equipe de enfermagem no cuidado a idosos internados em hospitais gerais.....	98
4.4.1 Construindo significados a partir da interação social com idosos.....	101
4.4.1.1 Como vejo a pessoa idosa na sociedade.....	102
4.4.1.2 Interação com idosos no espaço social	113

4.4.1.3 Significado da internação para a pessoa idosa.....	123
4.3.2 Construindo significados a partir do cuidado a idosos no espaço hospitalar.....	131
4.3.2.1 Como eu cuido de pacientes idosos.....	132
4.3.2.2 Interação com idosos no espaço hospitalar.....	141
4.3.2.3 Significado do cuidado no contexto hospitalar para idosos.....	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	160
APÊNDICE I	170
Formulários de levantamento dos dados.....	171
APÊNDICE II	175
Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	176
APÊNDICE III	178
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	179

LISTA DE FIGURAS

		p.
FIGURA 01	Localização geográfica dos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.....	60
FIGURA 02	Municípios e serviços de saúde na área de abrangência da 17ª CRS/SES/RS.....	60
FIGURA 03	Distribuição dos participantes do estudo, quanto à idade dos pais.....	81
FIGURA 04	Distribuição dos participantes do estudo, quanto à categoria profissional.....	82
FIGURA 05	Distribuição dos participantes do estudo, quanto aos locais de trabalho.....	83
FIGURA 06	Distribuição dos participantes do estudo, quanto ao tempo de formação e de trabalho.....	84
FIGURA 07	Distribuição dos participantes do estudo, quanto ao contato com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho.....	88
FIGURA 08	Distribuição dos participantes do estudo, quanto ao relacionamento com pessoas idosas, fora do ambiente de trabalho.....	89
FIGURA 09	Distribuição dos participantes do estudo quanto à existência de disciplina com conteúdos relativos à gerontologia, geriatria ou envelhecimento no curso que realizou.....	90
FIGURA 10	Distribuição dos participantes do estudo, quanto à nomenclatura da disciplina.....	92
FIGURA 11	Distribuição dos participantes do estudo, quanto à presença de conteúdos em disciplinas não específicas e os assuntos abordados.....	93
FIGURA 12	Distribuição dos participantes do estudo, quanto à realização de atualização profissional e em que área realizou.....	94
FIGURA 13	Distribuição dos participantes do estudo, quanto à duração do curso de atualização que realizou. 2006.....	95
FIGURA 14	Diagrama padrão do discurso simbólico da enfermagem na interação com idosos.....	99

LISTA DE TABELAS

	p.
TABELA 01: Distribuição dos hospitais localizados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, quanto à classificação, número de leitos, funcionários e pessoal de enfermagem.....	50
TABELA 02: Distribuição dos municípios de abrangência da 17ª CRS, quanto à população total e por faixa etária acima de 60 anos de idade.....	63
TABELA 03: Distribuição dos hospitais localizados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, quanto à classificação e número de leitos.....	70
TABELA 04: Distribuição dos municípios/hospitais, quanto ao número de internações total e o número de internações de pessoas idosas.....	75
TABELA 05: Distribuição dos hospitais, segundo sua classificação, número de funcionários e de pessoal de enfermagem.....	78
TABELA 06: Distribuição dos participantes do estudo quanto a: gênero, idade, estado civil, religião e filhos.....	80
TABELA 07: Tempo de formação dos profissionais e realização de cursos de atualização, 2006.....	85
TABELA 08: Categoria profissional e realização de atualização, 2006.....	85
TABELA 09: Categoria profissional e presença de disciplina específica sobre gerontologia, geriatria ou envelhecimento na grade curricular do curso que realizou.....	91
TABELA 10: Distribuição dos participantes do estudo, em relação a presença de conteúdo referente à gerontologia, geriatria ou envelhecimento, no curso de atualização.....	95
TABELA 11: Horas de duração do curso realizado e conteúdos desenvolvidos.....	96

Os diferentes espaços sociais são percebidos de forma subjetiva pelos sujeitos que os constituem, uma vez que estes interpretam a realidade tendo como ponto de partida as relações simbólicas e os significados estabelecidos e construídos no decorrer da ação e da interação humanas.

Assim, ao estudar o fenômeno interativo envolvendo a equipe de enfermagem que atua em hospitais gerais, especificamente quando dedicada a cuidar de pacientes idosos, tem-se como referência as narrativas de profissionais da enfermagem sobre suas experiências, expectativas, sentimentos e percepções, quando no cotidiano de seu trabalho. A partir da escuta de suas falas, apreende-se a vivência interacional do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem na prestação do cuidado a pacientes idosos. Vale lembrar que os profissionais que compõem a equipe de enfermagem são qualificados em três níveis de formação, quais sejam: *Enfermeiro*, profissional detentor de curso de graduação no sistema educacional universitário; *Técnico de Enfermagem*, com formação relativa ao ensino médio; e *Auxiliar de Enfermagem*, com formação correspondente ao ensino fundamental e em processo de (re)qualificação para o nível técnico.

O impacto do envelhecimento humano em toda a sociedade deve ser considerado, sendo visível, particularmente, no sistema de saúde, no qual se constata déficit em sua infraestrutura necessária para atender as demandas desse estrato populacional, em termos de espaço físico, políticas, ações e intervenções específicas e, especialmente, de recursos humanos capacitados qualitativa e quantitativamente.

Os profissionais de saúde, de modo geral, possuem alguns conhecimentos, adquiridos durante sua formação profissional, acerca do processo de envelhecimento humano, uma vez que, nas distintas áreas de atuação, as instituições educacionais abordam a temática, ofertando conteúdos específicos ou, então, como parte de discussões em outras disciplinas do currículo. Em algumas categorias profissionais, entre elas a da enfermagem, o contato com pessoas

idosas ocorre frequentemente nos diferentes setores de atuação, como no ambiente hospitalar, nas organizações empresariais, em unidades básicas de saúde, nos serviços de emergência e pronto-socorro, entre outros.

Assim, uma vez constituindo a equipe multiprofissional e interdisciplinar na área de saúde e tendo em vista a atenção prestada a idosos que se encontram internados, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem são, também, responsáveis pela atenção a idosos que se encontrem internados. Para tanto, esses profissionais devem possuir conhecimentos e habilidades peculiares sobre como cuidar de idosos, além de ter afinidade e desejar trabalhar com essa faixa etária, vislumbrando o desenvolvimento de uma prática de enfermagem qualificada e resolutive.

A equipe de enfermagem, ao desenvolver suas atividades junto à população idosa, deve atuar livre de preconceitos e pautada na possibilidade de eliminação dos estigmas e estereótipos que a sociedade e mesmo os profissionais possuem a respeito da velhice.¹ Cabe salientar que o profissional de enfermagem está presente nas diversas situações em que a pessoa idosa requer intervenção, ou seja: na prestação do cuidado direto; na prevenção de seqüelas, decorrentes de doenças agudas ou crônicas; na área educativa; na promoção da saúde; e no vasto campo de investigação da enfermagem geriátrica.

O aumento da expectativa de vida desencadeou mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população brasileira. Tais modificações estão relacionadas ao declínio acentuado das doenças infecto-contagiosas, contrapondo-se ao aumento expressivo das doenças crônicas e não-transmissíveis. Essa situação faz com que, gradativamente, os profissionais de saúde se deparem, no cotidiano de suas práticas, com a presença de pessoas cada vez mais velhas, enfrentando problemas recorrentes de saúde, os quais requerem intervenção específica, tanto dos serviços como dos profissionais.

Outro aspecto que deve ser considerado está relacionado à progressiva elevação do número de pessoas com idade superior a 80 anos, pois estudos mostram que essa faixa etária é a que mais consome recursos do sistema de saúde.² Dados do *Anuário Estatístico do Brasil*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que, para a Região Sul do Brasil, a expectativa de vida ao nascer era de 68,79, em 1991, e de 70,57 anos de idade em 1998, para ambos os sexos.³ Isto demonstra que, em um período de sete anos, houve um acréscimo de, aproximadamente, dois anos de vida. A população de 60 anos ou mais, no Brasil, era de 14.536.029 pessoas (8,6%), conforme o Censo Demográfico do IBGE de 2000, mostrando um crescimento de 7,3% em relação ao Censo de 1991, quando havia 10.706.427 de idosos. Essa publicação destaca, ainda, que o segmento que mais cresceu relativamente foi o das pessoas que se encontram na faixa etária superior a 75 anos, tendo uma elevação de 49,3%. Ademais, percebe-se um aumento expressivo no número de pessoas com mais de 80 anos de idade, com projeções de uma ampliação próxima de 117,3%, até o ano 2020.

A pesquisa, realizada no município de Veranópolis, interior do Rio Grande do Sul,⁴ revelou que a população local possui a maior expectativa de vida do Brasil, apresentando uma média de 77,7 anos de idade, enquanto que nesse mesmo Estado da Federação é de 70,5 anos e, no país, 68,1 anos de idade. O mesmo estudo aponta os fatores que contribuem para o aumento da longevidade, explicitando que é imprescindível possuir um estilo de vida saudável. Assim, dentre as condições favoráveis estão: vida tranqüila - as pessoas que vivem em um ambiente de calma, característico de pequenas cidades, são menos estressadas; realização de atividade física, mediante exercício físico ou pela execução de pequenas tarefas no âmbito doméstico; ausência ou reduzido consumo de tabaco; história familiar longa; vida prazerosa; intensa vida social; ingestão de refeições regulares e nutritivas foram as condições consideradas decisivas para a longevidade das pessoas residentes naquele município.

Os educadores e profissionais devem considerar a gerontologia⁵ como um campo único, de estudo e prática, em que um acervo comum de conhecimentos constitui-se em componente importante na formação de qualquer profissional que estará atuando também com idosos. O entendimento adequado da forma como a mente de uma pessoa de idade avançada assimila a informação poderá permitir ao educador adotar métodos de instruções apropriados; ajudar os profissionais da saúde a oferecer orientações sobre prescrições e cuidados de forma mais compreensível; facilitar a comunicação, entre outras. Enfim, o conhecimento dos aspectos relativos ao envelhecimento humano auxilia o profissional na constituição de um ambiente de apoio e na atenção a manifestações que sugerem quais intervenções são as mais adequadas a serem tomadas em um determinado momento.

O envelhecimento humano tem chamado a atenção dos profissionais de saúde, em especial dos que atuam em instituições hospitalares, tendo em vista o expressivo aumento no número de pessoas idosas que se encontram hospitalizadas quando comparado a outras faixas etárias. Estudo realizado sobre modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos menciona que essa parcela da população utiliza os serviços de saúde de modo mais intenso que os demais grupos etários, acarretando maior custo e tratamento de duração prolongada, de recuperação lenta e com possibilidades de maiores complicações.⁶ Essa situação é preocupante, uma vez que os idosos se constituem em uma clientela diferenciada, no que diz respeito ao tempo de permanência no hospital, presença de múltiplas doenças, manifestações clínicas, necessidade de acompanhante, dentre outras particularidades.

Cotidianamente, observa-se que tais pacientes demandam cuidados especiais, requerendo da equipe de enfermagem conhecimentos específicos, disponibilidade de tempo para a escuta, calma, tranqüilidade, atenção, dedicação e habilidade na comunicação, pois se expressam lentamente e apresentam, freqüentemente, diminuição da capacidade auditiva, fatores que dificultam a interação com os profissionais. Além disso, constata-se que os

gerontes possuem com frequência múltiplas queixas, desejam conversar por longos períodos acerca de sua doença, formas de tratamento ou outros aspectos de sua vida, requerendo dos profissionais da enfermagem maior tempo para a execução de suas atividades.

No que tange à singularidade das necessidades dos pacientes idosos, identifica-se, na área da enfermagem, a existência de uma lacuna, em termos de conhecimentos peculiares da gerontologia, considerando que esta se constitui em um núcleo emergente no campo da saúde. De tal forma que estudos e a própria Política Nacional de Atenção ao Idoso⁷ mencionam que a *capacitação do pessoal de saúde é imprescindível para o atendimento adequado ao idoso*. Sendo necessário que a academia direcione sua atenção para a formação e capacitação de recursos humanos de enfermagem, com o objetivo de atender a população de idosos, tendo em vista o fenômeno do envelhecimento (Gerontologia) e processo saúde-doença deste estrato populacional (Geriatría).⁸

Outro dado importante a ser considerado diz respeito à permanência de familiares acompanhantes de idosos, no ambiente hospitalar, durante o período de internação. Diversos estudos foram realizados visando descrever e contextualizar a vivência de familiares que ficam, por ocasião da hospitalização, realizando tarefas de cuidado a seu familiar idoso e como se dá o processo de cuidar de um ancião no ambiente hospitalar.^{9,10,11} Tais estudos evidenciam que várias são as razões para que haja a permanência do familiar no ambiente hospitalar, destacando-se as questões referentes à cumplicidade, obrigação e responsabilidade para com o ser que necessita de cuidado e, também, como forma de retribuir a atenção e o cuidado recebidos em outro momento de sua vida fornecidos, na maioria dos casos, pelo indivíduo que agora carece de cuidado.

O tempo de internação pode ser utilizado, na voz de alguns familiares, para cuidar e prestar cuidado, no sentido de oferecer atenção, carinho, proteção, vigilância, companhia,

enfim, consolidar os laços afetivos que unem o familiar cuidador e o ser que está sendo cuidado.

Uma vez que o familiar, na condição de acompanhante, também se dispõe a realizar parte do cuidado ao indivíduo que está hospitalizado, o profissional de saúde, por sua vez, deve reconhecer suas limitações e impossibilidades e não ter a ilusão de que pode solucionar todas as demandas que abarcam um período de internação. Contudo, pode ser capaz de auxiliar, propor e reivindicar mudanças que possibilitem, aos pacientes e seus familiares, maior conforto, redução da ansiedade e do medo, assim como a diminuição do desgaste ocasionado pela necessidade de permanecer, muitas vezes, internado por um longo período.

Além disso, as ações realizadas pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar são marcadas pela preocupação em prestar a assistência ao paciente, constituindo-se no cuidar fundamentado no conhecimento e nas habilidades técnicas. Nesse sentido, a equipe de enfermagem, ao cuidar de uma pessoa, deve promover o bem-estar *físico*, minimizando a dor e o sofrimento; *mental*, auxiliando-a a enfrentar as angústias, medos e inseguranças; *social*, possibilitando relacionamento e propiciando um ambiente integrativo; e *espiritual*, pela vivência solidária e apoio nos valores de fé e esperança.

Destaca-se que o olhar da equipe de saúde que atua nas diferentes unidades de internação deve ser dirigido ao paciente e sua família, amparando, orientando e ouvindo, uma vez que os familiares freqüentemente sentem-se deslocados de seu ambiente, constrangidos e amedrontados, tanto em relação à situação de saúde de seu familiar idoso, quanto à necessidade de desempenhar ações específicas do cuidar.⁹

No entanto, os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no ambiente hospitalar e que desenvolvem sua prática com pessoas idosas nem sempre possuem formação específica para atuar com essa clientela, tanto no espaço hospitalar como na rede básica de saúde. A maior parte deles possui apenas formação básica, não tendo curso de

aperfeiçoamento, qualificação ou especialização na área gerontológica. Dessa forma, pode-se afirmar que o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, ao ingressarem no mercado de trabalho, não possuem adequada capacitação e qualificação para atuar diretamente com pessoas idosas.

Também, tem de se levar em conta que as instituições hospitalares, ao contratar recursos humanos da área de enfermagem, não consideram as necessidades particulares advindas de pacientes que possuem idade superior a 60 anos. Isto parece estar agregado à situação econômica hoje vivenciada pelos hospitais, que carecem de recursos financeiros para que possam adequar os recursos físicos e humanos, tanto em termos de número quanto em qualidade.

Os hospitais situados na região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, local estudado, caracterizam-se por serem instituições gerais, sendo que a maior parte delas presta atendimento especializado local e recebe um grande número de pacientes idosos. Estudo realizado em uma instituição hospitalar, referência para essa região, mostra que, do total de pacientes internados, no período de março a setembro de 1997, 22% deles possuíam 60 anos ou mais de idade.¹²

Outro fator a ser agregado é que nem sempre o mercado de trabalho, no campo da saúde, oferece oportunidade de emprego na área do conhecimento para a qual o profissional está habilitado ou na que mais ele se identifica. Isto, também, pode ocorrer com os profissionais da enfermagem, pois, durante a realização do curso, de nível médio ou de graduação, os alunos vão identificando-se por uma ou outra subárea, visualizando, desde cedo, em que setor ou unidade gostaria de desempenhar suas atividades. Contudo, diante das circunstâncias que se apresentam, muitos profissionais aceitam desenvolver seu trabalho em uma área diversa daquela pela qual possuem maior afinidade e em que desejariam atuar, passando a desenvolver suas atividades sem propriedade, afinidade e interesse, condição essa

que ocorre com certa frequência quando se trata de cuidar de idosos. Esta situação pode levar os profissionais da equipe de enfermagem a considerar e realizar o cuidado como uma tarefa árdua, desprazerosa e penosa, não viabilizando acolhimento e formação de vínculos, prestando atenção superficial e descomprometida com as especificidades demandadas pelas pessoas idosas.

Considerando os aspectos apontados, esta pesquisa procura responder à seguinte questão: *Qual é a formação, em termos de conhecimentos geriátricos e gerontológicos, dos profissionais da equipe de enfermagem e quais símbolos e significados são utilizados na interação e vivência destes profissionais ao desenvolver ações de cuidado a pessoas idosas internadas em hospitais gerais?*

Neste estudo identifica-se a formação profissional básica do pessoal de enfermagem e, ainda, se houve abordagem de conteúdos relativos à gerontologia, geriatria ou envelhecimento no decorrer da realização do curso ou mesmo após a formação profissional. Também, diante da situação de cuidar de pessoas idosas, apreender como esses profissionais agem e interagem consigo e com os outros no cotidiano de trabalho.

Entende-se que os resultados há de contribuir à área de ensino como subsídio a (re)organização de conteúdos programáticos da enfermagem: na graduação, na pós-graduação e no nível médio e, também, em cursos de capacitação, particularmente com aqueles focados no estudo de questões relacionadas ao envelhecimento, que podem estar inseridos no serviço de educação continuada.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

- ? Identificar e analisar a vivência interacional dos profissionais da equipe de enfermagem no processo de cuidar de pessoas idosas no espaço hospitalar.

1.2 Objetivos específicos

- ? Descrever e analisar o contexto geográfico, socioeconômico e de saúde da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Rio Grande do Sul.
- ? Caracterizar e analisar sociodemograficamente os profissionais de enfermagem que atuam nos hospitais localizados nos municípios abrangidos pela 17ª CRS/SES/RS.
- ? Identificar e analisar a formação, em termos de conhecimentos gerontogerítricos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem de 14 instituições hospitalares localizadas na região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS.
- ? Analisar o processo interacional dos profissionais da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas idosas que se encontram internadas em hospitais gerais situados na região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Dados demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional

As questões relacionadas ao envelhecimento populacional dizem respeito a todos os países do mundo. As nações industrializadas da Europa e América do Norte possuem um quinto ou mais da população na faixa etária acima de 60 anos de idade, levando a grandes debates acerca dos custos do seguro social, da atenção à saúde e das políticas educacionais, temas esses associados às mudanças na composição etária da população.¹³

Por seu turno, os países da América Latina, Caribe e Ásia só nos últimos anos estão vivenciando situações semelhantes na estrutura etária de sua população, havendo uma tendência crescente nas discussões sobre o enfrentamento da situação, com o objetivo de melhorar o bem-estar da população de mais idade. De modo específico, no Brasil observa-se um crescimento vertiginoso dessa faixa etária, sendo este o grupo populacional que mais cresce, proporcionalmente. Dados do Censo do IBGE mostram que, no Brasil, a faixa etária de 60 anos ou mais representa 8,6% de nossa população, com um número absoluto maior que 12 milhões de indivíduos, tendo uma projeção, para o ano de 2025, para cerca de 15%, em números absolutos, aproximadamente, 32 milhões de pessoas.¹⁴

Entretanto, sabe-se que o envelhecimento não pode ser considerado apenas como uma passagem natural do tempo, mas sim como a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. Por essa razão, os eventos relacionados ao envelhecimento são produzidos *no tempo* e não *devido* à sua passagem e, sendo assim, a idade cronológica não está diretamente correlacionada à idade biológica.¹⁵

No Brasil, as mudanças na pirâmide populacional, em que há um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa, são decorrentes da transição de um período de alta fecundidade e alta mortalidade para um de baixa fecundidade e progressiva queda na mortalidade. Além desse fenômeno, os avanços tecnológicos na área de saúde contribuem

para o aumento da expectativa de vida da população, resultando em mudanças significativas da pirâmide populacional, acarretando uma série de previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, para as quais ainda não há estrutura adequada que possa dar conta dessa demanda específica.¹⁶

Face às alterações presentes na estrutura etária, observam-se transformações no contexto geral da sociedade, em seu arcabouço econômico, político e cultural, desencadeando reflexos diretos no setor de saúde. Nesse campo, constata-se que a transição demográfica traz consigo mudanças epidemiológicas, quando se observa a prevalência de doenças crônicas que apresentam baixa letalidade, porém alto grau de incapacidades. Deste modo, percebe-se que está ocorrendo uma rápida transição nos perfis de saúde em nosso país, caracterizada por um predomínio das enfermidades crônicas não-transmissíveis e pela importância crescente de fatores de risco para a saúde que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis.

Com relação aos aspectos de morbimortalidade,¹⁷ nas últimas décadas, houve intensa queda da mortalidade por doenças infecto-contagiosa e, em contraposição, um aumento significativo de mortes por doenças crônicas não transmissíveis, particularmente, de origem cardiovascular. Ainda, no período compreendido entre 1950-80, ou seja, em 30 anos, as doenças infecto-contagiosas caíram do primeiro lugar para o terceiro, e as doenças cardiovasculares assumiram o posto da principal causa de morte no país, em todas as suas regiões geográficas.¹⁷

Nesse contexto, a transição epidemiológica¹⁸ desencadeou modificações nos padrões de morbimortalidade. Três alterações básicas são decorrentes do processo de transição, quais sejam: a primeira diz respeito à substituição nas causas de mortes em conseqüência de doenças transmissíveis, por doenças crônicas não transmissíveis; a segunda está relacionada ao deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais

idosos; e a terceira mostra a transformação da predominância à mortalidade para a predominância à morbidade. Em função do quadro epidemiológico que se desenha, com o aumento da expectativa de vida necessitar-se-á de políticas de saúde que atendam ao acúmulo das doenças que determinam o uso contínuo dos serviços de saúde.¹⁸ Doenças como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações, neoplasias, diabetes e quadros demenciais são alguns dos exemplos que poderão modificar o padrão de morbidade.

As alterações no padrão de morbidade, aliadas ao aumento do número de idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, num maior número de problemas de longa duração, que, freqüentemente, exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado.¹⁹

Na pesquisa multidimensional das condições de vida da população idosa, realizada pela Secretaria do Trabalho, Cidadania e Ação Social do Rio Grande do Sul, uma parceria entre o Conselho Estadual do Idoso e quatorze Universidades Gaúchas, com o objetivo de conhecer a caracterização dos idosos que vivem neste estado, identificou-se que, a partir da década de 60, foram constatados os primeiros sinais de mudança nas estruturas etárias da população, diminuindo o peso das coortes¹ mais jovens e aumentando a participação de idades mais avançadas. No período, após essa mesma década, houve uma diminuição da mortalidade nas faixas etárias mais elevadas e a proporção de pessoas idosas passou de 4,2% em 1950, para 5,1% em 1970, 6,1% em 1980, e 7,6% em 1991.²⁰

Esse mesmo estudo mostrou que, no Rio Grande do Sul, em 1950, a taxa de fecundidade era de 5,22 filhos por mulher em idade reprodutiva; 5,11 em 1960; 4,29 em 1970; 3,11 em 1980, chegando a 2,93 em 1991. O acesso a formas de planejamento familiar, que incidem na natalidade e, portanto, na fecundidade, é uma das explicações para a redução das

¹ Coortes: grupos de indivíduos que têm um fato demográfico em comum, como nascimento e casamento, entre outros (nota do autor).

referidas taxas. Concomitantemente a isso, houve queda do índice de mortalidade. Esses fatores, associados à melhoria das condições de saneamento básico e dos avanços técnico-científicos na área da saúde, fazem com que a esperança de vida da população aumente e, conseqüentemente, a proporção de idosos.

Nas questões referentes à saúde, o estudo desvelou que a maioria dos idosos classifica sua saúde como regular 49,61%; boa 26,77%; ótima 9,13% e péssima 7,47%. Dentre as doenças mencionadas de maior ocorrência, neste grupo populacional, estão a hipertensão arterial, problemas de coluna, reumatismo e morbidades cardiovasculares. Com relação à distribuição da população idosa nas diferentes regiões do estado, o estudo revelou que 20,92% residem na Região Noroeste do Rio Grande do Sul, mostrando que esta é a região de maior número de pessoas idosas, se comparado às demais regiões do estado. Este dado é relevante, salientando-se que nesta região localizam-se as instituições hospitalares estudadas no desenvolvimento desta investigação. A segunda região com maior concentração de população idosa é o Município de Porto Alegre² (15,75%), seguida da Microrregião de Porto Alegre (12,97%).

Estas informações são importantes, tanto para priorizar a atuação dos profissionais de saúde, quanto para elaborar projetos na área de saúde pública. Mostram, ainda, que o atendimento de saúde dos idosos deve ser reformulado, considerando-se a necessidade de qualificar o atendimento dispensado, bem como o estabelecimento de um modelo de avaliação da pessoa idosa, buscando detectar precocemente mudanças que possam prejudicar sua qualidade de vida e integração social, além de propor *ações preventivas de saúde, levando em conta o aumento na demanda e os elevados custos sociais e econômicos associados às ações curativas, de tratamento em longo prazo e internações hospitalares.*¹³

² O estudo utilizou a classificação do IBGE que agrupa os municípios gaúchos em sete mesorregiões homogêneas. Porém, a Região Metropolitana de Porto Alegre, em função da maior concentração populacional, foi subdividida em três segmentos, quais sejam: Metropolitana de Porto Alegre, Microrregião de Porto Alegre e Município de Porto Alegre.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde,²¹ o envelhecimento é reconhecido como uma das mais importantes modificações na estrutura da população mundial. Dessa forma, os fatores que determinam esse fenômeno são cada vez mais estudados e conhecidos; porém, são as conseqüências no indivíduo e na sociedade que merecem, ainda, maior atenção daqueles que dedicam suas atividades profissionais em prol da promoção da saúde do idoso.

Com o aumento da população idosa, a situação do setor de saúde tende a se agravar, tendo em vista que esta tende a utilizar mais estes serviços. Além do mais, as taxas de internação hospitalar são bem mais elevadas, quando comparadas às dos outros grupos etários, e o tempo médio de ocupação do leito hospitalar também aumenta. Nesse sentido, há uma participação desproporcional de idosos por serviços de saúde. Dados referentes à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1995, demonstram que o coeficiente do número de hospitalizações de idosos por 1000 habitantes foi de 1,4 dia, enquanto que a faixa etária de 15-59 anos consumiu 0,47 dia e a faixa mais jovem utilizou 0,29 dia.²² Os idosos representam cerca de 8% da população, porém consumiram em torno de 20% dos recursos gastos em hospitalização. Igualmente, o índice do custo da internação hospitalar de uma pessoa idosa é superior ao do segmento mais jovem.

Já, em 1996, 15,8% do total de hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – autorização de internação hospitalar (AIH) de tipo 1 –, correspondentes a 1,5 milhão de internações, ocorreram entre pessoas com 60 ou mais anos de idade. Nesse ano, os idosos consumiram 27,2% do total gasto com internações hospitalares públicas. O estudo aponta, ainda, que estes gastos aumentam na medida em que se eleva a idade.²³

Nessa mesma linha, pesquisa realizada em 2004 sobre custos hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do SUS evidenciou que a razão custo de hospitalizações/ tamanho da população, no ano 2001, foi igual a 2,6 entre idosos. Sendo que essa razão, assim como nos

estudos anteriores, aumentou gradualmente com a idade, verificando-se os valores extremos nas faixas etárias de 20-59 (0,7) e 80+ anos de idade (3,7).²⁴

Atualmente, embora as pessoas mais velhas tenham a expectativa de desfrutar vários anos de suas vidas, de forma saudável e ativa, reconhece-se amplamente que esses indivíduos são usuários dos serviços de saúde num percentual mais elevado, se comparado a outros grupos etários. Estudos^{17,19,22} apontam que, em face da transição demográfico-epidemiológica, o principal suporte para o segmento populacional de idosos ainda é a família, particularmente, a que coabita com a pessoa idosa em domicílios multigeracionais. Estes representam uma parcela da população que tende a ser mais pobre, apresentam mais problemas de saúde e são dependentes para a realização de atividades da vida diária do que a média dos idosos.

Tendo em vista as limitações financeiras; a necessidade de múltiplos tratamentos, decorrentes de polipatologias crônicas; a disponibilidade do suporte familiar tendendo a decair, em função da diminuição do tamanho da família; o aumento progressivo do número de pessoas com idades mais avançadas; e a crescente incorporação da mulher no mercado de trabalho fora do domicílio, haverá a necessidade de que o sistema de saúde supra essas carências, fazendo frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas, principalmente, as cardiovasculares.¹³

Um fator agravante dessa situação é que há poucos profissionais de saúde com formação especializada para o cuidado do idoso. Além disso, a maioria desses profissionais atua no interior de instituições mal equipadas ou possuindo equipamentos obsoletos para fazer frente à demanda multifacetada do idoso, tendo como objetivo principal a conservação da capacidade funcional e mantendo-o na comunidade.¹³

Fica evidente que as características especiais e peculiares dos idosos, em relação aos demais grupos etários, transformam seu cuidado em algo diferenciado e que necessita ser reformado mediante a oferta de novos modelos de atenção à saúde. Os modelos de promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para os idosos, sem que algumas significativas e importantes adaptações sejam executadas.

2.2 Teorias sobre envelhecimento humano

Nas últimas três décadas, os decréscimos combinados da taxa de fecundidade e mortalidade têm modificado a pirâmide estrutural da idade da população. Dentre as conseqüências significativas dessas tendências descendentes se encontra a diminuição da população jovem e o aumento expressivo de pessoas com idade avançada. Esse fenômeno é reflexo, também, das melhorias nas condições de saúde pública, aliadas ao incremento na tecnologia médico-hospitalar, possibilitando, assim, que um maior número de pessoas alcance idades superiores a 60 anos. Em outras palavras, está ocorrendo um aumento progressivo na expectativa de vida média da população, particularmente nos países que se encontram em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, ocasionando o que se chama de transição demográfica, havendo uma convergência maior de pessoas idosas.

A longevidade dos seres humanos tem levado diversos estudiosos, geneticistas, biólogos, sociólogos, entre outros, a se debruçarem sobre os possíveis fatores que contribuem para o aumento do tempo de vida das pessoas. Múltiplos estudos buscam explicitar quais são os determinantes que, efetivamente, possibilitam aos indivíduos terem uma vida longa. A existência de inúmeras teorias mostra que, ainda hoje, não se tem clareza de como se dá o processo de envelhecer, isto é, as teorias atuais não dão conta de esclarecer toda a complexidade de tal processo, uma vez que, geralmente, cada uma delas fica restrita a um determinado aspecto do fenômeno.

O envelhecimento se caracteriza por uma perda da capacidade fisiológica dos órgãos, dos sistemas e da conseqüente adaptação a certas situações de estresse. Tal fenômeno é

universal, progressivo, na maioria das vezes irreversível, e resultará em maior probabilidade de desenvolver doenças e num aumento substancial da mortalidade com o passar do tempo. No entanto, a grande disponibilidade de nutrientes, os conhecimentos sobre uma dieta balanceada, a prática de exercícios físicos constantes e as vantagens de se viver em um ambiente saudável, além dos progressos da medicina, têm levado a subverter esse conceito e aumentar a longevidade.

Há quatro condições para que se possa realizar uma definição que contemple a amplitude do que venha a ser envelhecimento. A primeira delas estabelece que as modificações morfofuncionais que ocorrem no organismo ao longo do tempo devam ser deletérias, isto é, que diminuam a funcionalidade; a segunda, que tais mudanças sejam progressivas; a terceira considera que o ambiente atua de forma direta no aparecimento e na velocidade das alterações que ocorrem ao longo do tempo. Assim, a condição é a de que tais modificações sejam intrínsecas, não constituindo o resultado de um componente modificável; a última preconiza que tais mudanças sejam universais.²⁵

Diversas investigações têm mostrado aspectos que devem ser considerados como determinantes ou favoráveis ao aumento do número de anos vivido pelos indivíduos de uma dada população. Assim, há evidências de que fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais colaboram para que os seres humanos tenham uma vida mais ou menos longa.

Neste sentido, o desenvolvimento e a compreensão de alguns enunciados teóricos que tentam explicitar esse fenômeno surgiram, marcadamente a partir da década de 60 e com maior intensidade nos últimos anos, resultando em teorias que possuem, em comum, a intenção de explicar a relação existente entre o meio ambiente, a sociedade, o processo de envelhecimento e a longevidade.

As teorias vinculadas ao campo da psicologia social têm contribuído com importantes avanços no campo da psicologia cognitiva, em particular nos estudos acerca do

funcionamento intelectual, tais como memória, resolução de problemas, entre outros, das pessoas velhas, confirmando a natureza multivariada da inteligência. Destacam-se, nessa linha, os estudos de Labouvie-vief,²⁶ quando afirma que certos déficits cognitivos na velhice se devem mais a uma reorganização cognitiva adaptativa e que se mostram menos importantes nas funções intelectuais abstratas próprias de idades mais jovens, enquanto que se incrementam outros aspectos; por exemplo, os idosos são mais capazes de envolver-se ativamente em uma resposta coletiva a um problema do que os demais, integrando assim uma dimensão social no processo de solução de problemas.

A sociologia, por sua vez, apresenta teorias que integram os aspectos sociais e o envelhecimento. Dentre elas encontram-se a teoria funcionalista, a sociológica por estratificação e do interacionismo simbólico. A teoria funcionalista concebe os sistemas sociais compostos de diversas partes interatuantes e, por extensão, julga que as mudanças que ocorrem em uma parte do sistema afetarão, inevitavelmente, de alguma forma, a todas as outras partes do sistema. Possui uma visão de que a sociedade enfatiza a estabilidade, a integração e a ordem. Interpreta a vida social de forma semelhante ao paradigma mecanicista, associando-a, às vezes, com os sistemas orgânicos (a máquina e o corpo).²⁶ Nesta perspectiva, o funcionalismo estrutural, direcionado à problemática do envelhecimento, deve associar-se, por exemplo, a um período de perdas da função econômica e de papéis familiares relacionados com a idade.

A teoria sociológica por estratificação parte da hipótese que a sociedade está estratificada em várias gerações de idade. Cada geração tem um curso de vida ontogenético – referido às etapas do ciclo vital – e dimensões históricas. Assim, as pessoas pertencem a um grupo etário particular, em função do tempo histórico em que estão vivendo e, como resultado disto, compartilham com seu grupo papéis sociais, experiências e expectativas semelhantes acerca do futuro. Essa teoria defende a idéia de que os padrões de envelhecimento não

derivam somente das mudanças sociais, mas que eles mesmos contribuem para a mudança; quer dizer que, em cada nível do sistema social, a sociedade e o processo de envelhecimento se influem mutuamente através do tempo.^{25, 26}

O interacionismo simbólico pressupõe o entendimento do envelhecimento numa perspectiva social em que se procura explicar os autoconceitos e as relações sociais das pessoas idosas. É considerada uma teoria de micronível, uma vez que analisa a sociedade a partir do indivíduo, de sua interação com as outras pessoas. Parte da hipótese de que o indivíduo é criativo, pensante e capaz de determinar seu comportamento. Entende que todo comportamento humano é autodirigido sobre a base dos significados simbólicos que se compartilham, se comunicam e se manipulam pelas pessoas que interagem nas situações sociais.²⁶

No contexto das teorias biológicas, há o entendimento^{25, 26, 27} de que o envelhecimento de organismos vivos é um fenômeno universal, porém sua taxa pode variar entre indivíduos e grupos. Nos seres humanos, as diferenças são, em parte, geneticamente determinadas e, substancialmente influenciadas pelos aspectos nutricionais, estilo de vida e do ambiente. Como as modificações biológicas associadas à idade não são similares em todas as estruturas corporais, nem em todos os indivíduos da mesma espécie, o processo de envelhecimento se torna um fenômeno altamente heterogêneo, constituindo-se em uma experiência vivenciada única e exclusivamente indivíduo por indivíduo.

As modificações biológicas e moleculares são fatores que, potencialmente, têm influência sobre o envelhecimento humano e podem ser classificadas em intrínsecas e extrínsecas. Os fatores intrínsecos se constituem da genética individual que determina a longevidade máxima, enquanto que os fatores extrínsecos são as exposições ambientais que afetam a sobrevivência do indivíduo no ambiente.²⁷

Nessa linha de pensamento, dentre os fatores extrínsecos que influenciam o envelhecimento estão: doenças, drogas, nutrição, ambiente social e familiar, atividade física, vida espiritual, repouso e condições ecológicas, podendo atingir um percentual de até 70% no conjunto dos determinantes que contribuem para o envelhecimento.²⁷

Ainda, no campo da biologia e da genética, diversos estudos^{13,17,18,25} procuram explicitar a progressiva e contínua deterioração das estruturas orgânicas. As teorias de base celular são aquelas que enfatizam a importância da proliferação potencial limitada, inerente a cada célula. Quer dizer que animais têm celularidade diminuída em diversos órgãos com o avanço da idade e, em consequência, células-tronco, na medida em que envelhecem, progressivamente vão diminuindo sua capacidade de repovoar células-irmãs diferenciadas. A essa capacidade limitada de proliferação das células denomina-se de alterações estocásticas.

Com relação a essa teoria e com base nos estudos de Arking,²⁸ as diversas teorias podem ser agrupadas em dois grandes grupos: *teorias estocásticas*, postulantes de que o envelhecimento seria causado, principalmente, por eventos ao acaso, levando ao acúmulo de danos e, por consequência, à deterioração orgânica; e *teorias genético-evolutivas ou da genética do desenvolvimento*, as quais preconizam que os eventos associados ao envelhecimento teriam como base uma programação genético-específica determinada.

Nesse sentido, tanto o envelhecimento quanto a longevidade teriam influência genética, mas também seriam consequência dos efeitos do desgaste e do acaso. Arking aponta, ainda, que outros estudos postulam a teoria do antagonismo pleitrópico, em que muitos genes que se encontram associados ao aparecimento de características biológicas do envelhecimento seriam benéficos em fases precoces da vida e que depois do período reprodutivo eles acabariam tendo um efeito contrário, ou seja, seriam negativos e levariam ao envelhecimento biológico.²⁸ Por sua vez, a teoria genética do desenvolvimento indica que o

envelhecimento biológico seja um conjunto de eventos constituídos por uma base geneticamente programada.

A teoria genética vinculada ao envelhecimento mostra que as espécies de reprodução sexuada teriam evoluído com a finalidade de possibilitar sua morte e, como resultado, permitir que uma nova geração ocupe este espaço.²⁵ Este fato, talvez, venha ocorrendo em virtude de que, se não houvesse envelhecimento e morte, certamente haveria um aumento exagerado da população, tendo conseqüências desastrosas nas reservas de nutrição e no ambiente do ecossistema no qual a espécie estaria vivendo, podendo até mesmo levar à sua extinção.

A morte de elementos de uma geração com vistas à sobrevivência de uma nova geração tem sido objeto de estudos de Mitteldorf,²⁸ enfatizando que o organismo dos indivíduos está *autoprogramado para se destruir*, sendo que isto é profundamente desconfortável, porém o envelhecimento integra um programa de linha da vida, que inicia com o nascimento, crescimento, amadurecimento, reprodução e envelhecimento. Essa seqüência linear é permeada por diversos mecanismos, muitos dos quais constituem-se em material de estudo laboratorial. Alguns mecanismos desse fenômeno são tão velhos como a própria reprodução sexuada. As evidências mostram que o envelhecimento seria uma adaptação biológica e, portanto, teria um propósito, tendo evoluído através de pressão seletiva.

Os aspectos referentes à evolução ou programação do envelhecimento de uma determinada espécie continuam sendo questionamentos de inúmeros estudos. Trabalhos que versam sobre as modificações epigenéticas no material genético, o aumento do estresse oxidativo, o encurtamento telomérico e a diminuição na taxa de reparo do DNA, são alguns dos estudos que já possuem evidências concretas de como o fenômeno do envelhecimento e da longevidade ocorre, porém ainda há muitas respostas para serem elaboradas.

Neste cenário, identifica-se que as diferentes teorias procuram fundamentar a evolução das espécies e suas implicações para o envelhecimento. A genética de alguma forma programa e determina o processo de envelhecimento nas espécies vivas. Cada uma delas tem fixado, geneticamente, um limite máximo para sua vida individual, porém não é uma demarcação absoluta, pois há a influência de múltiplas variáveis derivadas dos contextos sociais e ambientais. Os primeiros são fatores epidemiológicos intrínsecos e os segundos são de natureza extrínseca.

A evolução implica, necessariamente, na morte das gerações velhas e sua substituição por outras novas, que consideram novos processos de adaptação, e assim sucessivamente. Todo organismo vivo deve passar pelas fases de desenvolvimento e, também, por um ponto final. O processo de evolução orgânica da cada espécie viva reúne um estoque genético codificado em mensagens e programas para desenvolver – metabolismos químicos específicos. Porém, para desenvolver as potenciais capacidades, o código genético necessita estar em relação com o exterior e é nessa dimensão que se pode intervir de forma a eliminar os fatores de riscos.

O envelhecimento e a longevidade individual respondem a uma dinâmica distinta do envelhecimento e longevidade demográfica da população. Na sociedade atual, a longevidade máxima não tem aumentado, o que tem modificado é o tempo médio de vida das populações humanas, dando-se a essa tendência as chamadas sociedades longevas, mediante intervenções em variáveis claramente correlacionadas com a longevidade.

Quando se fala em longevidade, deve-se ter clareza de que suas variáveis não ocorrem isoladamente, mas em interação umas com as outras. Assim, por exemplo, a saúde está relacionada com a longevidade, mas por sua vez, a saúde também se correlaciona com o nível socioeconômico, com condutas e atividades dos idosos, tais como personalidade, saúde mental, aprendizagem, memória, inteligência, entre outros determinantes.

2.3 Interacionismo Simbólico

Entende-se que o cuidar de pessoas idosas envolve sentimentos, comportamentos e atitudes dos integrantes da equipe de enfermagem ao interagir com o ser receptor de cuidado. Esta pesquisa está fundamentada teoricamente na linha do *interacionismo simbólico*, uma vez que esse contempla não só a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, mas, também, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente, a partir de uma orientação filosófica e de fatos da vida cotidiana.²⁹ Dessa forma, busca-se investigar o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais estabelecem o seu mundo social. Nas interações sociais os indivíduos prevêm, em seu imaginário, condutas antecipadas de outrem e, freqüentemente, agem em razão dessas condutas.

O significado de um fenômeno para um indivíduo se dá mediante a interação do eu, da mente e da sociedade. Essa interação resulta da vida social, em cujo processo o indivíduo é um sujeito, um ator ativo.²⁹ Assim, podemos dizer que os profissionais de enfermagem processam o cuidado de idosos internados em hospitais gerais, a partir da forma como o fenômeno se apresenta em sua vida social e da interpretação que fazem do mesmo.

A interação social pode ocorrer de duas formas distintas: pela *comunicação do gesto* ou pelo *uso de símbolos significantes*³⁰, ou, ainda, ser *simbólica* ou *não simbólica*.³¹ Isto é, a comunicação e a interpretação que os atores fazem de si e do outro constituem uma interação social.

O significado dos fenômenos, eventos ou coisas, resulta de conhecimentos internos das pessoas, sendo produto da vida social dos indivíduos. Em outras palavras, nenhum evento, fato ou fenômeno possui significado se não há interação dos seres humanos entre si e com seu

meio, salientando que o sentido dos fenômenos são continuamente modificados e apurados.³¹ Isto é, o significado está inteiramente unido ao ato, que se dá, primordialmente, na interação.

Por sua vez, no interacionismo simbólico, *os símbolos significantes são produtos da forma como as pessoas reagem aos símbolos, em termos dos significados que elas levam como preditores do seu próprio comportamento e do comportamento dos outros.*³²

O interacionismo simbólico tem sua origem em Chicago, entre sociólogos clássicos com destaque para George Herbert Mead (1863-1931), professor de sociologia da Universidade de Chicago que, embora tenha escrito muitos artigos sobre a temática, não se dedicou a escrever livros. No entanto, seu principal discípulo, Herbert Blumer, foi quem cunhou o termo “interacionismo simbólico”, referindo-se ao caráter peculiar e distintivo da interação, como ela ocorre entre os seres humanos.³⁰ Em seus escritos, Haguette explicita que Mead e Blumer são os autores que mais contribuíram para a conceitualização da perspectiva interacionista. O interacionismo simbólico *concebe a sociedade como uma entidade composta de indivíduos e grupos em interação*, compartilhando sentidos sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Constitui-se em um processo dinâmico, isto é, as pessoas em ação podem sofrer variações, dependendo das situações que os indivíduos e grupos estejam vivenciando. Dessa forma, mediante a interação social de vida em grupo *é que as regras são criadas, mantidas e modificadas.*²⁹

Neste cenário, o indivíduo tem as seguintes características:³¹ uma mente que emerge na resolução de problemas, envolvendo a seleção e escolha de modos de ação, visando solucionar esses problemas, em que a escolha faz parte da condição humana; o conteúdo das escolhas é resultante da experiência subjetiva da pessoa; a experiência subjetiva faz parte integral do comportamento; o homem constrói a interação social no próprio processo de interação; o comportamento humano mantém um grau de indeterminação, não sendo possível prever totalmente como ele influirá no decorrer da interação.

A interação social, por sua vez, se estabelece em ação coletiva, resultante do conjunto de unidades de ação (indivíduos, família, escola, igreja, sindicato, entre outras) que atuam para enfrentar situações nas quais elas estão inseridas. Desta forma, a convivência grupal estabelece um *processo de formação, sustentação e transformação de objetos*, em que os sentidos se alteram por meio da interação, modificando, conseqüentemente, o mundo das pessoas. Os sentidos são manipulados mediante um processo interpretativo, em que os indivíduos interagem consigo próprios, usando símbolos significantes.³¹ Vale salientar que a interação social se estabelece, fundamentalmente, pela linguagem. Esta entendida como um sistema de significados e de comportamento compartilhado. No espaço das interações sociais surge e se desenvolve o processo da experiência dos indivíduos e suas ações, ou seja, o *self*.

No interacionismo simbólico, o processo de socialização, também, ocorre na medida em que o indivíduo *torna-se incorporado em padrões organizados de interação*. Ou seja, a socialização *acompanha toda a vida da pessoa*, em relação a diferentes grupos, circunstâncias e contextos nos quais interatua.³²

Analisar os processos sociais em constante movimento, que vão da estrutura social ao indivíduo e vice-versa, ou seja, compreender a natureza dialética da relação entre o indivíduo e a sociedade, ao mesmo tempo, explicitar como ocorrem esses dois caminhos, o quanto *o comportamento individual, a interação social e a pessoa social são impulsionados pela estrutura social*, é o desafio principal dessa. E, também, *como as pessoas podem construir seus comportamentos, individual e coletivamente, a ponto de alterar as estruturas em que atuam*. Este talvez seja o principal marco conceitual do interacionismo simbólico.³²

O interacionismo simbólico constitui-se em uma ferramenta teórica que permite compreender amplamente o fenômeno, revelando e apontando o significado da relação entre os profissionais de enfermagem e os idosos hospitalizados. Possibilita, ainda, apreender se

esse significado é decorrente ou resultante da interação que ocorre entre os elementos envolvidos no processo assistencial.

2.4 O cuidado de enfermagem a idosos hospitalizados

Os desafios postos em relação ao crescente número de pessoas idosas são diversos e de grande complexidade quando, particularmente, se referem à demanda por atenção à saúde. Dentre os desafios que se colocam como uma das áreas de investimento está a formação de recursos humanos capacitados para atuar junto a esse contingente populacional. Na área de saúde, em que os profissionais de enfermagem, cotidianamente, realizam ações de cuidado junto a pacientes idosos, há a necessidade de qualificar a atenção prestada, por meio da formação de profissionais com conhecimentos e habilidades próprias das áreas de geriatria e gerontologia.

*A realização do cuidado a pessoas idosas é, possivelmente, o campo da enfermagem com especificidades próprias. Por isso, os profissionais de enfermagem necessitam de habilidades clínicas peculiares, facilidade de relacionamento humano e de manifestações de afeto e respeito por pessoas idosas, elementos essenciais para a qualidade do serviço prestado.*³³

As pessoas, quando internadas, requerem da equipe de enfermagem atenção, respeito e valorização de suas queixas, ou seja, desejam receber cuidado pessoal e individual. Quando se trata de pacientes idosos, estas atitudes são requeridas com maior intensidade, tanto no que diz respeito às necessidades do cuidar, quanto naquelas relativas à formação de vínculo, afeto e atenção. Ao buscar atender a esses aspectos, demandados pelas pessoas idosas, os profissionais de enfermagem devem possuir habilidade própria, identificando as devidas carências e propondo intervenções adequadas para cada situação apresentada.

O conhecimento de uma estrutura teórica³⁴ auxilia os profissionais a identificar e avaliar corretamente as demandas peculiares dos pacientes idosos, possibilitando maximizar as condições de saúde; minimizar as perdas e limitações que ocorrem com o processo de envelhecimento; facilitar o diagnóstico, auxiliando no tratamento; e proporcionar conforto em todos os momentos em que o profissional de enfermagem se fizer necessário a esse grupo etário.

Deve-se considerar que *cuidar é um processo dinâmico e depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família.*³⁵ Entende-se que o processo de cuidar em enfermagem possibilita olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família.

Outro dado diz respeito ao vínculo familiar que a pessoa idosa mantém e que, frequentemente, acompanha o idoso durante o período de internação no ambiente hospitalar. A presença de familiares deve ser considerada de fundamental importância, contribuindo para a adequada recuperação da saúde do indivíduo.

Estudo realizado acerca da experiência vivenciada junto a um Programa de Acompanhante Hospitalar de Paciente Geriátrico relata que este visa o atendimento individualizado do paciente e do familiar, enfatizando que cada membro da equipe de enfermagem deve perceber a importância do acompanhante para o paciente geriátrico.¹⁰ Para isso, a atuação da enfermeiro contempla orientações e supervisão junto à equipe, ao paciente e seu familiar, possibilitando a assimilação da necessidade do acompanhante no ambiente hospitalar, bem como identifica os benefícios dessa prática, tanto para o idoso quanto para a família.

Um dos benefícios da presença de familiares no ambiente hospitalar diz respeito à possibilidade da equipe de enfermagem interagir diretamente com essas pessoas, podendo dar

orientações e ensinar a executar cuidados que poderão ser requeridos pela pessoa idosa no ambiente domiciliar, após a alta do hospital.

Nessa direção, a presença de acompanhantes familiares, por meio da permanência ao seu lado, tem a finalidade de amenizar o impacto que a hospitalização causa na pessoa idosa e a possibilidade de o acompanhante receber capacitação para a continuidade dos cuidados no contexto domiciliário, após a alta hospitalar.³⁶ Nesse particular, cada vez mais a família se faz presente, manifestando-se positivamente com relação a essa prática, afirmando que se sentem apoiados e confiantes ao desempenhar atividades de cuidado à pessoa idosa internada e no ambiente domiciliar. No entanto, uma das dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem está relacionada com o tempo necessário para a prestação de cuidados ao paciente e família, uma vez que *o respeito às crenças, aos costumes e aos valores da família, bem como o trabalho educativo de comportamentos de saúde necessários ao preparo do cuidador, interferem, de algum modo, na agilidade e na dinâmica das atividades desenvolvidas na unidade de internação.*³⁷ Porém, o trabalho educativo é considerado positivamente, uma vez que resulta em ganho para o paciente e seus familiares.

Assim, o trabalho da equipe de enfermagem, no contexto hospitalar, abrange não só a especificidade das ações do cuidar, mas, também, as atividades educativas, tanto para o paciente idoso como para sua família. Os afazeres do hospital são fontes geradoras de estresse, pois *lidar com o sofrimento e ansiedade do paciente e familiar, com a própria sensação de impotência profissional face à morte e o morrer, ou as condições indevidas de trabalho são algumas situações vivenciadas pela enfermagem e que, dependendo do seu modo de enfrentamento, interferem na qualidade da assistência prestada.*¹⁰ Desse modo, deve-se qualificar os profissionais da equipe de enfermagem, buscando diminuir a insegurança e o estresse, possibilitando melhores condições de trabalho.

O cuidado de saúde das pessoas idosas pode ser agrupado nas seguintes metas: promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento; tratamento e cuidado específicos; facilitação do processo de cuidar.³⁵

Analisando-se as metas acima descritas, percebe-se que a equipe de enfermagem pode atuar em um vasto campo na área do envelhecimento humano, não se limitando a ações específicas do ambiente hospitalar ou de unidades básicas de saúde. Suas ações podem, também, ser desenvolvidas em instituições de longa permanência, em especial naquelas destinadas a idosos, uma vez que, nestes locais, freqüentemente, há pessoas que carecem de cuidados diretos, pois situações clínicas, como imobilidade, múltiplos problemas médicos, doença depressiva, demência, alta hospitalar recente, instabilidade, incontinência vesical ou intestinal, idade superior a 70 anos, solteiro, sem filhos, viuvez recente, residir sozinho, isolamento social e pobreza, são fatores de risco e que determinam a institucionalização de uma pessoa idosa.³⁷

Assim, verifica-se que os idosos residentes em instituições de longa permanência necessitam de atenção de diversas naturezas. Dentre eles, está o cuidado realizado por profissionais de enfermagem, integrantes da equipe, que oferecem atendimento aos idosos, visando à promoção da autonomia, manutenção e recuperação da independência funcional, dentro das reais possibilidades, participando do diagnóstico precoce frente a modificações orgânicas e psicológicas e, do mesmo modo, adotando medidas preventivas para a conservação das condições de saúde.

É importante lembrar, ainda, que, além da hospitalização, a internação domiciliar ganha espaço, principalmente nas situações de doenças crônicas, as quais têm prevalência nas pessoas idosas. Para essa forma de atendimento, inclui-se a atuação de uma equipe multiprofissional, com destaque para o serviço de enfermagem. Essa modalidade de prestação

de cuidados contempla as particularidades do atendimento domiciliar, aliadas às especificidades da enfermagem gerontológica. Dessa forma, os profissionais adstritos a esses serviços devem, também, ter conhecimentos próprios da geriatria e da gerontologia, tendo por finalidade prestar uma assistência qualificada.

3.1 O escopo da pesquisa

Em face da temática e seu contexto, esta investigação constitui-se em uma pesquisa com direcionamentos do paradigma interpretativo, de modo a tornar possível compreender o quadro referencial que subsidia os profissionais da equipe de enfermagem e apreender as dimensões de sua prática, quando em interação com idosos internados em hospitais gerais. Nesta perspectiva, o interacionismo simbólico é empregado, tendo em vista o alcance do objetivo proposto.

Esta pesquisa constitui-se em um estudo transversal, de natureza descritiva e analítica com aplicação de métodos quantitativos e qualitativos. Para conhecer o processo interacional vivenciado pelos integrantes da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) ao prestar cuidado a pessoas idosas que se encontram hospitalizadas, entende-se que a abordagem metodológica adotada possibilitou analisar a formação dos integrantes da equipe de enfermagem e, mediante a fala destes, relativas à suas expectativas, sentimentos, concepções, atitudes e comportamentos, compreender como é, para eles, cuidar de pacientes idosos hospitalizados.

3.2 Referencial metodológico de análise de conteúdo temático

Os estudos com base no referencial teórico do interacionismo simbólico buscam apreender como se dá o processo de interação entre diferentes atores sociais e qual a simbologia utilizada para que determinada ação seja realizada. Assim, considerando o objeto deste estudo, qual seja, compreender o significado que as pessoas dão aos acontecimentos em seu ambiente natural e como elas modificam esses significados a partir de um processo interpretativo ao estar cuidando de idosos hospitalizados, fez-se o emprego de instrumentos

metodológicos que privilegiam a fala e a escuta dos atores sociais envolvidos no processo de cuidar e ser cuidado.

Estas particularidades aliadas aos aspectos da pesquisa de natureza qualitativa, que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis,³⁸ direcionou esta pesquisa para a utilização do referencial metodológico da análise temática.

Inicialmente, vale salientar que a pesquisa qualitativa visa investigar os assuntos com profundidade, avaliando fatores emocionais e intencionais. Caracterizam-se por amostras pequenas, roteiros com perguntas abertas, em que o participante é estimulado a expor seus pensamentos e opiniões.³⁹ Além disso, permite uma interação dinâmica do pesquisador entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência direta entre o sujeito e o objeto e, ainda um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Considera-se, também, que o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, atrelados a uma teoria explicativa. O sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento, interpreta o fenômeno e atribui-lhe um significado. Sendo assim, o objeto não é um dado inerte e neutro, ele possui significados e relações que sujeitos concretos criam em ações.⁴⁰

Uma característica observada em relação ao contato entre pesquisador e colaborador é que o primeiro interage com os pesquisados de maneira natural, empática e de forma que esses não se sintam ameaçados, mostrando aos colaboradores da pesquisa que está interessado em aprofundar seus conhecimentos, demonstrando que não pretende estudar só as pessoas, mas que deseja aprender com elas.⁴¹ O envolvimento entre pesquisador e os participantes da pesquisa visa uma relação que contemple o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, os valores e conhecimentos, ou seja, o investigador coloca-se o mais próximo

possível do que é vivido pelas pessoas, sendo essa interação fundamental para o êxito da pesquisa qualitativa.⁴²

Como se vê, os dados de uma pesquisa qualitativa não podem ser captados isoladamente, pois não são acontecimentos fixos, apreendidos em um instante de observação, pelo contrário, eles se dão em um contexto fluente de relações. São fenômenos que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos. Três são as finalidades desta etapa do trabalho, a *primeira* é estabelecer uma compreensão dos dados coletados; a *segunda* é confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ou responder as questões formuladas; e a *terceira* visa ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.³⁸

Por sua vez a *análise temática* como referencial metodológico possui a idéia de que do conjunto de informações coletadas deve-se abstrair temas, os quais se constituem em unidades de significação que emergem naturalmente ao analisar um texto. Tema está associado a uma afirmação de determinado tópico que agrupa um conjunto de relações, podendo ser graficamente representado por uma palavra, uma frase ou um resumo.³⁸

Para Minayo³⁸ a presença de determinados temas denota valores de referências e os modelos de comportamento presentes no discurso. Esta autora pontua que a análise temática consiste de três etapas, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Em resumo, a análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido.

Assim, na fase de análise, tendo por base o referencial teórico do *interacionismo simbólico* e o referencial metodológico da análise temática, apreendem-se como os profissionais de enfermagem vivenciam o cuidar de pessoas idosas, quais os símbolos significantes que se fazem presentes na interação com o paciente, bem como qual o sentido

que os integrantes da equipe de enfermagem dão aos objetos e pessoas com as quais estabelecem o seu mundo social. Além disso, compreender como os profissionais constroem suas condutas acerca de determinado fazer, como percebem tal fenômeno e de que forma procedem diante da necessidade de cuidar de pessoas idosas, uma vez que as pessoas sofrem influências do ambiente no qual estão atuando, podendo ter variações de respostas ou de atitudes. Nesta etapa, também, o olhar esteve direcionado para além do que está explícito no conteúdo manifesto tendo a possibilidade, então, de descobrir ideologias e tendências das características dos fenômenos sociais que estão no foco de análise, constituindo-se em um processo dinâmico, estrutural e histórico.

3.3 Local de investigação, população e amostra

A população investigada representa a equipe de enfermagem formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em hospitais localizados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS. Os municípios que compõem essa Coordenadoria são: Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Valério do Sul, São Martinho e Sede Nova. Destes, doze municípios possuem instituição hospitalar, totalizando 15 hospitais, sendo que um deles conta com três hospitais, um possui dois e dez possuem um único hospital. Na tabela 01, pode-se visualizar a distribuição dos hospitais nos municípios, sua classificação, número de leitos, total de funcionários e pessoal de enfermagem.

TABELA 01. Distribuição dos hospitais localizados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, quanto à classificação, número de leitos, funcionários e pessoal de enfermagem, 2006.

CLASSIFICAÇÃO	Município – Hospital	Nº de leitos	Total Funcionários	Pessoal de Enfermagem
LOCAL	Ajuricaba - Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba	32	26	12
	Chiapetta - Sociedade Hospitalar Beneficente Chiapetta	32	19	10
	Condor – Sociedade Hospitalar Beneficente Condor	18	15	07
	Humaitá – Associação de Desenvolvimento Comunitário de Humaitá	30	16	08
	Pejuçara – Casa Beneficente de Saúde Rio Branco	21	17	07
	Santo Augusto - Sociedade Hospitalar Beneficente Nossa Senhora Aparecida	30	18	08
	São Martinho - Sociedade Cultural São Gregório	30	24	12
	MICRORREGIONAL	Augusto Pestana - Associação Protetora Hospital São Francisco	40	27
Campo Novo - Sociedade Hospitalar de Caridade Campo Novo		30	21	10
Crissiumal – Hospital de Caridade de Crissiumal		58	61	25
Ijuí - Sociedade Beneficente Hospital Bom Pastor		35	48	20
Panambi – Sociedade Hospital Panambi		76	75	34
Santo Augusto - Associação Hospitalar Bom Pastor	65	76	35	
REGIONAL	Ijuí - Associação Hospital de Caridade de Ijuí	230	728	293

Fonte: Setor de recursos humanos da cada hospital.

Obs. Há, ainda, no município de Ijuí, um Hospital da Unimed, com 70 leitos, de natureza jurídica privada e que não mantém convênio com o Sistema Único de Saúde, sendo a única empresa desse gênero nesta região e que iniciou suas atividades em abril de 2005.

Considerando a abordagem metodológica adotada, as pessoas participantes são reconhecidas como sujeitos que constroem conhecimentos e produzem práticas para intervir nos problemas que identificam. Pressupõe-se, então, que elas têm conhecimento prático, de senso comum e possuem representações relativamente elaboradas, formando uma concepção de vida e orientando suas ações individuais. Nesse sentido, o resultado desta pesquisa é fruto de um trabalho coletivo, em que o pesquisador apreende os vínculos entre as pessoas, os objetos e os significados que são construídos pelos sujeitos.³²

A população deste estudo perfaz 293 profissionais de enfermagem que atuam em hospitais gerais situados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS. Por sua vez, a amostra, por conveniência, constitui-se de 74 profissionais, sendo 15 enfermeiros, 39 técnicos e 20 auxiliares de enfermagem, tendo utilizado como critério de inclusão: estar em pleno exercício de suas atividades; pertencer a uma das categorias da equipe de enfermagem; aceitar participar do estudo; inclusão de todos os hospitais com respectivas categorias de enfermagem, alocadas nos diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), uma vez que se desejou obter uma representatividade da equipe enfermagem.

Para a composição da amostra, foi entrevistado pelo menos um enfermeiro de cada hospital, sendo que, nos hospitais microrregionais, os quais possuem mais de um enfermeiro, foi selecionado um deles e, da instituição hospitalar classificada como regional, foram entrevistados os enfermeiros responsáveis pelas duas unidades de internação clínica. A adoção deste último critério deu-se em função de que essas unidades concentram maior número de internações de idosos. Em relação aos profissionais de nível médio, esses foram selecionados atentando para que houvesse representatividade entre técnicos e auxiliares, assim como o turno de trabalho. A seleção do funcionário se deu conforme a presença deste no momento da visita do pesquisador.

3.4 Procedimentos de obtenção dos dados

Os dados foram coletados no período de setembro de 2005 a março de 2006. Essa atividade foi precedida de contatos telefônicos, seguidos de ofício para cada dirigente responsável dos hospitais, com a finalidade de solicitar autorização da instituição para que a mesma fosse incluída como local de estudo, sendo que todos os responsáveis permitiram a inclusão de seu estabelecimento.

O trabalho de campo constituiu-se na aproximação com o objeto motivador das inquietações, possibilitando a interação com os profissionais e a realidade envolvida no trabalho e, a partir disso, a produção de conhecimento. No decorrer da coleta de dados, estabeleceu-se um processo interativo entre a pesquisadora e os sujeitos da investigação, uma vez que se elegeu como técnica de obtenção dos dados a entrevista semi-estruturada que, posteriormente, foi transcrita e digitada na íntegra.

Assim, a inserção em campo aconteceu gradualmente, após agendar reunião com o dirigente da instituição e enfermeiro responsável, com os quais houve a discussão dos objetivos do presente estudo e a permissão para efetivar a coleta dos dados junto aos funcionários de enfermagem. Após a entrada nos hospitais, fez-se contato com os profissionais da unidade de internação clínica ou da instituição toda (caso de hospitais de pequeno porte) e, na seqüência, o convite para que participassem da pesquisa. Após sua concordância, agendava o melhor horário para a realização da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em horário de trabalho, pois os funcionários foram autorizados, na medida em que pudessem e aceitassem se afastar do local de trabalho, ir para uma sala, previamente destinada para esse fim, e concedê-las. Ao término da obtenção dos dados em uma instituição, realizou-se tal procedimento, da mesma forma, em outra e assim por diante, até atingir a totalidade dos locais previstos.

A realização da entrevista permitiu a pesquisadora colocar-se frente a frente com o entrevistado, em busca de informações para compor o conjunto de dados que foram analisados e discutidos no decorrer do trabalho. Ao iniciar a entrevista, o sujeito da pesquisa foi indagado quanto às variáveis contidas nos formulários A, B e C (Apêndice I). Na seqüência e para que o entrevistado centrasse sua fala no tema de investigação utilizaram-se as seguintes perguntas norteadoras: *Fale como é sua relação (interação) com pessoas idosas no seu dia-a-dia. Discorra como você vê a situação das pessoas idosas na sociedade atual.*

Como você percebe a hospitalização de pessoas idosas na unidade de internação na qual você atua? Fale como você cuida dos pacientes idosos. Como é para você cuidar de uma pessoa idosa? Além disso, na medida em que o entrevistado discorria sobre essas questões, novas perguntas eram feitas, tendo em vista uma melhor compreensão do conteúdo que estava sendo manifesto. Ressalta-se que todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme prevê a Resolução nº 196/96, que trata da pesquisa com seres humanos (Apêndice II).

Também, como recurso para a obtenção dos dados, realizou-se a observação, que aconteceu em diversos momentos, nos diferentes locais de estudo, quando, por um determinado período, a pesquisadora permaneceu no local, observando comportamentos interacionais e ouvindo diálogos entre os integrantes da equipe de enfermagem e, destes, com os pacientes. Para essa etapa, não se delimitou número de turnos e horas necessárias, tendo sido realizada em todos os hospitais.

O diário de campo foi um recurso de registro dos dados, utilizado em todos os momentos da pesquisa. Nele, além dos dados de campo, foram registrados os questionamentos, as percepções e informações que não se obteve mediante a utilização de outras técnicas. Concomitantemente, realizou-se a transcrição e análise das informações que iam sendo obtidas, tendo em vista a descoberta de novos aspectos que deveriam ser incorporados, com o objetivo de obter a maior clareza possível acerca dos dados e, também, identificar a possível necessidade de retificações ou redimensionamentos metodológicos.

3.5 Procedimentos de análise dos dados

Para os dados de caracterização da amostra, sua formação e conhecimentos gerontogeriátricos, coletados por meio dos *formulários A e B*, adotou-se estatística inferencial para a organização, análise e apresentação dos mesmos.

Inicialmente, os dados foram digitados na planilha eletrônica Excel. Após, foi realizada a análise estatística utilizando o software estatístico SPSS versão 12.0. Utilizaram-se técnicas de estatística descritiva na elaboração de tabelas de frequências simples, tabelas de frequências cruzadas e diferentes tipos de gráficos, apresentando frequências absolutas e relativas. Desta forma, foi possível descrever a amostra pesquisada em relação às variáveis constantes nos formulários.

Para avaliar a associação entre algumas variáveis de interesse, utilizou-se o teste de qui-quadrado e o teste de Fisher, considerando nível de 5% de significância.

Relativo às informações obtidas a partir das entrevistas abertas, as seguintes análises foram realizadas: em um primeiro momento, foi efetuada a organização do conjunto das informações, procurando **analisar e destacar as tendências e padrões do discurso simbólico interacionais relevantes presentes no conteúdo dos dados**. Nesta etapa, a questão de pesquisa, os objetivos e o referencial teórico estiveram presentes, na busca pela articulação destes com as informações que foram sendo obtidas.

Os resultados e a interpretação das informações obtidas a partir das questões abertas, contidas no *formulário C*, estão apresentados por tema e categorias de análise, os quais compõem a unidade de significado de um determinado conjunto de dados. Neste contexto, a análise temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença tenha significado para o estudo.

Nesta fase da pesquisa, a análise temática desdobrou-se em três etapas principais: *pré-análise*, na qual, com base no conjunto de documentos analisado, houve a organização da totalidade do material disponível; *descrição analítica*, que teve seu início já na etapa de pré-análise, na qual o material foi estudado e orientado à luz do pressuposto e do referencial teórico-metodológico adotado; *interpretação do referencial*, que tomou como subsídio as informações já utilizadas desde a pré-análise. Assim, o trabalho nesta etapa alcançou maior intensidade, uma vez que, mediante a reflexão e a intuição, se intentou desvendar o conteúdo latente nas informações existentes.

Em síntese, a análise das informações, cujos dados são qualitativos, teve os seguintes passos metodológicos: a) *ordenação dos dados*, seguida de leitura flutuante, obtendo-se uma visão geral do conjunto do material; b) realização de sucessivas leituras, para que se compreendesse o conteúdo que está explícito e implícito, *organizando-o em tema central, categorias e subcategorias* por convergência de idéias, agregando as informações de tal forma que se pudesse extrair, em profundidade, a vivência dos profissionais da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas idosas no espaço hospitalar; c) *análise e interpretação* do conteúdo expresso na voz dos profissionais da equipe de enfermagem, em que se fez a articulação do fenômeno em estudo com o referencial teórico-metodológico adotado.

3.6 Cuidados éticos com a pesquisa

No relacionamento entre a pesquisadora e os pesquisados, a questão ética esteve presente em todos os momentos. A integridade dos colaboradores da pesquisa foi preservada, de modo que eles não saíssem prejudicados em virtude dos procedimentos adotados para a coleta dos dados.

No âmbito da ética, em relação a pesquisas com seres humanos, duas questões foram consideradas: o consentimento informado e a proteção dos colaboradores da pesquisa contra qualquer espécie de dano. Para tanto, as pessoas convidadas para compor a amostra optaram voluntariamente por aderirem à investigação, cientes da proposta e dos objetivos da pesquisa.

Para a realização deste estudo, inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética na Pesquisa da PUCRS e recebeu Parecer nº 605/05 (Apêndice III), favorável à sua execução. Após a obtenção da aprovação desse comitê, iniciou-se a fase de coleta de dados, realizando-se a observação e as entrevistas individuais. Os profissionais de enfermagem foram convidados a integrar-se e formar o conjunto dos sujeitos da pesquisa, sendo esclarecidos quanto aos objetivos e assegurados de que as informações seriam utilizadas exclusivamente para a elaboração desta tese, com a garantia de sigilo e anonimato aos informantes, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96,⁴³ relativa à pesquisa com seres humanos. Uma vez aceitando fazer parte da amostra, foram convidados a assinar, juntamente com o pesquisador, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao buscar analisar os aspectos da interação entre integrantes da equipe de enfermagem e idosos internados em hospitais gerais, inicialmente, apresenta-se estudo acerca do contexto geográfico, socioeconômico e de saúde da região pesquisada. Essa contextualização justifica, em parte, a relevância do estudo, uma vez que mostra alguns fatores que contribuem para a longevidade da população residente nesse espaço geográfico. Além disso, na realização do trabalho de enfermagem junto a idosos, considera-se que o mesmo está inserido num contexto de vida pessoal, familiar e social. Desta forma, a assistência não se limita apenas ao indivíduo, ao ambiente ou ao período de hospitalização.

Na seqüência, há a descrição e análise dos recursos humanos de enfermagem que atuam nos hospitais localizados na região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Considera-se que esses profissionais integram a equipe de saúde, sendo de sua responsabilidade a prestação dos cuidados aos pacientes que se encontram hospitalizados. Em relação aos pacientes idosos, entende-se que os elementos da equipe de enfermagem necessitam possuir conhecimentos peculiares da enfermagem gerontogeriatrica, possibilitando interação e cuidados e que favoreçam o bem-estar integral dos idosos.

Por fim, apresentam-se a análise e discussão acerca dos padrões interacionais da equipe de enfermagem ao realizar o cuidado a idosos internados em hospitais gerais.

4.1 O contexto geográfico, socioeconômico e de saúde da 17ª CRS/SES

O envelhecimento humano é resultado de diversos fatores que, conjuntamente, contribuem para que as pessoas tenham uma vida longa. Os determinantes do envelhecimento, que se pressupõe mais saudável que em outros tempos, são: sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, ambientais e culturais, incluindo gênero, que envolvem indivíduos, famílias, comunidades e sociedades.⁴⁴ Percebe-se que os aspectos relativos ao envelhecer são amplos e complexos e que, ao estudar a forma como a equipe de enfermagem interage com idosos hospitalizados, é importante conhecer o *locus* em que esses atores residem, pois este é um dos determinantes do envelhecimento da população com a qual os profissionais irão atuar.

Considerando esse aspecto, é importante caracterizar o espaço geográfico, sociodemográfico e de saúde deste estudo, analisando os fatores que favorecem ou prejudicam a longevidade da população residente neste local. Trata-se da Região Noroeste, de circunscrição da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, demarcado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Figuras 01 e 02), com aproximadamente 7.264,41 km², congregando 20 municípios, hoje com 224.168 habitantes, perfazendo 2,5% da superfície e 2,2% da população do estado, dados estes de 2000.¹⁴ A densidade demográfica é próxima de 30 habitantes por km² e o Índice de Desenvolvimento Humano (IHD) médio é de 0,7779, inferior ao do estado, de 0,814, porém superior ao do Brasil, de 0,766.¹⁴

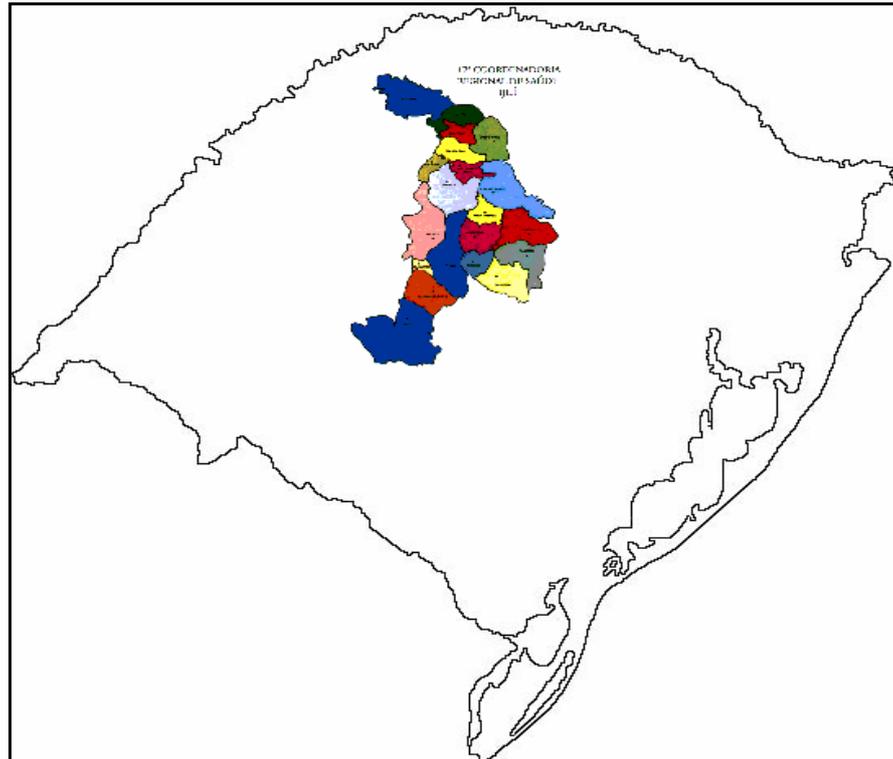
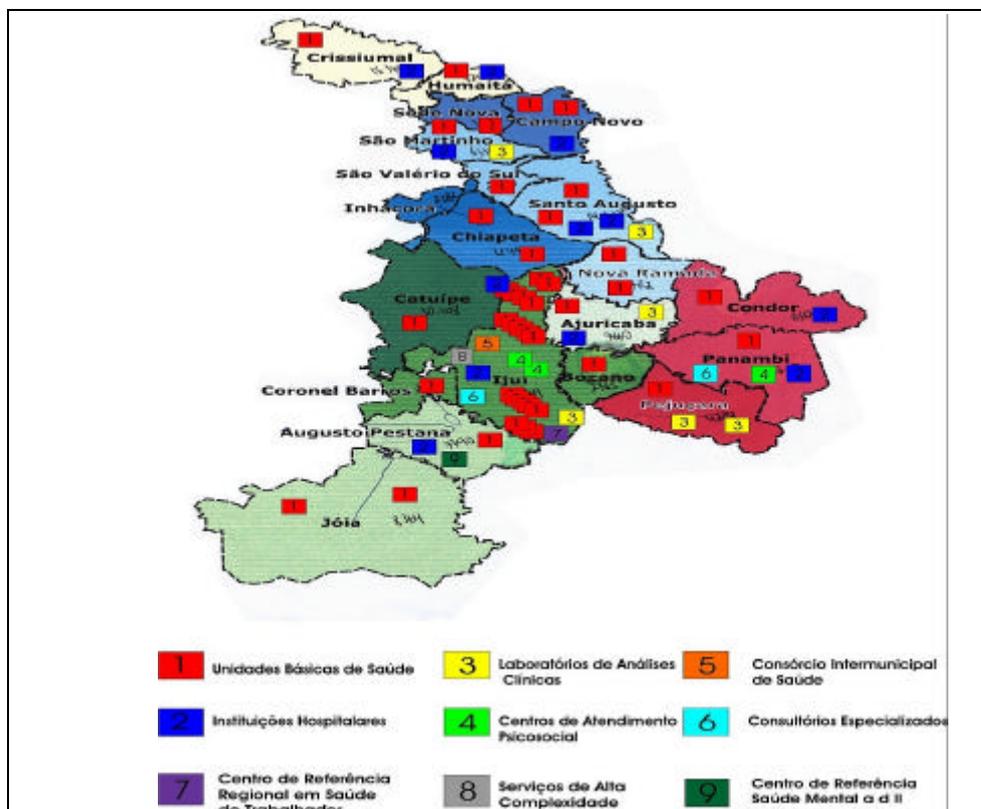


FIGURA 1. Localização geográfica dos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS, 2006.



Fonte. 17ª CRS/SES/RS

FIGURA 02. Municípios e serviços de saúde na área de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, 2006.

Nessa região a formação social que deu origem à atual sociedade é relativamente recente – a partir do século XIX – e nela participaram, em especial, imigrantes europeus e seus descendentes, antecidos pelos primitivos habitantes destas terras, os índios, e pelos luso-brasileiros e caboclos que já haviam iniciado a colonização do território, no início do século dezenove. Essa composição étnica da população deu, também, origem às características socioculturais e econômicas da região.

Dentre as características da maior parte das etnias - italiana, alemã, polonesa e portuguesa -, o trabalho com a terra era forte, pois não possuíam recursos financeiros para iniciar outra atividade, o que fortaleceu o vínculo dessa população com a atividade agropecuária, permitindo o desenvolvimento agrícola, modelo econômico predominante até a atualidade. Além disso, como havia uma particularidade dessas famílias que aqui chegaram, ou que se formaram na época, que era a de serem constituídas por um grande número de descendentes, nas quais as relações familiares eram e são valorizadas e reverenciadas como uma virtude nata desse povo, ou seja, havia uma forte coesão intrafamiliar, em que a interação entre seus membros é almejada e exercitada, atributo este preservado até os dias atuais.⁴⁵

Nas palavras de Brum,⁴⁵ as particularidades, os valores, os traços culturais e a ideologia que presidiram hegemonicamente o processo histórico de colonização dessa região do estado e que perpassam todas as atividades e a formação social constituem-se dos seguintes aspectos: pequena propriedade agrícola; trabalho familiar, no qual todos os integrantes da família participavam; utilização intensiva dos recursos naturais, em especial, a fertilidade do solo; prática da policultura; fé religiosa, como refúgio para as horas difíceis e fonte de renovação da esperança; forte coesão familiar; confiança na própria capacidade; espírito de iniciativa para enfrentar e superar problemas e dificuldades; senso de comunidade, tendo dimensões políticas em função do bem comum da sociedade.

Mesmo hoje, como resultado do intenso vínculo com a agricultura, identifica-se um elevado percentual da população residindo no meio rural, em comparação com o restante do estado e do país. Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA,¹⁴ no Brasil a população residente no meio urbano corresponde a 81,25% e, na área rural, a 18,75%. No Rio Grande do Sul a situação é similar, uma vez que os percentuais respectivos são de 81,65% e 18,35%. Contudo, na região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, identificam-se taxas de 28,30% e 71,70%, respectivamente, de residentes na área urbana e no meio rural.

Em relação às condições de saúde da população residente na área de abrangência deste estudo e a forma como o sistema de saúde está organizado, visualiza-se que sua demografia se diferencia, quando comparada aos números do país. Considerando que os dados demográficos são, também, resultado de diversos fatores, como a redução das taxas de fecundidade, a diminuição dos índices de mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população, vislumbram-se novos impactos e novas demandas para o sistema de saúde local.

Especificamente em relação à população idosa, os indicadores demográficos mostram, do mesmo modo, um cenário diferenciado ao se comparar os dados do país, que apresenta um percentual de idosos de 8,55% do total da população. O Rio Grande do Sul conta com 10,45% e a região da 17ª CRS/SES/RS possui uma taxa média de 11,47% da população com 60 anos ou mais de idade, demonstrando uma diferença para mais de, aproximadamente, 3 pontos percentuais da região em relação ao país. Ao olhar, nomeadamente para cada um dos municípios (Tabela 02), verifica-se que alguns deles possuem um maior percentual de idosos, particularmente Augusto Pestana (15,28%) e Bozano (14,57%), chegando a índices que o país, segundo estimativas, alcançará somente no ano de 2025. Essa realidade parece ser resultante não só do declínio da fecundidade, mas também determinada pelo processo de

urbanização, uma vez que houve significativa migração da população mais jovem para centros urbano maiores, decorrente da crise econômica, em busca de formação profissional e trabalho, enquanto que os pais e avós permanecem nos pequenos municípios, notadamente na área rural.

Conforme aponta Chaimowicz,² a redução da taxa de fecundidade se deu não só pelo acesso ao sistema de saúde em busca de um adequado planejamento familiar, mas em virtude da urbanização da sociedade e da crise econômica brasileira que, conjuntamente, agravam as condições de vida de famílias numerosas. Afirma, ainda, que a migração da população mais jovem, *em direção aos grandes centros urbanos, tende a agravar a situação social dos idosos ao afetar a configuração etária da população remanescente.*

TABELA 02. Distribuição dos municípios de abrangência da 17ª CRS, quanto à população total e por faixa etária acima de 60 anos de idade, 2006.

MUNICÍPIO	Pop. Total	60 – 69	70 – 79	+ 80	Total de idosos	%
Ajuricaba	7.464	595	331	109	1.035	13,86
Augusto Pestana	7.741	594	431	158	1.183	15,28
Bozano	2.188	159	84	76	319	14,57
Campo Novo	6.408	369	211	88	668	10,42
Catuípe	10.198	807	451	150	1.408	13,80
Chiapetta	4.481	235	171	50	456	10,17
Condor	6.539	404	230	93	727	11,11
Coronel Barros	2.454	270	121	49	440	17,92
Crissiumal	15.180	1098	624	270	1.992	13,12
Humaitá	4.754	336	211	82	629	13,23
Ijuí	78.992	4.831	2.843	1.088	8.762	11,09
Inhacorá	2.378	149	83	39	271	11,39
Jóia	8.284	463	283	97	843	10,17
Nova Ramada	2.723	201	113	43	357	13,11
Panambi	34.633	1.803	1.128	418	3.349	9,66
Pejuçara	4.285	297	144	49	490	11,43
Santo Augusto	13.937	813	394	181	1.388	9,95
São Valério do Sul	2.625	163	71	47	281	10,70
São Martinho	5.696	395	221	100	716	12,57
Sede Nova	3.208	218	150	33	401	12,50
TOTAL	224.168	14.200	8.295	3.220	25.715	11,47

Fonte: Censo Demográfico, IBGE, 2000.

As taxas de fecundidade no Estado do Rio Grande do Sul vêm decrescendo, anualmente, desde 1992, quando a média era de 2,3 filhos por mulher e, em 2002, quando essa média atingia 1,8 filho. Os resultados do Censo Demográfico do IBGE, de 2000, indicam

que a taxa de crescimento populacional no Brasil, em relação a 1991, foi da ordem de 1,6% ao ano.

Os dados do RS mostram uma redução da razão de sexos à medida que aumenta a idade, evidenciando a tendência de sobremortalidade masculina em todos os grupos etários. No ano de 2004, do total de óbitos ocorridos no estado do RS, 56,15% foram do sexo masculino e 43,85% do sexo feminino. Observa-se uma diferença de quase oito anos em termos de expectativa de vida ao nascer, segundo o sexo: 77,41 anos para as mulheres e 69,21 para os homens. Esses números, confrontados com os da região da 17ª CRS/SES/RS, evidenciam que a expectativa de vida da população aí residente é maior, pois os dados corroboram que, ao nascer, as mulheres possuem uma expectativa de 79,2 anos e os homens de 71,2 anos, com média de 75,1 anos para ambos os sexos, sendo a segunda CRS/RS com maior expectativa de vida.

Esses são alguns aspectos do quadro demográfico e socioeconômico da região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS. Neste contexto há, ainda, os aspectos relativos à saúde, os quais se inserem no sistema de saúde brasileiro, que congrega o setor público e os planos previdenciários e de seguros privados de saúde. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos e seguros privados de saúde apresentam uma cobertura de 16% da população. Na organização desse sistema, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social. O processo de implantação desse sistema pressupõe, também, a reordenação das práticas sanitárias e, em consequência, a transformação do modelo assistencial e da organização dos serviços.⁴⁶

Atualmente, a totalidade dos municípios abrangidos por este estudo encontra-se habilitada em uma das condições de gestão estabelecidas pela Norma Operacional Básica³ – NOB/1996, que regula o atual processo de gestão e descentralização dos sistemas de saúde, definindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégias de mudança do modelo assistencial. Além desta, foi criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, que tem por objetivos definir o processo para a regionalização da assistência, atualizar os critérios de habilitação dos municípios e ampliar as responsabilidades na Atenção Básica. É com base nesta norma que os estados dividiram seu território em microrregiões de saúde, para garantir que a população tenha acesso a ações e serviços, que não estão disponíveis em seus municípios, o mais próximo possível de sua residência. Assim, do total de municípios circunscritos na região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, 19 estão na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e somente um incorporou a Gestão do Sistema Municipal.

Esse quadro é semelhante ao encontrado em 99% dos municípios e na totalidade das Unidades da Federação, uma vez que, do total de municípios brasileiros, em 2001, 89% deles estavam na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e 10% na de Gestão Plena do Sistema. Em relação aos conselhos municipais e estaduais de saúde – mecanismos de controle social –, também se encontram nacionalmente implantados.⁴⁶

A progressiva adesão dos municípios ao PACS e ao PSF, como estratégia de atenção básica em saúde, é evidente. Os dados do Sistema de Indicadores da Atenção Básica (SIAB) mostram que, em 1999, de 29 a 100% da população residente nos municípios abrangidos pela 17ª CRS/SES/RS tinha cobertura do PACS e somente dois deles (Ijuí e Sede Nova) contavam com um Programa de Saúde da Família. Já no ano de 2002, esses percentuais evoluíram para

³ Norma Operacional Básica – NOB. Implementada a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se de orientações específicas e pactuadas que visam definir melhor a divisão de responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal, definir critérios para alocar recursos segundo as necessidades da população e integrar os sistemas municipais de saúde.

48 a 100% da população com cobertura do PACS ou PSF. Em 2004, somente dois municípios (Santo Augusto e São Martinho) não haviam aderido ao Programa de Saúde da Família, os demais, gradativamente, foram implantando esta estratégia de atenção à saúde, sendo que o PACS foi, progressivamente, agregado ao PSF, considerando os agentes comunitários de saúde como parte da equipe que compõe este programa. Vale destacar que quatro municípios (Campo Novo, Coronel Barros, Inhacorá e São Valério do Sul) possuem 100% de sua população adstrita ao Programa de Saúde da Família.

Todos os municípios possuem Conselhos Municipais de Saúde, que são órgãos deliberativos envolvendo setores da sociedade e técnicos, com o objetivo de formular estratégias de controle da política de saúde local, à semelhança do que ocorre com a maior parte dos municípios e na totalidade das Unidades da Federação. Salienta-se que nesses espaços estão incluídas as discussões relativas à assistência ao idoso, embora de forma pontual e, geralmente, quando há denúncias de não atendimento ou atendimento de saúde inadequado aos idosos.

Pesquisa⁴⁷ realizada sobre recursos assistenciais em saúde mental e gerontologia nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS evidenciou que, em relação à pessoa idosa, os planos municipais de saúde não contemplam esta faixa etária especificamente: as informações e propostas de ações contidas nos planos relativas ao idoso, quando consideradas, estão diluídas em outras áreas, como a de saúde do trabalhador e do adulto. Nas situações de adoecimento, os idosos são atendidos nos hospitais gerais de seus municípios e, no caso de não possuir instituição hospitalar, são encaminhados para instituições de referência, em município próximo. Isto quando a enfermidade não requer a utilização de recursos tecnológicos de maior complexidade. Quando da necessidade destes recursos, os pacientes são transferidos a instituições hospitalares de referência para a região ou mesmo no estado.

Salienta-se que todos os municípios mantêm atividades de lazer e sócio-recreativas destinadas ao estrato populacional de idosos, que são desenvolvidas por meio de grupos operativos.

Em relação ao perfil de mortalidade,⁴⁸ observa-se que a situação vem se modificando, com destaque para a queda dos óbitos infantis, a redução relativa das mortes por doenças infecciosas e o aumento daquelas decorrentes de doenças crônico-degenerativas. Em 2004, foram registrados 71.919 óbitos no RS. Deste total, 47.060 foram de pessoas com mais de 60 anos de idade (65,43%) e, destes, 17.235 foram de indivíduos com 80 anos e mais de idade, perfazendo um percentual de 36,62% do total de óbitos. Já quando se observa a evolução do percentual de óbitos entre a população idosa, no período compreendido entre 1980 (42,4% do total das mortes) e 2004 (57,4%), constata-se um aumento de, aproximadamente, 10 pontos percentuais, dando a entender que há progressivo acréscimo no número de pessoas atingindo idades mais avançadas. Chama a atenção, ainda, o elevado percentual de óbitos entre as pessoas com mais de oitenta anos de idade, dando a entender que no RS há um significativo número de pessoas que atingem essa idade e, também, que nessa faixa etária os indivíduos apresentam maior fragilidade, vulnerabilidade e adoecimentos.

Em estudo realizado sobre fatores associados às internações hospitalares no Brasil,⁴⁹ os resultados evidenciaram que o grupo etário de 80 anos e mais de idade apresentou o maior coeficiente de internação, 18,7% do total. Deve-se atentar para esta situação, em função dos custos para o sistema de saúde, uma vez que a tendência é de que haja incremento na procura por serviços de saúde, por esta população, e estes, por sua vez, carecem estar adequadamente organizados, para atender essa demanda. Chaimowicz² ao abordar a saúde dos idosos brasileiros, menciona que os custos do sistema de saúde, mesmo nos países industrializados, tornam-se pesados, particularmente na medida em que aumenta o percentual “muito velho” da população idosa, ou seja, indivíduos acima de 80 anos de idade, que passam a consumir recursos desproporcionalmente maiores. Afirma, ainda, que duas linhas de ação podem ser

adotadas para poder minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde e assistência social: a primeira seria ampliar a capacidade da rede de apoio formal e informal ao idoso e, a segunda, seria buscar a redução da demanda ou compressão da morbidade.

Com tendência constante de queda, a mortalidade infantil atingiu, no Rio Grande do Sul, em 2004, 15,1 óbitos por mil nascidos vivos, com maior participação do componente perinatal (18,7 por mil), enquanto que no ano de 1993 ocorreram 19,2 óbitos por mil nascidos vivos. Assim como no estado do RS, o declínio na mortalidade infantil ocorreu em todos os municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, com valores médios de 12,4 por mil.⁴⁸

As estatísticas de saúde⁴⁸ mostram que, dentre as causas de morte no Rio Grande do Sul, as doenças do aparelho circulatório representam a principal razão (30,77%), seguidas das neoplasias (19,77%) e pelas doenças do aparelho respiratório (12,16%). Os dados referentes à região da 17ª CRS/SES/RS são semelhantes, uma vez que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa (33,3%) em todos os municípios, seguidas pelas neoplasias (21,7%) e as doenças do aparelho respiratório (12,1%). Os dados, quando observados por faixa etária, particularmente entre aqueles com idade superior a 60 anos, mostram que, em 2004, no RS as doenças do aparelho circulatório aparecem em primeiro lugar (37,9%); na segunda posição, as neoplasias (20,5%); na terceira as doenças do sistema respiratório (15,3%) e, na quarta posição, as doenças endócrinas e metabólicas (6,0%).⁴⁸

Com relação aos indicadores de morbidade e fatores de risco, destaca-se que, entre as doenças de notificação compulsória, as que apresentaram maior incidência, em 2004, foram a hepatite viral, a leptospirose, outras meningites que não a meningocócica, e a coqueluche. Foram computados 8.233 casos positivos de hepatite viral no estado do RS, significando um índice de 7,6 casos por mil habitantes. A incidência de coqueluche teve significativa elevação no ano de 2004 (433 casos), em comparação com o ano de 2002 (141). O número de casos de

leptospirose apresentou queda no ano de 2004 (2.144 ocorrências) em relação ao ano de 2002 (3.688).

Dos 2.957 nascimentos registrados em 2002, a maior concentração, por idade da mãe, correspondeu à faixa de 20 a 34 anos (70,0%), sobressaindo também o alto percentual de mães entre 10 e 19 anos (17,0%). A maior proporção de mães adolescentes foi observada no município de São Valério do Sul (30,0%) e a menor no município de Bozano (6,7%).⁴⁸

Quanto aos recursos físicos em saúde, observa-se que a rede ambulatorial do SUS integra 125 unidades, em 2003, sendo 83,16% de natureza pública e 16,84% de natureza privada. O setor público predomina em todo o País, com participação bem acima da média na Região Norte (88%) e inferior no Sul (66%). Já em relação a rede hospitalar, o Brasil conta com 486 mil leitos em hospitais vinculados ao SUS, representando 2,8 por mil habitantes. Do total, 65% estão em hospitais da rede privada, 26% em instituições públicas e 9% em universitárias. Entre 1996 e 2001, houve redução no número total de leitos – o que vem ocorrendo ininterruptamente ao longo dos anos 90 e mostra coerência com a diretriz de mudança no modelo assistencial⁴⁵. Em relação a este dado na região da 17ª CRS/SES/RS, identifica-se que, em sua totalidade, há 3,5 leitos para cada mil habitantes (Tabela 03), porém nem todos os municípios possuem instituição hospitalar, talvez por ser recentemente emancipado ou em virtude de ser inviável sua manutenção em função do número de habitantes versus capacidade ocupacional.

De certa forma, os municípios têm, por uma ou outra razão, seguido a normatização da política nacional, que visa reorganizar o modelo de saúde, centrando-se mais na atenção básica e no desenvolvimento de ações de baixa complexidade. Contudo, as ações realizadas ainda seguem o modelo biomédico, centrado na patologia, buscando, portanto, dar conta dos eventos mórbidos. Para que o município atenda o que está pactuado nos princípios do Sistema Único de Saúde, deverá aumentar as ações de promoção da saúde, com ações de educação em

saúde e de vigilância epidemiológica, realizar o acolhimento da demanda e exercer a clínica ampliada, no sentido de resolver os problemas de saúde, individuais e coletivos. Além disso, na clínica ampliada o objetivo é diagnosticar, mas, sobretudo, entender e formular políticas de saúde para a população. No que tange aos aspectos preventivos, as ações desenvolvidas relativas a imunizações, houve um baixo percentual de cobertura vacinal no ano de 2005, tendo sido de 68,80%.⁵⁰

TABELA 03. Distribuição dos hospitais localizados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, quanto à classificação e número de leitos, 2006.

CLASSIFICAÇÃO	Município – Hospital	População	Nº de leitos
LOCAL	Ajuricaba - Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba	7.464	32
	Chiapetta - Sociedade Hospitalar Beneficente Chiapetta	4.481	32
	Condor – Sociedade Hospitalar Beneficente Condor	6.539	18
	Humaitá – Associação de Desenvolvimento Comunitário de Humaitá	4.754	30
	Pejuçara – Casa Beneficente de Saúde Rio Branco	4.189	21
	Santo Augusto - Sociedade Hospitalar Beneficente Nossa Senhora Aparecida	13.937	30
	São Martinho - Sociedade Cultural São Gregório	5.696	30
MICRORREGIONAL	Augusto Pestana – Associação Protetora Hospital São Francisco	7.741	40
	Campo Novo - Sociedade Hospitalar de Caridade Campo Novo	6.408	30
	Crissiumal – Hospital de Caridade de Crissiumal	13.620	58
	Ijuí - Sociedade Beneficente Hospital Bom Pastor*	78.992	35
	Panambi – Sociedade Hospital Panambi	34.633	76
	Santo Augusto – Associação Hospitalar Bom Pastor*	13.937	65
REGIONAL	Ijuí - Associação Hospital de Caridade de Ijuí*	78.992	230
MUNICÍPIOS QUE NÃO POSSUEM HOSPITAL	Bozano	2.188	
	Catuipe	10.198	
	Coronel Barros	2.454	
	Inhacorá	2.378	
	Jóia	8.284	
	Nova Ramada	2.723	
	Sede Nova	3.208	

* - Dois hospitais nestes municípios.

Obs. Há, ainda, no município de Ijuí, o Hospital Unimed, com 70 leitos, de natureza jurídica privada e que não mantém convênio com o Sistema Único de Saúde, sendo a única empresa desse gênero nesta região, iniciou suas atividades em abril de 2005, estando em processo de implantação, portanto não faz parte deste trabalho.

Uma das formas de classificação desses hospitais é quanto à sua abrangência. O Ministério da Saúde os classifica como local, microrregional e regional. Assim, os hospitais de abrangência local têm como principais características serem hospitais gerais, especializados, pertencerem à esfera administrativa privada, serem entidades sem fins

lucrativos e filantrópicos e, ainda, outros se constituindo como instituição privada lucrativa simples. Realizam internação de média complexidade e prestam atendimento ambulatorial e de emergência. Todos mantêm convênio com o SUS, atendem demanda espontânea e referenciada nas especialidades de clínica geral, cirúrgica, obstetrícia, pediatria. Seu enquadramento no nível de hierarquia é Média complexidade – M2 e M3 (Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos de média complexidade, abrangendo Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e ambulatorial de média complexidade).⁵¹

Já as instituições hospitalares microrregionais possuem como características básicas: serem hospitais gerais, especializados, pertencer à esfera administrativa privada, serem entidades beneficentes sem fins lucrativos, filantrópicos, que realizam internação de média complexidade e prestam atendimento ambulatorial e de emergência. Conveniados pelo SUS, atendem demanda espontânea e referenciada nas especialidades de clínica geral, cirúrgica, obstetrícia, pediatria. Além dessas, alguns mantêm atendimento em áreas como psiquiatria, ortopedia, traumatologia e nefrologia, outros somente na área de psiquiatria. Seu enquadramento no nível de hierarquia é alta complexidade – M3 (Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos de média complexidade, além dos procedimentos previstos nos estabelecimentos nos níveis de hierarquia 2 e 3, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade).⁵¹

A Associação Hospital de Caridade de Ijuí é a única instituição hospitalar de abrangência regional, especializado, geral, com esfera administrativa privada, sem fins lucrativos e filantrópica. A região de abrangência inclui as seguintes coordenadorias de saúde: 9^a, 12^a, 15^a, 17^a e 19^a, representando uma população de 1.282.927 pessoas, equivalente a 12,9% da população do estado, distribuída em 125 municípios. Serve de campo para a prática de ensino em diversas áreas do conhecimento. Realiza internação de média e alta

complexidade, presta atendimento ambulatorial, de urgência e emergência. Tanto ambulatorialmente como nas internações hospitalares atende nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, neurologia, ortopedia, obstetrícia, entre outras. Além destas, possui diversos serviços de alta complexidade como: terapia renal substitutiva, litotripsia extracorpórea, transplante renal e de córnea, tomografia computadorizada, angiologia, dermatologia, endocrinologia, reumatologia, psiquiatria, cirurgia plástica, cirurgia de tórax, urologia, proctologia, hemoterapia, unidade de tratamento intensivo adulto e neonatal. Desde 2003, mantém o Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON. Mantém convênios com diversas empresas de seguro saúde. Constitui-se em hospital de referência terciária, população local e regional, sendo referência para dezenas de municípios. Conveniado pelo SUS, atende demanda espontânea e referenciada. Realiza procedimentos previstos como alta HOS/AMB – Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ambulatorial.⁵¹

Retomando as questões dos hospitais, a quase totalidade deles possui somente equipamentos essenciais para atendimento básico. Quando necessário, os pacientes são encaminhados para outros serviços de referência, especialmente para a Associação Hospital de Caridade de Ijuí, o qual mantém aparelhamento radiodiagnóstico de alta tecnologia. Assim, quanto aos equipamentos em uso nos estabelecimentos de saúde, em 2005, havia uma distribuição diferenciada. Equipamentos de alta tecnologia existentes nos hospitais são reduzidos, como, por exemplo, o tomógrafo, que é ofertado somente por uma instituição hospitalar, a qual é referência para toda a região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, perfazendo 0,5 unidade por 100 mil habitantes, enquanto que a oferta deste equipamento na Região Sudeste do Brasil é de 1,3 unidade por 100 mil habitantes e de 0,9 na média do país. Já no que diz respeito a máquinas proporcionadoras para hemodiálise na região de abrangência do estudo, há uma média de 5,8 aparelhos para cada 100 mil habitantes, enquanto

que no Brasil existem, em média, 4,7 equipamentos de hemodiálise para cada grupo de 100 mil habitantes.

A quase totalidade dos 2.957 partos realizados na região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, em 2002, ocorreu em hospitais (99,6%), realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo segmento de planos e seguros privados. A proporção de partos cesarianos ainda é elevada (52,3%), bem maior do que a taxa média do Brasil (38%). Em relação à assistência pré-natal, aproximadamente metade das gestantes passou por sete e mais consultas de acompanhamento em 2002, com destaque para os municípios de Humaitá (90,6%) e Ajuricaba (86,2%) e, em menor proporção, o município de São Valério do Sul (27,5%).

No Rio Grande do Sul, entre os anos de 2002 e 2004 os indicadores evidenciam que houve um aumento na cobertura vacinal. As vacinas pólio oral BCG e tetravalente atingiram uma cobertura próxima de 100%, enquanto que a tríplice viral foi de 87%, tendência essa encontrada também nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS.⁴⁸

O conjunto dos dados acima descritos permite visualizar que a estrutura disponível para atender as demandas da população, em todos os setores da atividade econômica, de educação e de saúde, ainda é insuficiente. Portanto, vislumbram-se novos desafios a serem enfrentados para as próximas décadas, em especial no campo da saúde, pois, embora permaneça a ocorrência de doenças próprias da infância e de natureza aguda, concomitantemente, haverá morbidades resultantes, principalmente, de variáveis comportamentais, características do estilo de vida das pessoas, associadas ao aumento da expectativa de vida e ao mundo contemporâneo. Tais informações apontam para a importância da adoção de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente de assistência, tratamento e reabilitação, mas também e, principalmente, da implantação de políticas e ações preventivas e de promoção da saúde, para a população como um todo, com vistas à promoção do envelhecimento ativo e saudável. Já no que tange particularmente à

população idosa, devem-se tomar medidas específicas de manutenção da autonomia e capacidade funcional e, ainda, implantação de estratégias de cunho preventivo, com o propósito da não-instalação de disfuncionalidades, incapacidades, dependência e, por que não, a institucionalização.

Este cenário já é pauta de preocupação, uma vez que, no anexo da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999,⁷ que trata da Política Nacional da Saúde do Idoso, consta que as modificações no perfil epidemiológico ocasionam elevados custos com tratamentos médicos e hospitalares e, concomitantemente, se configuram em um desafio para as autoridades sanitárias, particularmente no que se refere à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento desse problema. Inclui, ainda, que a pessoa idosa consuma mais serviços de saúde, as internações hospitalares sejam mais frequentes e o tempo de ocupação do leito seja maior do que o de outras faixas etárias. Enfatiza que, em geral, as doenças que acometem os idosos são crônicas, múltiplas e perduram por vários anos, exigindo acompanhamento médico, equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

A transição epidemiológica que acompanha o envelhecimento populacional aponta para o aumento dos custos, decorrente da alteração no padrão de morbidade. Enfermidades que acometem os idosos, geralmente, são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico contínuo.⁵² Além disso, conforme aumenta a proporção de idosos com idade avançada, eleva-se também o percentual da população que sofre de enfermidades crônicas e incapacidades, determinando maior necessidade de recursos médico-hospitalares para esse contingente, enquanto que os gastos da atenção a casos agudos se mantêm constantes.

Informações relativas à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do ano de 1997, com base na população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, concluíram que o idoso consome muito mais recursos de saúde em comparação com outras faixas etárias.

Naquele ano, o Sistema arcou com 2.073,915, de um total de 12.715.568 de autorizações de internações hospitalares (16,3%) destinadas para pacientes na faixa etária igual ou superior a 60 anos de idade, ou seja, para 7,9% da população total.⁵¹

TABELA 04. Distribuição dos municípios/hospitais, quanto ao número de internações total e o número de internações de pessoas idosas, 2006.

MUNICÍPIO	2005		
	Nº de internações	Nº internações de idosos	%
Ajuricaba	498	162	32,53
Augusto Pestana	465	228	49,03
Campo Novo	422	163	38,62
Chiapetta	348	112	32,18
Condor	335	110	32,83
Crissiumal	997	365	36,60
Humaitá	378	152	40,21
Ijuí	8713	2564	29,42
Panambi	1500	444	29,06
Pejuçara	222	86	38,73
Santo Augusto	2135	599	28,05
São Martinho	397	168	42,31
TOTAL	16410	5153	31,40

Fonte: Brasil, SIH-MS, 2006.

Na região deste estudo, tendo por base os dados registrados no Sistema de Informações sobre Autorização de Internações Hospitalares (SIH-MS),⁵¹ o número total de internações hospitalares, comparado com o número de internações de idosos que, em 2000, representava 11,40% da população desta região chama a atenção. Verifica-se que, em 2005, esse grupo teve um percentual de internações que variou de 28,05% a 49,03%, conforme pode ser visto na Tabela 04, demonstrando a elevada procura deste segmento populacional pelos serviços de saúde hospitalar. Neste mesmo ano, do total de 16.410 internações, 5.153 foram de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, perfazendo um percentual de 31,40% do total de internações na região, percentual diferente do apresentado no estado do RS, uma vez que, em 2005, o número total de internações foi de 735.157, sendo que a de idosos foi de 194.552, correspondendo a um percentual de 26,46% das internações.

O gradual aumento do número de internações hospitalares por parte da população idosa, em nosso país, constitui-se em uma realidade. Pesquisa⁴⁹ mostra que as demandas da população idosa por assistência à saúde são tão expressivas que o atendimento aos idosos já corresponde a 23% dos gastos públicos, no país, somente com internações hospitalares.

Estudos de 1996 já evidenciavam que o coeficiente de hospitalização⁴, o índice de hospitalização⁵ e o índice de custo de hospitalizações do SUS⁶ são mais elevados na faixa etária igual ou superior a 60 anos de idade, quando comparada a qualquer outra faixa etária da população brasileira. Além disso, os índices de hospitalização e de custo hospitalar se elevam progressivamente após os 60 anos e a ocorrência de reinternações entre os idosos é cinco vezes maior do que na faixa etária de 15-19 anos.⁵³

Embora os custos com saúde sejam desproporcionais, uma vez que os idosos consomem mais, isto não quer dizer que o atendimento a essa parcela da população seja adequado, em termos de recursos físicos e humanos. Situação que se agrava, pois a maior parte dos custos é destinada à hospitalização, descentralizando o foco da promoção da saúde e da prevenção de agravos mórbidos. Cabe aos gestores e profissionais da saúde pensar em intervenções que possibilitem ao idoso o acesso a serviços adequados às suas necessidades, com o objetivo de prevenir e reduzir a carga de limitações, morbidades crônicas e mortalidade prematura. Ainda, que permitam restringir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida, enfim, constituir-se em serviço de saúde acessível, de alta qualidade e adequado para as pessoas que estão vivenciando a velhice.

⁴ Número de hospitalizações dividido pelo número de habitantes.

⁵ Número de dias de hospitalização consumido por habitante/ano.

⁶ Custo de hospitalização demandado por habitante.

4.2 Recursos humanos de enfermagem da rede hospitalar dos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS

Os recursos humanos inseridos no processo de produção de serviços de saúde constituem-se em elementos fundamentais nesse mercado, uma vez que sua força de trabalho condiciona os resultados auferidos. Além disso, a constante interação necessária e existente entre o indivíduo que produz e o sujeito que usufrui o serviço torna o trabalho um componente embrionário na eficiência e eficácia da organização prestadora de serviços de saúde. Salienta-se que, em se tratando de recursos humanos da área de saúde, esses são, também, os detentores do conhecimento necessário para o desenvolvimento das ações, sendo os responsáveis por assegurar assistência qualificada, no que diz respeito a aspectos técnicos e interacionais.

Assim, ao analisar o quadro funcional das instituições hospitalares existentes nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, verifica-se que o percentual de profissionais de enfermagem, em relação ao total de profissionais, oscila de 40,2% a 56,3%, com média de 42,1% (Tabela 05), evidenciando que essa categoria constitui a maior parte dos profissionais da rede hospitalar. Estes percentuais são similares aos encontrados por Bittar⁵⁴ em seu estudo sobre a distribuição dos recursos humanos em hospitais gerais no Estado de São Paulo, no qual os dados revelam que o pessoal de enfermagem representa, em média, 39% do total dos recursos humanos do hospital, com uma amplitude que variou de 31,4 a 54,5%.

TABELA 05. Distribuição dos hospitais, segundo sua classificação, número de funcionários e de pessoal de enfermagem, 2006.

CLASSIFICAÇÃO	Município – Hospital	Número total de funcionários	Pessoal de Enfermagem		
			N	%	
LOCAL	Ajuricaba - Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba	26	12	46,2	
	Chiapetta - Sociedade Hospitalar Beneficente Chiapetta	19	10	52,6	
	Condor – Sociedade Hospitalar Beneficente Condor	15	07	46,7	
	Humaitá – Associação de Desenvolvimento Comunitário de Humaitá	16	08	50,0	
	Pejuçara – Casa Beneficente de Saúde Rio Branco	17	07	41,2	
	Santo Augusto - Sociedade Hospitalar Beneficente Nossa Senhora Aparecida	18	08	44,4	
	São Martinho - Sociedade Cultural São Gregório	24	12	50,0	
	Augusto Pestana – Associação Protetora Hospital São Francisco	27	11	40,7	
	Campo Novo - Sociedade Hospitalar de Caridade Campo Novo	21	10	47,6	
	Crissiumal – Hospital de Caridade de Crissiumal	61	25	41,0	
MICRORREGIONAL	Ijuí – Sociedade Beneficente Hospital Bom Pastor	48	20	41,7	
	Panambi – Sociedade Hospital Panambi	75	34	45,3	
	Santo Augusto - Associação Hospitalar Bom Pastor	76	35	46,0	
	REGIONAL	Ijuí - Associação Hospital de Caridade de Ijuí	728	293	40,2

Resultados da pesquisa acerca de recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba/MG mostram que os recursos humanos de enfermagem representam parcela significativa do pessoal alocado nos serviços de saúde, sendo que a área hospitalar constitui-se em importante mercado de trabalho para esses profissionais.⁵⁵

Vale lembrar que os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem, com vistas à cobertura assistencial nas instituições de saúde, devem seguir o preconizado na Resolução 293/04 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), tendo como finalidade garantir a segurança, a qualidade da assistência e a

continuidade da atenção ao paciente.⁵⁶ A referida resolução aponta que o dimensionamento e a adequação quanti-qualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas: à *instituição*, como porte, estrutura organizacional, tipo de serviço ofertado, política de pessoal, tecnologia e complexidade dos serviços, entre outros; ao *serviço de enfermagem*, tendo como fundamento legal a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções do COFEN e Decisões dos CORENs⁷; à *clientela*, atentando para o sistema de classificação de pacientes (SCP)^{8,57} e para a realidade sociocultural e econômica. Em seu art. 1º, § 2º, a Resolução 293/04 ressalta que esses *parâmetros podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.*

4.3 Caracterização sócio-demográfica da amostra estudada

A Tabela 06 mostra a caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo. Quanto ao gênero, evidencia-se que 86,5% são do sexo feminino e 13,5% do sexo masculino. Em relação ao estado civil, identifica-se a predominância de casados, com 68,9%; seguidos dos solteiros, 21,6%; separados/divorciados, 6,8%; e de viúvos, 2,7%. Os profissionais afirmam seguir credo religioso, sendo que a maior parte professa a religião católica (82,4%) e, em menor proporção, a evangélica (15,6%). Ao serem questionados se possuíam descendentes diretos, 75,6% deles responderam que sim, tendo, em média, dois filhos.

Também, pode-se observar que a maior parte dos profissionais de enfermagem está na faixa etária compreendida entre 30 e 39 anos de idade (41,9%); na seqüência, a de 20 a 29

⁷ COREN – Conselho Regional de Enfermagem – cada Estado da Federação possui um conselho.

⁸ SCP - O Sistema de Classificação de Pacientes *é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem..*

anos (29,7%); e, em menor presença, estão os com idade superior a 40 anos (28,4%). Esses dados estão em conformidade com resultados encontrados em estudos que, entre outros temas, buscaram caracterizar o perfil sócio-demográfico da população de profissionais da equipe de enfermagem.^{58,59}

TABELA 06. Distribuição da amostra do estudo quanto a: gênero, idade, estado civil, religião e filhos, 2006.

Variável	n (74)	%
<i>Gênero</i>		
Masculino	10	13,5
Feminino	64	86,5
<i>Idade</i>		
20 – 29 anos	22	29,7
30 – 39 anos	31	41,9
40 – 49 anos	10	13,5
> 50 anos	11	14,9
<i>Estado Civil</i>		
Casado	51	68,9
Solteiro	16	21,6
Desquitado/divorciado	05	6,8
Viúvo	02	2,7
<i>Religião</i>		
Católica	61	82,4
Evangélica	13	15,6
<i>Possui filhos</i>		
Sim	56	75,7
Não	18	24,3

Destes dados, chama atenção à acentuada prevalência de mulheres na equipe de enfermagem, constituindo-se em uma característica desta profissão. Essa é uma ocupação eminentemente manual e carrega a fragilidade de, historicamente, ter sido exercida predominantemente por mulheres.⁶⁰

Monticelli⁶¹ refere que a principal característica na *força de trabalho em enfermagem é a feminização*. Menciona também que, mesmo antes da década de 70, quando a participação feminina no mercado de trabalho brasileiro era reduzida, a enfermagem estava entre as

profissões que detinham o maior número de mulheres empregadas nas instituições de saúde, exercendo especialmente ações de cuidar.

Em estudo realizado no final da década de 80 acerca da feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira, constatou-se a predominância feminina em todas as categorias de profissionais de enfermagem, chegando, entre os enfermeiros, aos índices de 94,1%; entre os técnicos de enfermagem, esse indicador baixa para 89%, e, entre os auxiliares de enfermagem, os percentuais registram 91,5% de feminização. Atualmente, o aumento de homens na profissão é gradual e estável, o que se deve, sobretudo, à *segurança, estabilidade e garantias* de postos de trabalho que a área oferece. Esse argumento encontra sua maior expressão entre auxiliares e técnicos de enfermagem, parcela da população de profissionais que é advinda de extratos socioeconômicos mais baixos.⁶²

Com outro olhar, Pereira e Bellato⁶³ constataam que o cuidar do ser humano, como um dos condicionantes da manutenção da vida, sempre foi atribuição feminina, desde as eras pré-patriarcais até o presente.

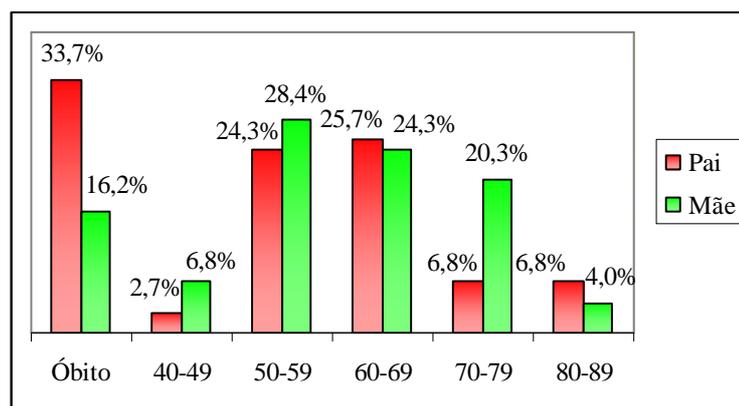


FIGURA 03. Distribuição da amostra do estudo quanto à idade dos pais, 2006.

Considera-se que a interação pessoal do indivíduo com pessoas de suas relações no cotidiano, especialmente com as quais possui vínculos e laços de afetividade, serve de base para o entendimento, compreensão e, também, como modulador de comportamentos e

atitudes que balizam as ações no espaço de trabalho. Assim, verifica-se que 29 (39,2%) e 36 (48,6%), pai e mãe respectivamente, dos profissionais de enfermagem possuem idade superior a 60 anos, ou seja, são idosos. Observa-se, ainda, que há um significativo percentual de profissionais, em torno de 26%, que possuem seus pais com idade próxima de sessenta anos. Do mesmo modo, chama a atenção o elevado número de profissionais que já não possui pai ou mãe, uma vez que já faleceram, sendo que foram a óbito 33,8% e 16,2%, dos pais e mães, respectivamente (Figura 03).

4.3.1 Formação e atualização dos profissionais de enfermagem

O número de profissionais registrados e em atividade no Conselho Regional de Enfermagem do RS é de 78.976 profissionais, sendo 10.671 (13,5%) enfermeiros, 40.195 (50,9%) técnicos de enfermagem e 28.110 (35,6%) auxiliares de enfermagem. Vale salientar que há uma progressiva substituição do auxiliar pelo técnico de enfermagem, como prevê a atual legislação profissional, segundo dados do COREN/RS, de 2006.

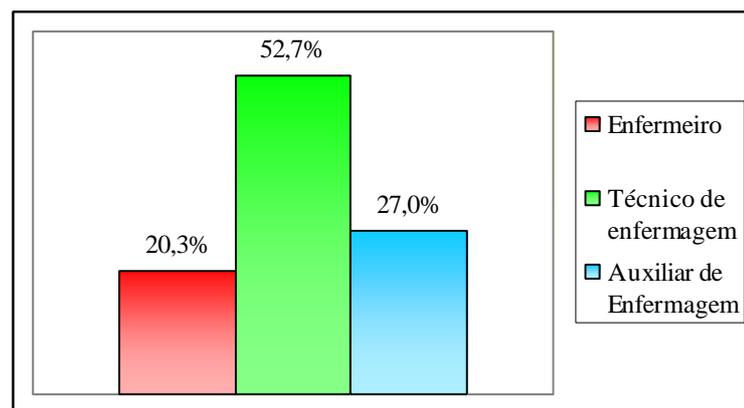


FIGURA 04. Distribuição da amostra do estudo quanto à categoria profissional de enfermagem, 2006.

Quanto à categoria, os profissionais participantes deste estudo estão distribuídos da seguinte forma: 15 (20,3%) são enfermeiros; 40 (52,7%) são técnicos de enfermagem e 19 (27%) são auxiliares de enfermagem (Figura 04).

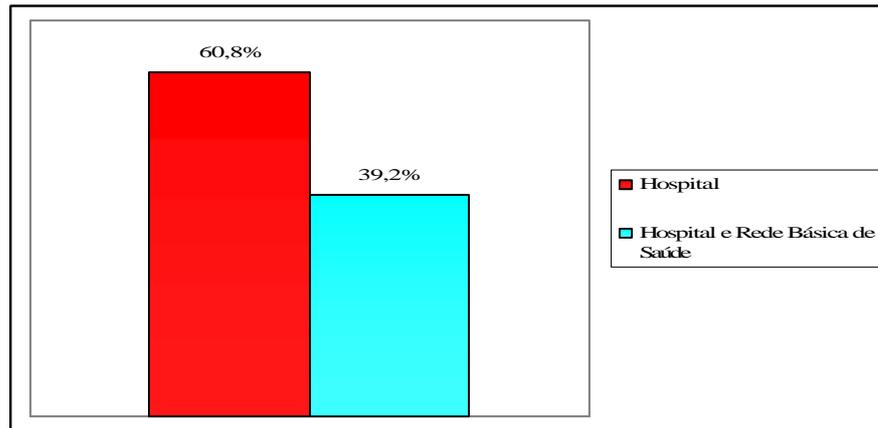


FIGURA 05. Distribuição da amostra do estudo, quanto ao local de trabalho, 2006.

Em relação ao campo de atuação, verifica-se que 45 (60,8%) deles atuam somente na área hospitalar, enquanto que 29 (39,2%) mencionaram estar atuando ou já ter desenvolvido atividades também na rede básica de saúde, conforme pode ser observado na Figura 05.

No que tange à atuação dos profissionais de enfermagem, estudo sobre o mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde,⁶⁴ para o qual foram utilizadas informações contidas na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) dos anos de 1995 e de 2000, verificou que, respectivamente, 35,4% e 35% dos enfermeiros e 54,1% e 52,2% dos auxiliares de enfermagem encontravam-se empregados em instituições hospitalares.

Essas informações evidenciam que há um equilíbrio na oferta de vagas de trabalho para o pessoal de enfermagem de nível médio nos serviços hospitalares e na rede básica de saúde. Contudo, para os profissionais de enfermagem de nível superior não há a mesma equidade, uma vez que somente um terço dos enfermeiros desempenham suas atividades em instituições hospitalares.

Ao cruzar as informações referentes ao tempo de formação com o tempo de trabalho, identificam-se oito discordâncias entre esses tempos, conforme pode ser identificado na Figura 06. Em relação ao tempo que os profissionais estão formados, constata-se que a maior parte (42 - 56,8%) concluiu seu curso há mais de quatro anos, sendo que este representa

também o maior contingente de pessoas (48 - 64,9%) que está no mercado de trabalho há mais tempo. Neste mesmo grupo, observa-se que cerca de 9% dos profissionais exerciam suas atividades mesmo antes de ter concluído sua formação. Isto se deve, em parte, ao número de vagas existentes nos serviços de saúde, havendo pouca disponibilidade de profissionais e, também, por ser um setor da atividade econômica que, tradicionalmente, gera emprego para um bom número de profissionais, isto faz com que as pessoas acessem em outras atividades diferentes da enfermagem, buscando posteriormente a qualificação necessária e ingressando na equipe de enfermagem. Embora entre os formados de dois a quatro anos atrás se constate que houve demora a inserir-se no mercado de trabalho, podendo ser interpretado como excesso de profissionais em relação ao número de vagas existentes nos serviços de saúde, percebe-se, porém, que no último ano há um equilíbrio entre a disponibilidade de profissionais e o número de vagas. Isto se deve, provavelmente, à elevação na oferta de cursos na área de enfermagem, nesta região, tanto de nível médio como superior.

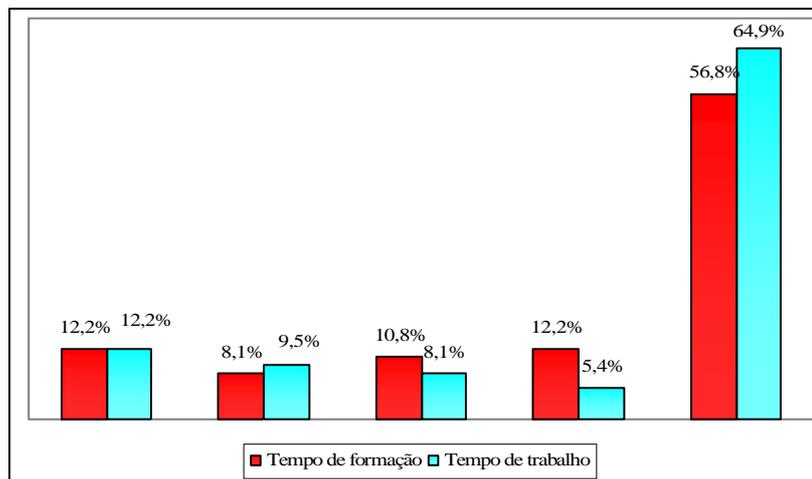


FIGURA 06. Distribuição da amostra do estudo quanto ao tempo de formação e de trabalho, 2006.

A Tabela 07 mostra que, entre os profissionais de enfermagem que estão atuando há menos de um ano, não houve procura por cursos, seminários ou encontros de atualização

profissional nesse período. Já à medida que o tempo vai passando, percebe-se que a busca por qualificação aumenta gradativamente, sendo maior entre os que possuem maior tempo de formação 25 (59,5%). Pelo teste qui-quadrado, verifica-se que existe associação significativa ($p = 0,014$) entre a realização de atualização e o tempo de formação do profissional (< que 04 anos e 4 anos ou +), sendo duas vezes mais prevalente entre os que estão formados há quatro anos ou mais em relação aos que possuem tempo de formação inferior a esse.

Tabela 07. Tempo de formação e realização de cursos de atualização, 2006.

Tempo de formação	Realizou atualização		Total n (%)
	sim (%)	não (%)	
< de 1	0 (0)	9 (100)	09 (100)
1 --- 2	2 (33,3)	4 (66,7)	06 (100)
2 --- 3	3 (37,5)	5 (62,5)	08 (100)
3 --- 4	4 (44,4)	5 (55,6)	09 (100)
4 ou +	25 (59,5)	17 (40,5)	42 (100)
Total	34 (45,9)	40 (54,1)	74 (100)

Neste quesito, cerca de 54% dos profissionais, independente da categoria, não buscaram curso, evento ou encontro algum, com vistas à atualização e qualificação de suas atividades práticas. Ao analisar por categoria profissional, verifica-se que 29 (72,5%) dos técnicos em enfermagem, 05 (33,3%) dos enfermeiros e 06 (31,6%) dos auxiliares de enfermagem não o fizeram (Tabela 08). No teste qui-quadrado, identifica-se a existência de associação altamente significativa ($p=0,003$) entre categoria profissional e procura por curso de atualização ou qualificação.

Tabela 08. Categoria profissional e curso de atualização, 2006.

Categoria Profissional	Realizou atualização		Total n %
	Sim (%)	não (%)	
Enfermeiro	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)
Técnico de enfermagem	11 (27,5)	29 (72,5)	40 (100)
Auxiliar de enfermagem	13 (68,4)	6 (31,6)	19 (100)
Total	34 (45,9)	40 (54,1)	74 (100)

Esses dados apontam para a necessidade de aumentar o foco de atenção nos profissionais de nível médio, fazendo com que os mesmos possam frequentar cursos,

seminários, encontros de qualificação, uma vez que os avanços tecnológicos na área de saúde ocorrem continuamente e de forma muito rápida. Afinal não havendo acompanhamento desses avanços por parte dos profissionais, a qualidade do cuidado a ser ofertado pode ficar seriamente comprometida.

Ainda em relação a essa questão, parece haver um pacto tácito entre profissionais da equipe de enfermagem e as direções dos hospitais. Os profissionais não aspiram e nem se sentem motivados a participar de tarefas que lhes possibilitem ampliar e atualizar seus conhecimentos; por sua vez as direções executivas dos hospitais não cobram e nem estimulam de seus funcionários a participarem de atividades de atualização e/ou capacitação, visando à qualificação de seu quadro de pessoal.

Nesse sentido, identifica-se que diversas instituições de saúde não possuem uma política de investimentos formalizada, com previsão orçamentária, para a qualificação continuada de seu quadro funcional.⁶⁵ Salienta-se que o retorno desse investimento fica explícito na melhora do rendimento pessoal, pois só o profissional bem preparado tem condições de lidar com os rápidos avanços da tecnologia, com a alta complexidade dos diagnósticos e, conseqüentemente, pode garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades do paciente/cliente nas organizações de saúde.

A idéia de qualificação é a de oferecer ao profissional uma atualização, seja relativa às inovações tecnológicas em suas áreas de atuação, seja pela necessidade de incorporar uma nova atividade entre aquelas desenvolvidas na organização ou, ainda, seja pela constatação de que está havendo um desempenho insatisfatório do trabalhador técnico.⁶⁶ Entendida desta forma, a qualificação visa o desenvolvimento dos recursos humanos, considerando o que ocorre na instituição, ou seja, a avaliação do desempenho dos funcionários e as inovações introduzidas nesse espaço.

Vale enfatizar que, além do conhecimento e habilidades técnicas, os profissionais da saúde devem *ter uma visão geral do contexto em que eles estão inseridos e um forte compromisso social*. Igualmente, há necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.⁶⁶ Destaca-se que as transformações que vêm ocorrendo no país são, também, de cunho demográfico em que há um progressivo aumento da população idosa, modificando, assim, o perfil da clientela que acessa os serviços de saúde.

4.3.2 Interação dos profissionais de enfermagem com idosos e formação na área gerontogeriatrica

Mesmo que o trabalho de enfermagem tenha como núcleo central de ação o conjunto de técnicas que possibilita o cuidar e o cuidado, entende-se que esses profissionais se utilizam, também, da comunicação e da interação para executar os procedimentos técnicos. Igualmente, considera-se que o cuidado qualificado é resultante do entrelaçamento entre o saber técnico e a relação interpessoal do profissional de enfermagem com o paciente e seus familiares.

A forma como a pessoa concebe o cenário em seu cotidiano, de algum modo, contribui na conduta, na atitude e no comportamento adotados nos diferentes espaços de trabalho. Por isso, a maneira como o profissional de enfermagem percebe o idoso em seu meio familiar ou social - como um indivíduo frágil, carente, afetivo ou como um ser ranzinza, inútil, inoportuno - interfere na interação que ele mantém com pessoas idosas em seu local de trabalho, considerando que a maior parte da amostra do estudo possui contato com idosos fora do ambiente laboral, como pode ser constatado na Figura 07.

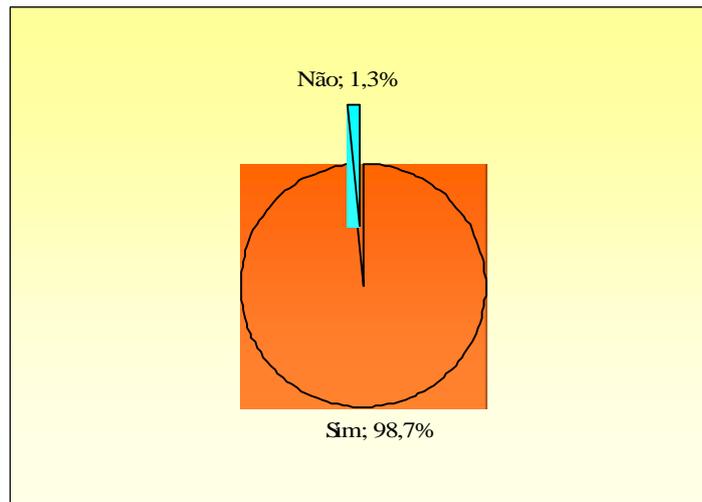


FIGURA 07. Distribuição da amostra do estudo quanto ao contato com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, 2006.

Além disso, há de se considerar os aspectos relativos à profissão em si e o ambiente de trabalho como determinantes no bom desempenho em campo de trabalho e na interação com os usuários dos serviços. O desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde é influenciado pela competência, gerenciamento e forma como estão distribuídos os profissionais. Salienta-se que esses aspectos são determinados conforme a política, sistema de regulação, a disponibilidade de recursos e as relações hierárquicas entre os atores envolvidos.⁶⁷ Portanto, a atuação profissional não depende somente de cada trabalhador, mas da forma como ocorrem as relações mútuas entre usuário, recursos humanos e as políticas do estabelecimento de saúde. Desse modo, a atividade profissional contempla a execução de técnicas e procedimentos e a interação dos atores inseridos em um dado contexto de trabalho.

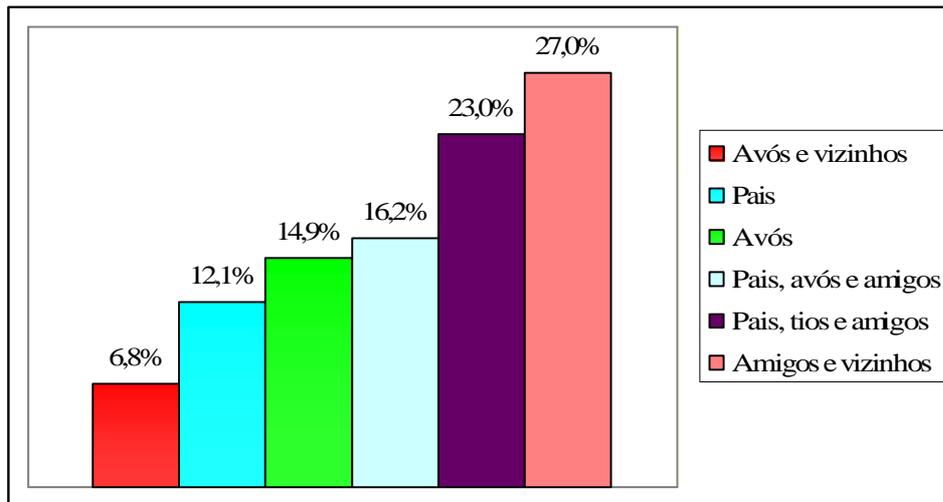


FIGURA 08. Distribuição da amostra do estudo quanto ao relacionamento com pessoas idosas, fora do ambiente de trabalho, 2006.

Ao serem questionados quanto ao vínculo que possuem com os idosos com que mantêm contato fora do ambiente de trabalho, identifica-se que o relacionamento se dá com os próprios familiares, pais, avós e tios e, também, com amigos e vizinhos (50%), conforme mostra a figura 08. Essa condição permite ao profissional de enfermagem a obtenção de habilidades comunicativas e interacionais com esse estrato populacional, podendo contribuir para um bom relacionamento desses profissionais com os pacientes idosos quando no ambiente hospitalar.

Esse dado possibilita, ainda, concluir que atualmente, em função do aumento da expectativa de vida e conseqüente elevação no número de pessoas idosas, a interação entre diferentes faixas etárias é um fenômeno comum, especialmente no meio social onde as pessoas vivem e, portanto, não se limitando ao ambiente de trabalho das mesmas.

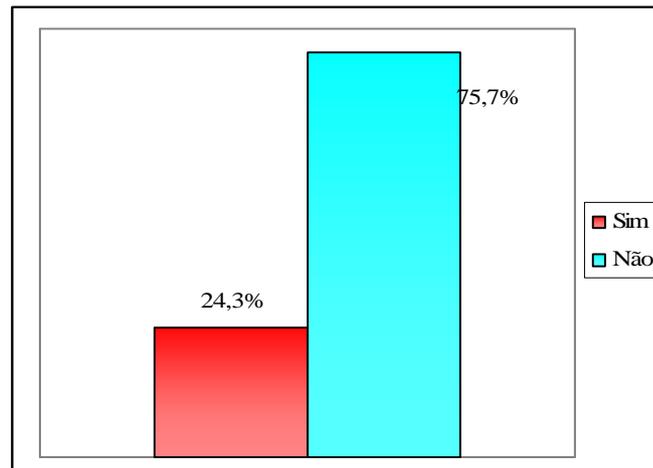


FIGURA 09. Distribuição da amostra do estudo quanto à existência de disciplina com conteúdos relativos à gerontologia, geriatria ou envelhecimento no curso que realizou, 2006.

Analisando a Figura 09, pode-se identificar que somente 18 (24,3%) entrevistados cursaram disciplinas específicas no campo da geriatria, gerontologia ou envelhecimento humano, ou seja, tinham como objetivo discutir conteúdos próprios desta área do conhecimento, no curso que realizaram com vistas à sua formação, enquanto que 56 (75,7%) informaram não ter este componente na grade curricular no curso realizado.

Ao cruzar os dados entre a variável categoria profissional e a presença de disciplinas na grade curricular do curso que realizou, constata-se que a maior parte dos cursos de nível médio não apresentava disciplinas 50 (84,7%), enquanto que nos cursos de nível superior realizados por 9 (60%) entrevistados havia esse componente curricular, conforme pode ser observado na Tabela 09.

Pelo teste exato de Fisher, verifica-se a existência de associação altamente significativa ($p=0,001$) entre a categoria profissional e a presença de disciplinas na grade curricular do curso de formação.

Talvez este baixo percentual de cursos que possuem disciplinas relacionadas à geriatria, gerontologia ou envelhecimento, seja por esta ser uma área emergente no campo da saúde e, também, na enfermagem. Ou seja: uma área de preocupação pontual de algumas

instituições de ensino na formação de profissionais de enfermagem, tanto de nível médio como de nível superior.

TABELA 09. Categoria profissional e presença de disciplina sobre gerontologia, geriatria ou envelhecimento na grade curricular do curso que realizou, 2006.

Categoria Profissional	Presença de disciplina no curso		Total
	sim (%)	não (%)	n (%)
Enfermeiro	9 (60)	6 (40)	15 (100)
Técnico / Auxiliar	9 (15,3)	50 (84,7)	59 (100)
Total	18 (24,3)	56 (75,7)	74 (100)

No entanto, o contexto social sofre contínuas transformações e, sendo assim, o sistema de saúde também se modifica ininterruptamente, buscando dar conta das demandas que vão emergindo. Nesta direção, a enfermagem como uma profissão inserida neste cenário, vivencia continuamente tal processo de mudanças, e sua formação constitui instrumento fundamental para fazer frente às transformações decorrentes da própria sociedade.

Contudo, tradicionalmente, a formação dos profissionais de enfermagem tem se guiado pelo modelo biomédico, que já demonstrou não se adaptar à situação dos idosos, na medida em que se *corre o risco de converter todas as manifestações do envelhecimento, em estados patológicos*.⁶⁸ Por outro lado, o direcionamento central da *cura* preconizado por esse modelo provoca insatisfação nos profissionais, nas instituições prestadoras de cuidados e nos próprios usuários. Estas constatações provocam a necessidade de mudança, que, como defende Huberman,⁶⁹ *implica a ruptura com o hábito e a rotina*; porém, a obrigação de pensar de forma nova nem sempre é fácil e só poderá ser efetuada com o auxílio de várias disciplinas.

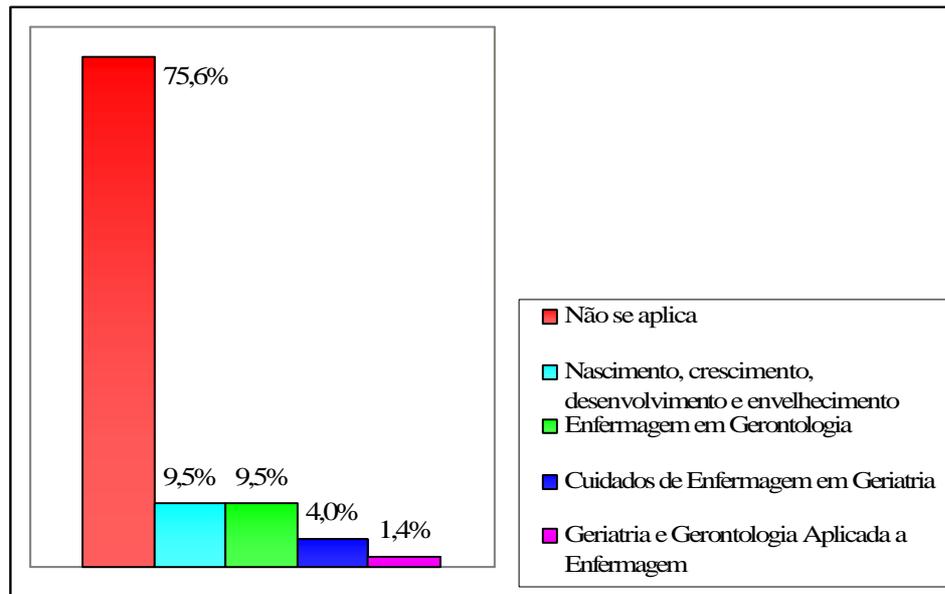


FIGURA 10. Distribuição da amostra do estudo quanto à nomenclatura da disciplina, 2006.

Em relação às disciplinas existentes nos cursos realizados pelos sujeitos da pesquisa, identifica-se uma variabilidade em sua denominação. Contudo, observa-se uma tendência com enfoque nos aspectos da geriatria e gerontologia vinculados ao campo de atuação da enfermagem. Nesse caso, os conteúdos abordados nas disciplinas, independente da nomenclatura adotada, versam sobre o processo de envelhecimento, legislação e cuidados de enfermagem (Figura 10). Constata-se que, no contexto da evolução das políticas de proteção social à velhice, estas visam dar conta do *continuum* da existência dos indivíduos. Assim, a formação de recursos humanos em enfermagem constitui um fator estratégico das políticas de atenção à população idosa ao contribuir para a construção do conhecimento no campo do envelhecimento e orientar-se para uma intervenção compreensiva, centrada na pessoa que envelhece, no seu contexto e, em especial, quando necessita de cuidado. Assuntos como envelhecimento e sociedade, políticas de atenção, intervenções e cuidados gerontológicos, aspectos relativos à prevenção de morbidades e de promoção da saúde devem estar entre os conteúdos a serem desenvolvidos no decorrer do curso.

Destaca-se que 8 (10,8%) dos profissionais entrevistados mencionaram que tiveram conteúdos relativos à geriatria, gerontologia ou envelhecimento em disciplinas que não

possuíam o objetivo único de tratar desses temas, como pode ser observado na Figura 11. Informaram, ainda, que esse tema foi desenvolvido em disciplinas como saúde coletiva, saúde do adulto, saúde da comunidade e enfermagem clínica-cirúrgica.

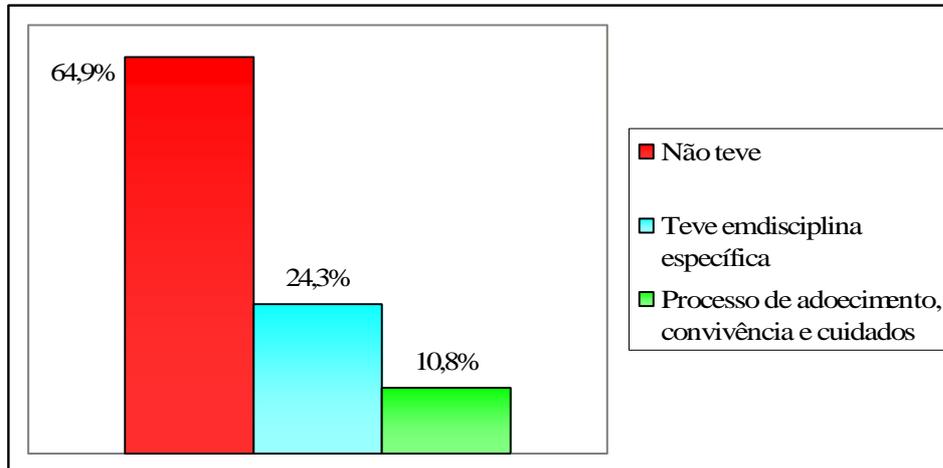


FIGURA 11. Distribuição da amostra do estudo quanto à presença de conteúdos em disciplinas não específicas e os assuntos abordados, 2006.

Quando questionados sobre a realização de curso de atualização, 40 (54,1%) expressaram não ter participado de nenhuma atividade de atualização. Enquanto que 32 (43,2%) participaram de qualificação ou atualização em outra área da saúde e, dos profissionais que participaram de alguma atualização, somente 2 (2,7%) o fizeram na área de geriatria, gerontologia ou envelhecimento (Figura 12). Esses dados dão a entender que a área do envelhecimento é pouco procurada e parece, ainda, não ter despertado o interesse dos profissionais de enfermagem ou se constitui em um campo que não possui oferta suficiente de cursos, seminário, encontros, entre outros, nesta região do estado do RS, para que possa ser acessado pelos profissionais, quando da busca por qualificação. Salienta-se que, como a maior parte dos hospitais está localizada em pequenos municípios, nos quais geralmente não há oferta de cursos ou eventos que possibilitem aos profissionais ter acesso aos mesmos, favorecendo sua qualificação. Quando alguém deseja freqüentar um curso, há necessidade de deslocamento para centros maiores, o que dificulta sua participação.

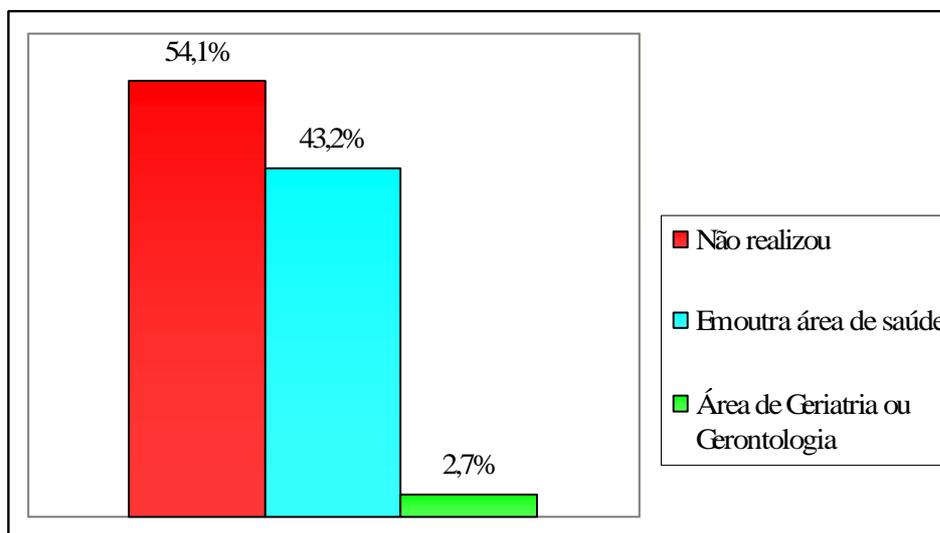
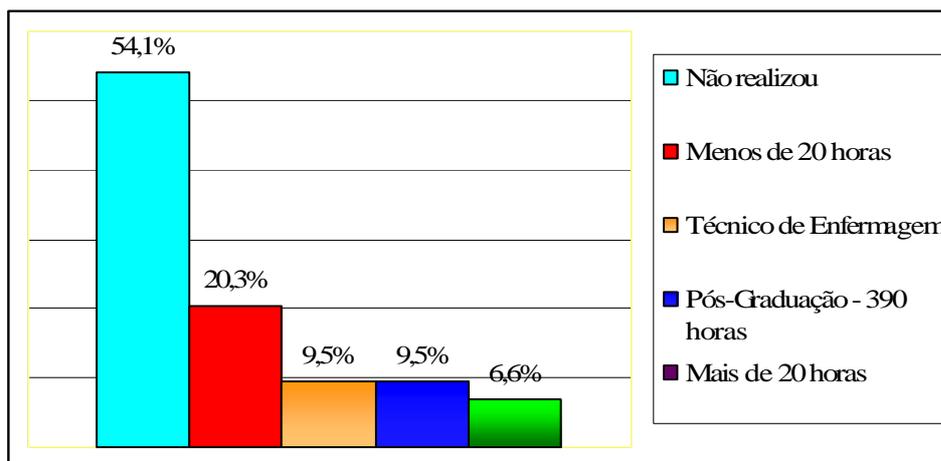


FIGURA 12. Distribuição da amostra do estudo quanto à realização de atualização profissional e em que área realizou, 2006.

Em relação a essa situação, considera-se a educação permanente em saúde como necessária. A velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos profissionais.⁷⁰ Problemas como a reduzida disponibilidade de profissionais; a distribuição irregular, tendo concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas; a crescente especialização e suas conseqüências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas; o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência; demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de profissionais.⁷⁰



Nota: Não houve curso de atualização com duração de 20 horas

FIGURA 13. Distribuição da amostra do estudo quanto à duração do curso de atualização que realizou, 2006.

Entre os que realizaram cursos de qualificação, verifica-se que 15 (20,3%) deles tinham menos de 20 horas-aula de duração, constituindo-se em curso de atualização, do tipo informativo (Figura 13). Nessa mesma figura, pode-se constatar que 07 (9,5%) dos entrevistados cursaram pós-graduação e o mesmo número e percentual cursou o técnico de enfermagem. O que chama a atenção é que 40 (54,1%) dos profissionais que compõe a amostra estudada não realizou curso de atualização.

TABELA 10. Distribuição da amostra do estudo, em relação à presença de conteúdo referente à gerontologia, geriatria ou envelhecimento, no curso de atualização, 2006.

Presença de conteúdo referentes à geriatria, gerontologia ou envelhecimento	Frequência	%
Sim	9	27,3
Não	24	72,7
Total	33	100

Como já discutido anteriormente, a abordagem dos aspectos relativos à geriatria, gerontologia ou envelhecimento é relativamente pequena. Percebe-se que essa temática não se constitui em uma preocupação das instituições que comumente ofertam cursos de qualificação para os profissionais da área de saúde, em especial, para a enfermagem. Como pode ser

observado, 27,3% dos participantes que realizaram estudos após sua formação (Tabela 10) inicial mencionaram que houve discussão de conteúdos referentes à geriatria, gerontologia ou envelhecimento no curso do qual participou.

Esse dado é importante, pois, mesmo sendo um baixo percentual, verifica-se que os profissionais de enfermagem estão buscando ampliar seus conhecimentos nesta área do saber e, dessa forma, reconhecendo o papel significativo que tem ao desempenhar suas funções. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que é de grande importância o trabalho que realiza o enfermeiro no primeiro nível de atenção, uma vez que em sua tarefa de promoção e prevenção, é o profissional que pode influir diretamente, ao aplicar medidas especiais para prevenir e retardar as enfermidades crônicas não-transmissíveis.

TABELA 11. Horas de duração do curso de atualização e conteúdos desenvolvidos, 2006.

Número de horas	Conteúdos abordados no curso de atualização				Total (%)
	Cuidados de enfermagem (%)	Como cuidar de idosos (%)	Não teve (%)	Cuidados de enfermagem, modificações orgânicas e comportamentais	
Pós-Graduação	0	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	7 (100)
40 horas ou mais	0	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
30 horas	0	0	2 (100)	0	2 (100)
Menos de 30 horas	3 (21,4)	0	11 (78,6)	0	14 (100)
Técnico de Enfermagem	0	0	7 (100)	0	7 (100)
Total	3 (9,1)	3 (9,1)	24 (72,7)	3 (9,1)	33 (100)

Na Tabela 11 identifica-se, no cruzamento dos dados relativos ao número de horas do curso realizado na qualificação e os conteúdos abordados vinculados à geriatria, gerontologia ou envelhecimento, que as questões referentes ao cuidar e aos cuidados são claramente enfatizadas. Neste sentido, as crescentes necessidades de cuidados de saúde, adequados à especificidade do envelhecimento humano, requerem medidas eficazes e humanizadas associadas a recursos humanos qualificados. O conhecimento atual quanto à importância da promoção da saúde ao longo da vida, com vistas a prevenir ou retardar condições de doença

ou dependência, sobre os fatores de risco e morbidades mais frequentes nas pessoas idosas e seu impacto nos custos dos cuidados de saúde, exige a definição de linhas orientadoras e a capacitação dos profissionais de saúde, entre eles, da enfermagem.

4.4 Padrões interacionais da equipe de enfermagem no cuidado a idosos internados em hospitais gerais

Neste estudo, buscou-se analisar o processo interacional dos profissionais da equipe de enfermagem ao cuidar de pessoas idosas que se encontram internadas em hospitais situados na região de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, identificando os símbolos significantes utilizados. Tal entendimento justifica-se, uma vez que o interacionismo simbólico tem como propósito compreender a causa da ação humana a partir da definição dada pelo indivíduo. Definição esta que tem significado capaz de direcionar o indivíduo nas escolhas frente a uma dada situação.⁷¹

Considera-se que o profissional de enfermagem, ao desenvolver suas funções profissionais, interage com outras pessoas, com as quais mantém contato direto, em especial com pacientes, familiares e demais pessoas significativas que acompanham o paciente. Pontua-se, ainda, que a atividade de enfermagem tem em sua essência o trabalho em equipe e, sendo assim, integra-se aos demais profissionais, compondo a equipe de saúde.

Neste cenário e de posse das informações resultantes da entrevistas e da observação, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante com o objetivo de conhecer, de modo abrangente, e ter um panorama do conteúdo manifesto pelos participantes da pesquisa. Na seqüência, foram realizadas sucessivas leituras com a finalidade de se obter um substrato que represente, da forma mais fiel possível, a percepção e os símbolos dos profissionais de enfermagem sobre sua condição de estar cuidando de idosos internados em hospitais gerais.

A partir da interpretação do conteúdo expresso pelos sujeitos deste estudo, constata-se que o cuidar de pessoas idosas internadas constitui-se em interação entre profissionais de

enfermagem e pacientes idosos, porém não consiste em um fenômeno isolado e único. Ao trazer os significados vividos, esses fenômenos compõem e caracterizam a experiência dos profissionais de enfermagem, do ponto de vista técnico, da vivência pessoal e social e, também, em termos de formação e concepção sobre o cuidar/cuidado de idosos no ambiente hospitalar. Assim, nas falas dos participantes da pesquisa identificam-se duas categorias analíticas, as quais possuem conexões com um tema central, possibilitando analisar e compreender o fenômeno em estudo.

Na compreensão dos aspectos relativos ao cuidar/cuidado de idosos internados, considera-se que estes se constituem em uma **construção social** que, de alguma forma, influi sobre os **padrões do discurso simbólico de profissionais de enfermagem em sua interação com idosos hospitalizados**, sendo este o *tema central* na análise das informações. O tema central, por sua vez, mantém interconexões com as seguintes categorias analíticas: **1. Construindo significados a partir da interação social com idosos; e 2. Construindo significados a partir do cuidado a idosos no espaço hospitalar.**

Nesta direção, a **primeira** categoria analítica conecta-se a três subcategorias assim denominadas: *como vejo a pessoa idosa na sociedade; a interação com idosos no espaço social; e o significado da hospitalização para a pessoa idosa*. Já, a **segunda** categoria mantém conexão com as seguintes subcategorias: *como eu cuido de pacientes idosos; interação com idosos no espaço hospitalar e o significado do cuidado no contexto hospitalar para idosos*. Entende-se que, neste cenário, o **conhecimento da enfermagem gerontogeriatrica** fornece o suporte necessário para o desenvolvimento das ações de cuidar/cuidado de idosos no espaço hospitalar, conforme pode ser observado no diagrama a seguir:

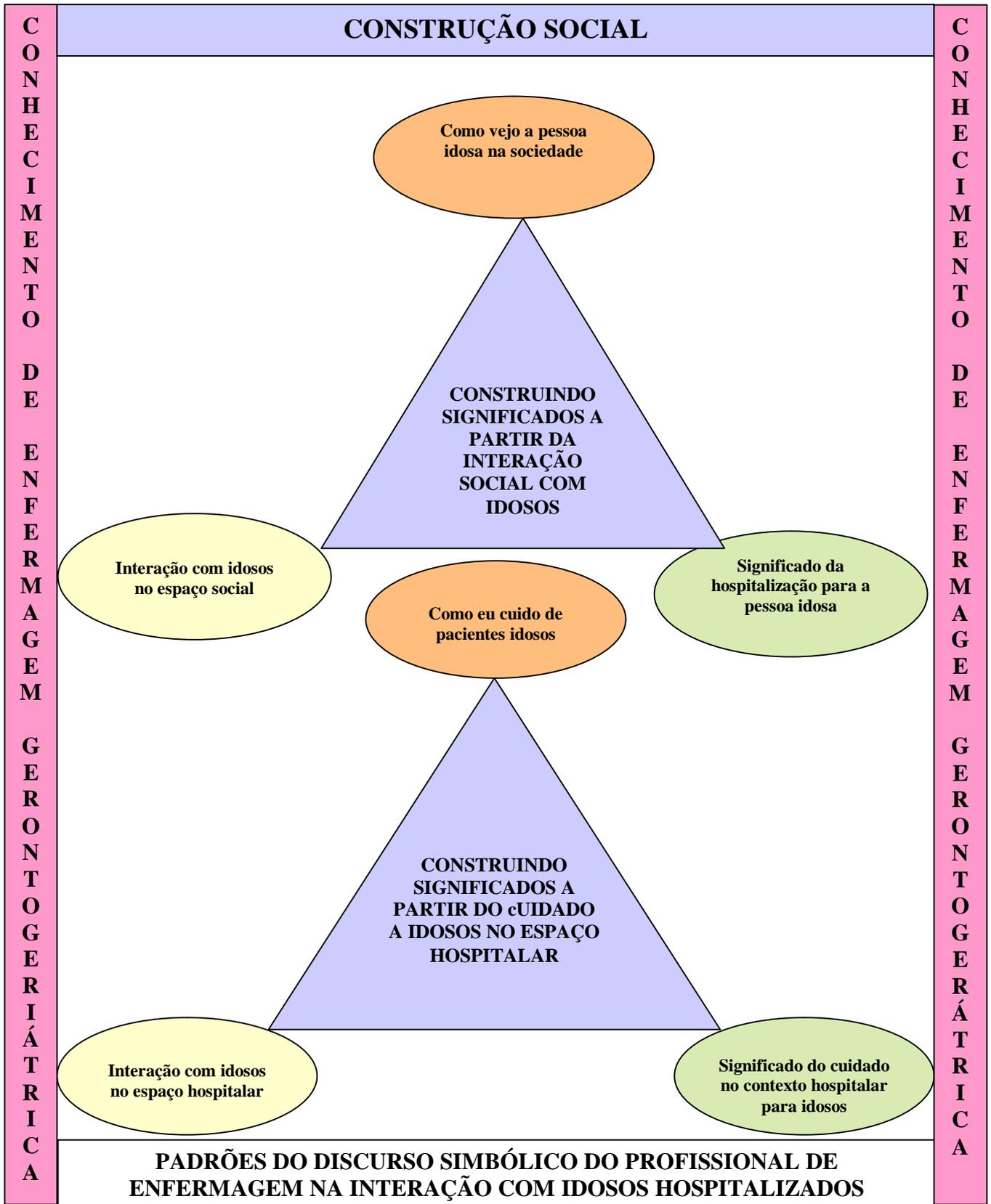


Figura 14. Diagrama padrão do discurso simbólico da enfermagem na interação com idosos.

4.4.1 Construindo significados a partir da interação social com idosos

Atualmente, no Brasil, conviver e mesmo coabitar com uma pessoa idosa tornou-se corriqueiro para a maioria das pessoas. O aumento da expectativa de vida da população permite o convívio de três ou quatro gerações em um mesmo ambiente. A interação entre pais, filhos e/ou netos possibilita, aos mais novos, aprender a lidar e cuidar das pessoas mais velhas, constituindo-se num espaço em que as relações são subjetivas e decorrentes da organização e dinâmica familiar, dos hábitos adquiridos, da história de vida anterior e das trocas afetivas.⁷² Neste cenário, os idosos, comumente, têm a expectativa de receber atenção e cuidados de seus familiares mais jovens, ao longo de sua existência e, também, no momento em que perder ou tiver suas capacidades diminuídas, sendo esta uma preocupação constante a perseguir e prender a atenção dos mais velhos.

Porém, o modelo e a organização da família brasileira estão gradativamente distanciando-se do modelo tradicional, no qual a pessoa idosa exercia papel de destaque. Em um período de transição e mudanças como o que se está vivenciando, é necessário que se compreendam as transformações sociais e culturais que se vêm processando nas últimas décadas na estrutura das famílias, para o enfrentamento das questões do envelhecimento dentro de parâmetros condizentes com as novas formas de arranjo familiar.

A pessoa idosa necessita sentir-se valorizada, viver com dignidade, tranquilidade e receber a atenção e o carinho de seus familiares. Sendo assim, qualquer que seja a estrutura que as famílias adotarão no futuro, a manutenção dos vínculos afetivos entre seus membros e, em especial, com os idosos se faz necessária.

Contudo, estudos relativos à família e que se vinculam à cultura, organização e espaço, mesmo que em número reduzido no país, mostram que as formas como estão organizadas as

estruturas familiares hoje, são cada vez mais inadequadas para a permanência de pessoas idosas em seu meio.⁷³

Por isso, é importante conhecer e compreender o modo como os profissionais de enfermagem percebem e interagem com as pessoas idosas no espaço familiar e social, construindo símbolos, uma vez que tais símbolos constituem referência ao relacionar-se com os pacientes no ambiente hospitalar, podendo influir na conduta a ser tomada.

4.4.1.1 Como vejo a pessoa idosa na sociedade

A representação social que a sociedade tem acerca das pessoas idosas pode ter caráter positivo ou negativo. Como características positivas aparecem: sabedoria, independência, autonomia, bondade, doação, alegria entre outros substantivos que valoriza, venera e estima a pessoa idosa. Já como atributos negativos emergem adjetivos como: ranzinza, confuso, dependente, peso, estorvo, inútil, enfermo, enfim qualidades que denotam desqualificação, desvalorização e desrespeito.

Atualmente, uma parcela da população de idosos é reconhecida positivamente. Contudo, ainda há uma parte significativa de velhos que perdeu o *status* de cidadão, uma vez que as pessoas de suas relações os subestima, ignora e desvaloriza. Considerando essa situação, a forma como os idosos são percebidos, na sociedade, reflete diretamente no modo de acolhê-los e cuidá-los, em especial, quando estes necessitam dos serviços de saúde. Neste cenário, estão também os profissionais de enfermagem que, ao interagir com essa clientela, prestam o cuidado necessário e, ao mesmo tempo, dependendo de suas percepções em relação à velhice, procuram eliminar as marcas negativas impostas a esse contingente populacional. Uma das entrevistadas menciona que observa, no contexto social, o desrespeito e o abandono das pessoas idosas. Afirma que estas são merecedoras de respeito, consideração e dignidade, porém reconhece que esses valores não estão assegurados e exercitados, embora os idosos

hoje tenham melhores condições econômicas e participem com maior regularidade de atividades sociais.

Na sociedade são muito mal tratados, entram na fila, ficam lá esperando, ninguém tem respeito, eles têm que ter respeito, deixar a preferência pra eles. Acho que agora eles vivem melhor, porque têm a aposentadoria, participam dos grupos, mas ainda são muito deixado de lado (E2).

Atualmente, há um elevado percentual de idosos que, ainda, são responsáveis por seus filhos e outros parentes, demonstrando que os idosos cumprem relevante papel socioeconômico no âmbito familiar. Esta condição é um dos determinantes que pode contribuir na desmistificação da imagem negativa do idoso na sociedade, em especial a imagem de que a pessoa idosa dependente de seus parentes do ponto de vista socioeconômico e, também, para romper preconceitos, muitas vezes associados a encargo e inutilidade social.

Contudo, alguns profissionais percebem que os idosos estão esquecidos, tanto no meio social como na família. Pontuam que a falta de atenção contribui para o surgimento de morbidades e estas, por sua vez, podem desencadear uma série de incapacidades e freqüentemente, dependência física. Constatam, também, que a pessoa idosa, ao coabitar o mesmo espaço doméstico, não se constitui em garantia para inclusão social.

Os idosos hoje são bastante esquecidos. A gente vê no posto de saúde, tem muita consulta, é muita doença. E pensar que estas doenças podem complicar a vida do idoso. Para muitos é falta de atenção, metade das doenças é a falta de atenção, estão muito abandonados... (E6).

Em estudo realizado por Herédia, Cortelletti e Casara⁷⁴ sobre abandono na velhice, evidencia que a família constitui-se no *locus* natural de inserção de todo ser humano. Porém, quando ocorre ausência ou rompimento da inclusão da pessoa idosa, esta vive uma situação de não-pertencimento, sente-se ignorada, desvalorizada e excluída. O idoso, com o rompimento dos vínculos familiares, progressivamente poderá, também, se distanciar da sociedade, uma

vez que a família é o grupo por meio do qual o ser humano é gradativamente inserido no mundo, ela representa o vínculo do indivíduo com a sociedade.

Essas autoras afirmam, com base em estudos do IBGE, que a família constitui-se de um grupo de pessoas mantêm vínculos de parentesco, dependência doméstica, rotinas de convivência e que residem na mesma unidade domiciliar. A pessoa idosa, quando inserida neste contexto, deseja que a família o mantenha e cumpra com o papel estabelecido pela sociedade. *Espera que esse grupo social seja seu mantenedor final e que possa lhe dar a atenção necessária para enfrentar as agruras que a vida lhe impõe. Esta crença é fortificada pela intensidade das relações pessoais estabelecidas com o grupo familiar.*

Quando os vínculos estabelecidos e as forças das relações familiares se fragilizam, quando não há mais afeto, perguntas com respostas, conversas com atenção, nestas circunstâncias há claramente uma situação de abandono, seja da parte de familiares ou de amigos. O abandono se estabelece quando a presença do idoso, de forma participativa, cooperativa e operativa, não é valorizada, não há convivência, não há espaço para partilhar, para dar e receber atenção. Em virtude disso, não ocorre integração; não há apoio e carinho, há negligência afetiva e social.

O isolamento e o abandono são percebidos pelos profissionais, uma vez que os familiares não demonstram predisposição e interesse de manter o idoso inserido nas atividades de lazer e laborais desenvolvidas no âmbito domiciliar.

Os idosos na sociedade estão bastante jogados pelos familiares, a gente faz visitas domiciliares e tu vê que tem certos idosos que moram juntos, mas parece que eles estão jogados num canto, eles não têm aquele convívio, parece que é um estorvo ali naquela família (E15).

A legislação vigente no país direciona para a família a responsabilidade de amparar e proteger a pessoa idosa (Constituição Federal, 1988; Política Nacional de Atenção ao Idoso, 1994). No entanto, o modelo de família atual, associado à necessidade premente de que a

maior parte de seus membros adultos busque inserir-se no mercado de trabalho, com vistas à obtenção de proventos para dar conta dos custos domésticos, faz com que, frequentemente, a família não assuma a responsabilidade que lhe é atribuída - ou a assume apenas parcialmente. Isto é, respondem pelo amparo físico-financeiro, deixando, por vezes, os aspectos relativos à atenção afetiva em segundo plano ou não os fornecendo, o que poderá resultar invariavelmente em isolamento e abandono.

Estudos, como de Silva, Gonçalves e Pfeiffer,⁷⁵ contribuem com temática, ao evidenciarem que há dificuldade em manter o idoso no ambiente domiciliar. Dentre as causas apontadas, estão a reduzida área física dos domicílios e a necessidade de mobilização de pessoas para a prestação do cuidado ao idoso. Mencionam que, com o passar do tempo, emergem desgastes e conflitos advindos da relação entre o cuidador e a pessoa idosa. A esta situação acresce-se o custo financeiro para a manutenção do idoso, sendo um fator que favorece para o descuido deste indivíduo.

As mudanças de atitude da sociedade em relação aos velhos se devem, em parte, às transformações sociais, culturais e econômicas do mundo atual, fazendo com que o idoso seja rejeitado e indesejado, inclusive no próprio ambiente familiar. Essa condição é observada pelos sujeitos deste estudo e dão a entender, ainda, que a interação e o provimento do cuidado não dependem do número de membros que a família possui. Os símbolos significantes construídos a esse respeito, por parte dos profissionais de enfermagem, é que os idosos, em geral, não recebem o cuidado que precisam no espaço doméstico. Quando necessitam do mesmo não encontram em seus descendentes este suporte, embora no passado tenham tido preocupação em relação a isto, almejavam que seus filhos fossem os fornecedores de cuidado e amparo caso viessem precisar. Para isto, alguns planejavam ter mais de um filho, de tal forma que a necessidade de proteção e suporte, quando na velhice, pudesse ser provida por eles.

E também nesse mundo moderno que a gente vive, cada um se preocupa consigo mesmo e com sua família. Além disso, as famílias estão muito desestruturadas. E os idosos acabam realmente sendo esquecidos, abandonados. A gente vê muitos pais que dizem 'bah um filho é pouco, porque vou ficar idoso quem é que vai me cuidar?', mas muitos têm três, têm dez filhos e, na hora de cuidar, botam num asilo, não tem ninguém para cuidar (E13).

Tem famílias numerosas, com muitos filhos, que o idoso dizia 'para quando eu ficar mais velho me cuidar' (E34).

A relação entre idosos e seus familiares sofre influência dos modelos de família hoje existentes na sociedade. Embora se considere que a família é a principal provedora de apoio social ao idoso, em algumas situações a interação existente é conturbada. As modificações que ocorrem na dinâmica familiar para a prestação do cuidado a idosos fragilizados podem ter resultados positivos ou negativos, para o cuidador e para o receptor de cuidado, no caso a pessoa idosa.⁷⁶ Isto depende de como a família gerencia as responsabilidades e enfrenta as dificuldades e situações de pressão relativas ao seu papel. Além disso, o estilo de vida, expectativas sociais, crenças, experiências em cuidar, tomada de decisão, relacionamentos e condição sócio-econômica são fatores a serem considerados.

A situação do idoso no espaço social agrava-se no momento em que este deixa de ter independência e autonomia, ou seja, quando ocorrem limitações na capacidade funcional, impondo restrições para a realização das atividades da vida diária. Essa condição requer que os integrantes da família se mobilizem para prover os cuidados necessários. Vale mencionar que comumente as pessoas, hoje idosas, tinham preocupação em relação a isto e imaginavam que o cuidado seria fornecido por seu cônjuge ou seus descendentes. Contudo, os profissionais de enfermagem observam, no cotidiano do trabalho, que são frequentes as situações de filhos que não realizam o cuidado esperado ou, então, somente um deles assume para si esta tarefa.

Alguns idosos, quando perdem as forças, não conseguem caminhar, geram muito conflito em casa. Aí a situação não fica nada fácil, com certeza fica pior, porque são poucas as famílias que cuidam (E35).

Só que muitas vezes sobra pra um só e até pra nenhum. Os pais têm vários filhos e, quando ficam mais velhos, um empurra para o outro e, quando chega na hora H, que eles precisam de um filho, não tem muita coisa boa não. Ninguém pode cuidar (E56).

Contrariamente à percepção negativa da inserção da pessoa idosa nos diferentes espaços sociais, alguns participantes deste estudo possuem o entendimento de que atualmente os idosos estão vivenciando melhores condições, em termos de inclusão social, situação financeira e valorização.

Ramos⁷⁷ expõe que a velhice é um direito, resultante de fatores sociais e de um determinado contexto existencial. Considera, ainda, dois elementos essenciais que contribuem para que a população envelheça. Um deles é a genética e o outro decorre dos serviços, públicos e privados, que são disponibilizados a esses indivíduos. Assim, é necessário que haja mudança na forma de ver e entender o estrato populacional composto por anciões. O aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o aumento do número de idosos na sociedade pressiona e direciona para uma mudança cultural, tanto do ponto de vista socioeconômico como familiar.

Os participantes do estudo, freqüentemente, realizavam reflexão sobre os aspectos do envelhecimento, buscando imaginar sua situação futura de acordo com suas crenças, valores e capacidade intelectual. Para Mead, o relacionamento da pessoa consigo mesma é mecanismo central com o qual o ser humano encara e lida com seu mundo.³¹

Na sociedade, parece que mudou bastante a situação dos idosos, a aposentadoria parece que deu um pouquinho mais de ânimo, um caminho para frente, porque eu, quando era mais nova, tinha muito medo de envelhecer e ficar jogada num canto, porque a gente via os idosos eram todos jogados, eu pensava, meu Deus! um dia vou ficar mais velha, vai acontecer isso comigo! (E23).

Olha, dá para dizer que tão bem, os velhos estão bem em relação ao passado, não sei como vou te dizer, eles podem, conseguem se relacionar melhor que antigamente. Antes ficavam mais de lado, só em casa. Hoje já está mudando, eles não ficam tão abandonados (E17).

O idoso hoje na sociedade eu não sei, mas agora no momento ele está bem melhor que os outros, em relação aos velhos de antigamente (E24).

A pessoa idosa, ao longo de sua existência, constrói todo um arcabouço de conhecimento, proveniente de seus afazeres e da vivência de múltiplas experiências. Isto lhe permite discernir e valorizar o tempo de vida que possui. Esse é o entendimento que os profissionais de enfermagem possuem acerca da situação dos idosos com os quais interagem na comunidade em que vivem.

Penso que os idosos são pessoas com experiências vividas e dá pra ver que hoje eles estão com mais vontade de aproveitar a vida. Esses bailes que tem, dá pra ver que eles têm prazer em ir. E assim eles estão tentando viver mais do que antes, porque antes eles chegavam a uma certa idade, se fechavam e deu, mas agora dá para ver que não, que eles têm mais vontade de viver e de aproveitar a vida (E40).

Dentre os atributos positivos, aparecem àqueles relativos à melhoria nas condições sócio-econômicas e, também, emergem aspectos referentes ao saber, ao conhecimento e à experiência que os idosos acumularam ao longo de sua existência, que no passado eram valorizados e colocava o velho numa posição de destaque na sociedade.

A possibilidade de sentir-se inserido no grupo social, constituindo e tendo uma rede de suporte favorece para aumentar a auto-estima e, também, a qualidade de vida da pessoa idosa. Os espaços sociais que têm a finalidade de acolher, especialmente, pessoas da terceira idade, constituem-se em locais de formação e manutenção de novos vínculos de amizade. Roach⁷⁸ menciona que os amigos podem ser aqueles de toda a vida, novos amigos, vizinhos ou conhecidos. De igual modo, podem ser as pessoas que se encontram engajadas em atividades de lazer semelhantes ou, mesmo, ser membros de igreja, clube ou organização comunitária.

Hoje os idosos vão a bailes, grupos de 3ª idade. Eu acho que eles participam bastante e fazem novas amizades também (E15).

Estão bem mais felizes do que antes, eles se organizam, vão a festas, são mais animados do que os jovens. A gente vê! eles vivem mais (E58).

As pessoas idosas na sociedade hoje são mais ativas. Pela idade que têm, são velhos e participam de muitas coisas, nos grupos de 3ª idade. Eles largam de lado muitas queixas, as dores principalmente e vão pro baile, se divertem, voltam bem animados de lá. Eu penso que hoje eles estão bem participativos na sociedade (E3).

Participar de atividades sociais permite, ainda, afastar sentimentos negativos como os de insegurança, solidão e isolamento. Ao interagir com outras pessoas, o geronte melhora sua auto-estima, favorecendo sua independência e a capacidade de cuidar de si mesmo. *As atividades desenvolvidas em grupo exercem no idoso um poder restaurador da afetividade, da auto-estima, da autoconfiança e até um sentimento de capacidade de retorno à atividade laboral.*⁷⁹ É importante ao idoso ter a sensação de pertencimento, de fazer parte de um grupo, assim como o é para qualquer pessoa, e está relacionado tanto à sua identidade quanto à sua subjetividade.

Os idosos hoje estão muito melhor; assim com os grupos de terceira idade, eles estão muito melhor (E39).

Atualmente está um pouquinho melhor do que estava. Um pouquinho porque os idosos não param em casa, vão para o grupo de idosos. Eles estão saindo mais de casa, o que eu acho ótimo, porque eu tenho uma tia bem velhinha ela vai... e uma outra que não, é toda vida dura. Essa outra que sai, vai dançar, se movimentar, esta é bem mais alegre do que aquela que não vai. E tiveram os mesmos problemas, só que a que sai é mais alegre, ativa e a outra é mais dura (E61).

Embora se reconheça a importância da participação dos idosos em grupos de convivência, vale lembrar que não são todos os que têm acesso a estes espaços. Uma vez que em alguns locais ainda não se formaram grupos específicos para tal fim, porque muitos idosos não desejam integrar-se a esses grupos ou porque a família impõe restrições à sua participação. Além disso, um número significativo de gerontes não frequenta tais atividades em virtude de suas limitações físicas ou psicológicas e, também, por se encontrarem no mercado de trabalho.

Mas tem muitos idosos que não têm oportunidade de participar, porque não têm muito incentivo da família, querem que eles fiquem ali, como se diz, cuidando dos netos (E15).

Há, também, posicionamentos enfatizando a necessidade de ampliar a legislação concernente à atenção aos idosos, particularmente em relação às instituições de longa permanência. Essa manifestação dá a entender que os integrantes da equipe de enfermagem não têm clareza acerca de toda legislação, pois há um conjunto de leis, decretos e normas que visam estabelecer critérios de funcionamento de tais instituições, porém o que falta é a plena divulgação e operacionalização prática das mesmas.

Olha, na sociedade não está como devia ser, há falta de uma ação, falta de cuidado, falta de uma lei mais ampla, até de assim... com relação aos asilos que a gente vê assim que tem muita coisa para ser mudada, não que eu colocaria, eu nunca deixaria assim minha avó, minha mãe num asilo. Então, para quem não tem outra escolha, não tem outra opção, tem que colocar, mas eu acho que tem muita coisa para mudar nesses lugares (E59).

O pleno exercício da cidadania pressupõe que o indivíduo tenha direitos do ponto de vista jurídico e social e, em contrapartida, deveres e responsabilidades a cumprir. Ao exercer a cidadania, a pessoa deve procurar a garantia de seus direitos e lutar por condições que possibilitem melhorar sua qualidade de vida. Dentre as ações individuais possíveis estão aquelas que fomentem a convivência social, evitando o isolamento, a discriminação e a institucionalização, integrando-se à comunidade e às atividades sociais dos demais grupos.

Vale salientar que a participação de idosos pode ocorrer de outras formas e em outros programas. Goldman⁸⁰ ao escrever sobre a importância da participação de idosos nas atividades vinculadas à universidade para a terceira idade, menciona que as mudanças ocorridas na população participante referem-se especialmente àquelas de caráter pessoal. Em que o resgate da auto-estima, a descoberta de novos espaços e de novas possibilidades de aprender, de conviver, de diminuir a solidão foram recorrentes em diversas falas. O fato de estarem participando de uma experiência universitária parece, aos alunos, um dos pontos de destaque em seu cotidiano. Também, emerge em suas falas o orgulho de se perceberem capazes de mudar, de vencer desafios, enfim vivenciar sua cidadania.

Na fala da entrevistada a seguir, constata-se que a mesma percebe a importância da atividade grupal na vida dos idosos, deixando claro que este espaço foi construído para atender a demanda específica dessa parcela da população.

Agora surgiu essa história aí da terceira idade, eles participam dos bailinhos, isso é uma coisa muito boa que criaram pra eles. Porque eles vão pra lá, se soltam, se sentem valorizados, fazem amizades. Porque tem alguns que são muito retraídos, não conversam com ninguém, são isolados e aquilo foi uma coisa tão boa que fizeram pra eles. Ali eles se divertem muito, pelo menos aqui eles se divertem muito (E70).

Muitos dos idosos que não desejam participar justificam afirmando que nesses espaços não são desenvolvidas atividades que gostariam de realizar. Isto ocorre com maior intensidade naqueles grupos que têm por finalidade desenvolver uma única atividade em seus encontros, como, por exemplo, grupos que têm como atividade principal, ou única, dançar. Nesse caso, mesmo que não seja impeditivo do grupo, eles limitam a participação de idosos para os quais, em função de sua crença ou desejo, a dança não se constitui em uma atividade de lazer.

A organização e o modo de funcionamento dos grupos de convivência certamente são aspectos que devem ser remodelados, com o objetivo de fortalecer a participação do idoso e constituir-se em espaços nos quais possam co-existir atividades de lazer e socialização, com garantia dos direitos e *locus* de luta pela cidadania desse grupo etário. Isso porque, como afirma Abigailil,⁸¹ *a mudança do perfil sócio-demográfico da população no Brasil, os ajustes estruturais e fiscais da economia, as constantes reformas da previdência, transformam as relações das pessoas idosas com a família, o governo e a sociedade. Inexoravelmente, mudando o seu perfil e as ações dos centros de convivência da prática do lazer para o exercício da cidadania.*

O idoso pode ser um entusiasta, um ator social, um cidadão participante na solução dos problemas sociais, uma vez que ele produz e consome *bens e serviços e tem capacidade de representar seus interesses.*⁸² São eles que melhor conhecem seus direitos e suas

responsabilidades. Deste modo, pode-se dizer que todos, ativos e participantes, dependentes ou enfermos contribuem para a cultura, a riqueza e a democratização do país. Portanto, os idosos *são e devem ser tratados como protagonistas insubstituíveis na formulação de uma sociedade saudável, na qual querem ser, podem ser e devem ser incluídos.*

Os participantes deste estudo, ao interagirem com idosos, constatam que é importante estimular e incentivar a participação destes em atividades sócio-recreativas, pois entendem que nesses momentos este segmento é valorizado e mesmo a família passa a compreendê-los e respeitá-los mais.

Porque tem o incentivo dos órgãos públicos pra eles participarem de clubes que valorizam eles, daí de repente tem idosos que são respeitados, a família respeita. Agora tem uns que são mais reservados, que não vão a nenhum grupo, ainda tem muita gente que fica em casa. Mas os mais antigos não tinham essa oportunidade de participar de grupos. Quando se aposentava, não participava mais de nada, ficava parado, não valia mais nada, era um inútil (E25).

Na sociedade agora eles estão sendo um pouco mais valorizados, quando surgiu a questão dos grupos, dos grupos da terceira idade, eu comecei a sentir que eles também estão se sentindo mais valorizados, eles estão integrados, estão participando bastante, mais confiantes na vida (E12).

Estudo de Debert⁸³ evidencia que os idosos brasileiros ganharam visibilidade na última década, sendo marcada pela criação de espaços voltados para essa faixa etária, como os centros de convivência, formação de grupos e as *universidades abertas para a terceira idade.*

Os benefícios advindos da participação em grupos de convivência ultrapassam as questões psicológicas e sociais, pois a possibilidade de participar das atividades estimula os idosos, fazendo com que tenham desejo de estar bem fisicamente, favorecendo assim sua recuperação. Os profissionais de enfermagem percebem a motivação e o intenso desejo de estar bem fisicamente para poder freqüentar o encontro do grupo.

Eu vejo que as velhinhas chegam aqui cheias de dodói, mas cheias de dodói. E daí chega um dia... 'ah! mas tem um baile, eu tenho que melhorar para ir no baile'. Eu vejo. E até as pessoas comentam que esses idosos que

participam desses encontros são mais alegres, têm mais vontade de viver e, também, diminuíram as internações. Então eu vejo que ficaram mais sadias, com menos doença (E16).

Evidencia-se que os profissionais de enfermagem, participantes desta pesquisa, percebem de forma distinta a condição do velho na sociedade. Parte deles entende que os velhos na sociedade ainda são estigmatizados, sendo considerados um fardo, dependentes, improdutivos, estorvo, enfim, um problema social. Outra parcela enfatiza que os velhos, hoje, estão vivenciando maior inclusão social, estão mais ativos, com melhores condições sócio-econômicas, participam ativamente das atividades sociais, econômicas e culturais, condições que contribuem para a sua dignidade e o pleno exercício de sua cidadania.

4.4.1.2 Interação com idosos no espaço social

Considerando a concepção de *self* como multifacetado e produto das relações da pessoa com outros particularmente relevantes, a interação social existente entre o indivíduo e outras pessoas resulta na produção de símbolos e significados que, de alguma forma, são absorvidos e internalizados no *self* de cada um.⁸⁴

A interação constitui-se em um espaço, uma unidade que permite ao *self* e à sociedade, mediante a interação e a simbolização, se gerarem, se manterem ou mudarem continuamente. A interação social possibilita uma realidade negociada, *na medida em que o significado é derivado do processo interpessoal, implica que a realidade é definida por meio desse processo, mais do que independente dele.*⁸⁴

A partir da compreensão de *self*, a análise das informações expressas pelos participantes do estudo evidencia que a maior parte deles avalia seu relacionamento com idosos como sendo bom, em que há respeito, compreensão e valorização enquanto ser

humano. Ao interagir dessa forma, percebem reciprocidade de afeto e formação de vínculos, favorecendo a harmonização da relação.

O meu relacionamento com idosos é bom. Sempre me dei bem, nunca tive problema nenhum, sempre foi de muito respeito. As pessoas gostam de mim e penso que as relações devem ser de respeito, de incentivar e de valorizar o que elas sabem. Aceitar o que elas fazem e o respeito é o principal (E25).

Minha relação com pessoas idosas é uma relação boa, de respeito. Eu vou a casa deles e eles vão à minha. Minha interação com eles sempre foi com muito respeito e valorização (E39).

Analisando sob o ponto de vista do interacionismo simbólico, pode-se depreender que os profissionais de enfermagem constroem símbolos significantes ao interagir com idosos em seu meio social. Entende-se que tais símbolos tenham conotação positiva, uma vez que o relacionamento com esse segmento da população é considerado bom pelos sujeitos deste estudo.

Ao interagir com idosos os elementos da equipe de enfermagem realizam, também, auto-reflexão ao associar situações concretas da vida cotidiana, como, por exemplo, uma conduta de respeito, ser uma condição desejável para qualquer indivíduo, inclusive para ele próprio, e que a velhice faz parte da vida das pessoas. Este pensamento auto-reflexivo pode ser observado na manifestação abaixo.

O idoso que não é respeitado é... até a gente quando não é respeitado não gosta, porque o idoso chega uma certa época começa a se sentir inútil, então nesse ponto tem que incentivar eles a fazer algumas coisas, a se ocupar, a aceitar a situação de idoso, que tenham esperança, que eles têm condições e habilidades para desenvolver e podem ajudar ainda. Porque a gente também vai ficar velho e não quer ser considerado um inútil (E14).

No interacionismo simbólico, as definições das situações vivenciadas pelas pessoas são baseadas e marcadas pela cultura na qual estão inseridas, remetendo aos conceitos de *self*, como entidade auto-reflexiva, e do papel como definição e manifestação deste em situações sociais concretas. No interacionismo simbólico, ainda, a atividade mental é uma resposta a

situações problemáticas, por conseguinte o *self* passa a ser uma forma de pensamento, na medida em que é auto-reflexivo.⁸⁴

A vivência intergeracional, freqüentemente entre membros da família, pode desdobrar-se e resultar em um relacionamento que conduz a situações distintas. Uma delas vincula-se à possibilidade de conviver harmoniosamente, considerando a família como um sistema complexo de relações, em que seus integrantes compartilham um contexto social de pertencimento. O espaço familiar torna-se o local de reconhecimento das diferenças, do aprendizado de unir-se e separar-se, lugar no qual ocorrem as primeiras trocas afetivo-emocionais e a construção da identidade.

A construção dos sujeitos, como seres sociais, se dá no mundo intergeracional da família, e a organização e funcionamento deste sistema de relações molda o comportamento de seus integrantes e confere significado a tudo o que ocorre no seu interior. Assim, os mais jovens aprendem, com os mais velhos, atitudes, condutas e comportamentos que, por sua vez, vão passar à nova geração e assim sucessivamente.

Em estudo realizado sobre avós na perspectiva de jovens universitários,⁸⁵ os resultados evidenciam que os netos percebem em seus avós atributos como sabedoria, experiência de vida, carinho, amor, gênese da vida, entre outros. Também, identificaram que os netos vêem os avós como seus segundos pais e como pessoas que exercem influência em sua vida, tanto no aspecto emocional como social. A formação de vínculos afetivos e de amizade entre indivíduos de diferentes gerações possibilita, aos mais novos, identificar aspectos positivos nas pessoas mais velhas. Por sua vez, os idosos aprendem a conviver e aceitar as mudanças intrínsecas e extrínsecas que necessariamente ocorrem com o passar dos anos em todas as pessoas. Com isso, a vivência intergeracional pode ser agradável, harmoniosa e prazerosa, favorecendo a compreensão mútua e a troca de sentimentos afetivos.

Eu gosto de estar com idosos e eles se sentem valorizados pelo fato da gente ser mais nova. Eu tenho um carinho muito grande por eles, com minha mãe,

com minha avó, com as amigas delas. Nossa! é uma festa, elas são daquelas que chegam abraçando, a gente se reúne em casa às vezes, ri bastante, conversa, é uma relação muito bonita (E12).

Eu me sinto bem junto deles e eles também, porque todos eles me chamam de filha, como se eu fosse filha deles. Eu vejo esse lado positivo deles, que eu sou bem aceita e eu também aceito eles. A gente consegue ter um diálogo com eles; nossa, é maravilhoso! (E6).

A interação dos profissionais de enfermagem com idosos no espaço social, em especial no grupo familiar é, com maior frequência, tida como boa, em que há respeito, companheirismo e valorização mútuos. Além disso, os profissionais enfatizam aspectos relativos à afetividade e formação de vínculo. Conseqüentemente, entende-se que, para os símbolos significantes dos integrantes da equipe de enfermagem, os idosos são pessoas detentoras de sabedoria, caráter e possuem experiência de vida, constituindo-se em fonte de afeto, carinho e atenção favoráveis a um conviver saudável e harmonioso.

Alguns integrantes da equipe de enfermagem que participaram da pesquisa infantilizam a pessoa idosa, ao mencionarem que o idoso passa a requerer atenção, carinho e cuidados que se assemelham aos requeridos por uma criança. Afirmam que os idosos possuem comportamento e atitudes infantis, e atender essas expectativas é complexo, dando a entender que o trabalho com uma pessoa idosa é mais difícil de ser realizado, uma vez que não se pode impor certos limites.

Eu penso assim... não como um inválido, porque eles têm algo a mais. Eles voltam a ser criança, eu acho um espanto, eles querem atenção, na conversa, no sair. De repente eles ficam emburrados... é tão complicado que nem uma criança, é claro que tu não vai bater que nem em uma criança (E59).

Porém, outros profissionais possuem o entendimento de que, mesmo se parecendo com uma criança, trabalhar com idosos é mais fácil porque há uma melhor compreensão do que deve ser realizado.

A gente brinca e eles aceitam, bem melhor do que se fosse criança, acho que é mais fácil de trabalhar com idosos do que com crianças, eles entendem melhor. Claro, eles querem muita atenção! (E4).

Nesses depoimentos verifica-se que o simbolismo utilizado, ao estabelecer relações entre um idoso e uma criança, é a identificação de algumas atitudes e comportamentos que são similares àqueles adotados, tradicionalmente, pelas crianças. Isto porque tal conduta na mente do profissional constitui-se em uma característica infantil. Desse modo, ao perceber a semelhança dos atos que estão sendo produzidos por idosos, imediatamente, os associa aos de uma criança. Contudo, concomitantemente identificam, também, características próprias de uma pessoa adulta, demonstrando a diferenciação entre uma faixa etária e outra.

Outra característica que fica explícita, na voz de alguns participantes deste estudo, é a comunicação, constituindo-se em uma das habilidades profissionais necessárias para desenvolver o trabalho junto a pessoas idosas. A escuta ativa, a empatia, a coerência e o respeito incondicional são elementos fundamentais para uma efetiva comunicação. Stefanelli⁸⁶ ao discutir aspectos relativos à interação entre os profissionais e o paciente, menciona que a comunicação permite conhecer o outro, construir um relacionamento significativo, conhecer-se, examinar e estimular mudanças de atitude e de comportamento, quesitos indispensáveis no cuidado ao idoso.

A comunicação pode ocorrer mediante contato entre pelo menos duas pessoas, no caso o elemento da equipe de enfermagem e o paciente idoso. Por meio da comunicação não verbal, é possível identificar uma série de sentimentos e emoções que são expressos por gestos, pelo olhar, pela postura. O descontentamento, a tristeza, o mal-estar físico da pessoa podem ser manifestos, mesmo sem manifestá-los verbalmente.

Os profissionais de enfermagem, ao associarem a pessoa velha a uma criança, denotam que em seu imaginário emerge a idéia errônea de que esses indivíduos são dependentes, carentes e necessitam de cuidados e vigilância constantemente.

Velho, pra mim, fica mais sensível que criança. Não dá mais para deixar sozinho, só não dá para brincar com eles, tem que cuidar, tem que conversar. Velho é o conjunto da nossa vida, cada um tem seu tempo (E55).

Na relação indivíduo-sociedade, há influência mútua entre um e outro, isto é, trata-se de um movimento que vai da estrutura social à pessoa e vice-versa. Assim, o comportamento individual, a interação social e a pessoa são impulsionados pela estrutura social, e os indivíduos, por meio de seu comportamento, individual e coletivamente, podem modificar as estruturas sociais em que atuam.⁷¹

Aspectos positivos que valorizam o comportamento, a atitude e o conhecimento da pessoa idosa são apontados pelos participantes deste estudo. Reconhecem a importância que os velhos têm para a sociedade e o modo como correspondem à atenção recebida.

Eu trabalhei muito com idoso. Para mim o idoso tem um valor especial. Eu adoro trabalhar com esta faixa etária, porque tu recebes muita atenção também. Para mim o idoso tem uma importância fundamental. Não sei se é pela condição deles, mas eles são especiais, o carinho, a atenção que a gente dá para eles, também ajuda muito na saúde deles, na prevenção. Eu tenho um carinho bem especial (E57).

Uma pesquisa realizada sobre a concepção de estudantes de enfermagem acerca do envelhecimento evidenciou que os mesmos apontam a necessidade de mudança da opinião pública da população. Referem, ainda, que o processo de inclusão da pessoa idosa, constitui-se em um fato incontestável em virtude do aumento desse estrato populacional, necessitando de um programa educativo de transformação do comportamento que deve se iniciar na família e se refletir, também, na modificação das concepções sociais sobre o envelhecimento, para que se possa proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso.⁸⁷

Os profissionais mencionam que possuem respeito pelas pessoas mais velhas, no sentido de compreender o costume, o jeito de ser e de pensar. Afirmam que em cada etapa da vida os indivíduos possuem condutas próprias, tendo influência da cultura, época e sociedade na qual está vivendo.

Eu respeito muito o idoso, porque o idoso tem uma maneira de pensar, eu tenho outra e meus filhos têm outra, porque eles viveram numa época, com outras pessoas. Então a gente tem que respeitar, o mais importante é o respeito (E4).

Herédia, Cortelletti e Casara⁷⁴ expõem que o abandono na velhice pode ser expresso como um sentimento de solidão e de tristeza, desencadeado por circunstâncias atinentes a perdas, estando estas vinculadas, essencialmente, a limitações funcionais e à fragilidade das interações afetivas e sociais, as quais levam a um distanciamento e podem terminar em isolamento social. Em síntese, o abandono é um sentimento de sofrimento, que impede o indivíduo de viver e conviver plenamente e de permanecer inserido na família, no grupo social e na cultura.

Contudo, os idosos que são valorizados, respeitados e estão inseridos no meio familiar e social, compartilham experiências, entendem as contradições que os envolvem e são estimulados a conviver com os seus, possibilitando a formação de vínculos afetivos, e a interação existente torna-se permeada por afeto, dedicação e compreensão.

Eu tenho um enorme carinho por pessoas de idade, é que meu avô morava do lado da minha casa e eu gostava bastante de ir lá. Ele gostava muito de contar histórias do passado dele e ele falava em alemão. Aí eu falava com ele, ele gostava muito que a gente fosse lá conversar em alemão com ele. E tem um casal de idosos que mora do lado da minha casa, são meus vizinhos, também converso, quando o encontro na rua converso com ele também em alemão e ele fica bem faceiro. A esposa dele também já é velhinha e eu converso bastante com ela. Assim, eu tenho uma boa relação e gosto de ouvir eles (E5).

O profissional de saúde, ao trabalhar com idosos, deve ter aptidões técnicas no campo biomédico, psicológico, social, espiritual e cultural, conhecimento esse que poderá contribuir

na sua interação, uma vez que poderá melhor entender a condição da pessoa idosa. Dessa forma, a interação poderá ser aproximativa, de escuta e compreensiva.

*A velhice possui características próprias de sua estrutura social, o que nos coloca como sujeitos e agentes da saúde, abrindo espaços e novas experiências a serem vivenciadas, pois se leva em consideração o envelhecimento com múltiplas dimensões, que abrangem questões de ordem social, política, cultural e econômica. Menciona, ainda, que é interessante perceber que a Enfermagem Gerontológica destaca-se num processo específico baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social. É um processo que ocorre fundamentalmente de forma educativa para todas as partes, em direção à clientela idosa.*⁸⁸

Constata-se que os profissionais de enfermagem, sujeitos deste estudo, percebem e avaliam seu relacionamento positivamente, embora alguns explicitem que as relações tenham-se fortalecido após a aquisição de conhecimentos relativos à geriatria e gerontologia. Essa condição denota que a compreensão da condição do processo de envelhecer e suas conseqüências favorecem a auto-reflexão e predispõem o indivíduo a modificar suas atitudes e comportamento frente a uma pessoa idosa.

Minha relação sempre foi boa, mas, depois do curso, que tinha conteúdos sobre envelhecimento, melhorou muito, agora dou mais atenção (E71).

Só sei que melhorou bastante minha relação com eles, porque eu acho que aprendi a ter paciência, a valorizar. E são as pequenas coisas que fazem a diferença, porque às vezes a gente não dá muita importância e isso é fundamental (E62).

O profissional de enfermagem, ao se utilizar de uma abordagem contextualizada e individualizada na prestação do cuidado à pessoa idosa, leva em conta a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, do idoso e da sua velhice. *Os termos humanização, qualidade de vida, individualização do cuidado e autocuidado, fazem parte do vocabulário dos profissionais da enfermagem gerontogeriatrica.* O trabalho em enfermagem gerontogeriatrica orienta-se para os cuidados específicos, o que obriga a uma maior utilização

dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da capacidade de compreender as relações existentes entre o idoso, a sua família e a sua comunidade e sociedade.⁸⁹

Do mesmo modo, ao aprender a lidar e entender o comportamento da pessoa idosa, muda de atitude e a forma de interagir com a mesma. Sendo assim, identifica-se a importância de ter capacitação e qualificação na área gerontogeriatrica para poder assistir adequadamente à população de idosos. Em se tratando de ambiente doméstico, tais conhecimentos ajudam a melhorar o relacionamento e possibilitam um conviver mais harmonioso.

Antes do curso eu não sabia se ia gostar, porque eu nunca tinha tido convivência com pessoas idosas, daí depois do curso eu aprendi e comecei a gostar. Desde conversar, se tem um tempinho vai lá, dá um minutinho de atenção. Às vezes ele está precisando, tu fica ali ele conta dez vezes a mesma coisa, mas tu mostra que está disposta a ouvir (E18).

Estudo realizado sobre as atitudes e conhecimentos de estudantes, de graduação em educação e em saúde, em relação à velhice,⁹⁰ identificou que os dados sugerem que a convivência intergeracional é importante fonte de aprendizagem de atitudes em relação aos idosos. Contudo, é importante lembrar que nem sempre a convivência entre diferentes gerações no grupo familiar é salutar. Há situações em que partilhar o mesmo espaço físico e social gera conflitos, agressões e estresse para todos os integrantes da família, embora idosos e crianças constituam-se em grupos de maior fragilidade, sendo, portanto, os que mais sofrem maus tratos.

Também emergiram das falas situações em que a convivência intergeracional impõe momentos de estresse, conflito e cansaço, particularmente quando o idoso não possui condições de autocuidar-se, estando na dependência de familiares.

O preconceito afeta as atitudes dos profissionais de saúde e, também, o cuidado aos idosos. Tanto que, se um profissional encara a velhice como uma etapa negativa na vida das pessoas, em que o declínio cognitivo e físico é inevitável, os cuidados executados por ele refletirão essa visão.⁷⁸ Isto é, o profissional não poderá trabalhar as questões relativas à

restauração, promoção e aumento da capacidade funcional se sua visão é a de declínio inevitável.

Outro dado a ser considerado é o fato de que as pessoas idosas geralmente são menos flexíveis, em comparação às mais jovens, em especial nas relações intergeracionais familiares. Essa situação pode estar relacionada à condição hierárquica ocupada pela pessoa idosa no âmbito familiar, quando esta deseja manter seu espaço por não tolerar mais certas condições cotidianas, como, por exemplo, ambientes agitados, barulhentos e conturbados; ou, então, por necessidade de se posicionar e requerer seus direitos de cidadania.

Outro dado que proporciona maior tranquilidade é a convivência com idosos que se encontram física e psicologicamente independente e com autonomia. A partir do momento em que a pessoa idosa passa a necessitar de auxílio e cuidados diários para a realização das atividades de vida diária (AVDs), a situação se torna mais complexa, havendo sobrecarga de trabalho para quem passa a responsabilizar-se por essa pessoa, sendo que, freqüentemente, é um familiar. Não havendo uma rede de apoio social e/ou formal a condição de quem realiza cuidados diretos a uma ou mais pessoas idosas é extremamente cansativa, uma vez que não pode contar com suporte externo – de uma outra pessoa ou de um serviço específico para isso.

Tu tens que aceitar tudo como eles querem, nunca se curvam. Não é uma coisa fácil. É muito pior do que lidar com criança. Quando são livres tudo bem, mas quando ficam dependentes é aí que a gente vê se tu dá para o cuidado ou não. Porque não é fácil, a realidade que eu convivo, é bastante complicada por isso. Eles dependem de mim e não é fácil cuidar todos os dias uma pessoa com problema de saúde e, ainda, com as manias que todo velho tem (E38).

Tem que ser maleável, porque como eu tenho minha mãe bastante debilitada, ela tem problema de atrofia cerebral, é bem difícil. Ela é enrolada assim com as coisas, onde é que estou, onde é aquilo, não adianta a gente falar, falar. De vez em quando eu digo ai meu Deus! cansa e cansa muito, a gente perde a paciência (E30).

Quando há inflexibilidade por parte da pessoa idosa, o ambiente se torna tenso e as relações são conflitantes. A ambigüidade emerge, pois, de um lado o idoso pensa que ele é

quem está certo e os outros não querem atender seus desejos. Os mais jovens, por sua vez, não compreendem e têm dificuldade em aceitar as imposições e as expectativas dos velhos, gerando tensão, conflito e, alguns casos, agressões mútuas.

Eu tenho essa vivência com minha avó, porque minha relação com ela não é perfeita. Às vezes fico com raiva, porque tem que ser como ela quer, ela não é fácil, tem que dizer tudo o que faço e aonde vou. Às vezes fico pensando, tem que esquecer que ela é assim, é complicado, mas fazer o quê, a gente vai levando (E59).

A interação entre profissionais de enfermagem e idosos no espaço social é revestida de respeito, compreensão e companheirismo. Nas manifestações deixam clara a importância de conviver harmoniosamente com idosos, os quais detêm conhecimentos, experiências e devem ser valorizados como cidadãos que fazem parte da sociedade na qual vivem.

Pontuam que nem sempre os relacionamentos são tranquilos e harmoniosos, contudo a vivência e o aprendizado facilitam o entendimento acerca do modo de agir das pessoas idosas. Isto possibilita minimizar os conflitos e compreender por que os idosos possuem certas atitudes e comportamentos.

4.4.1.3 Significado da internação para a pessoa idosa

Os participantes da pesquisa identificam que a busca pela hospitalização não se deve unicamente para tratar uma situação de adoecimento, estando implícita a necessidade de atenção e relacionamento, condições que não encontram no espaço doméstico, isto acontece muito com pessoas idosas. Sendo assim, no decorrer do período de hospitalização, os profissionais de enfermagem tentam suprir a carência de atenção e, concomitantemente, realizam o cuidado, uma vez que conseguem captar as intenções que estão implícitas como se vê a seguir.

Tem gente idosa que gosta de vir pro hospital, porque em casa às vezes estão sozinhos ou estão morando em um lar, aqui eles se sentem melhor, são melhor cuidados, têm mais atenção (E37).

Nós temos muitos idosos internados e eu acho que eles aceitam bem ficar aqui internados, porque tem uns que querem ficar que são muito carentes, a família deixa muito a desejar pra eles (E70).

Pelo menos dois fatores devem ser considerados, em relação especificamente às características da realidade pesquisada. Uma delas diz respeito às características do local estudado pois, em sua maioria, trata-se de pequenos municípios, que contam com percentual elevado de habitantes residindo no meio rural, em comparação a centros maiores. Esta situação tem favorecido para que os filhos, quando jovens adultos, se desloquem para o meio urbano de cidades maiores, em busca da continuidade de seus estudos e de trabalho. Os pais, permanecendo em sua residência, progressivamente, vão formando uma população mais idosa, elevando o percentual de idosos na região do estudo. Neste cenário, se estabelece o segundo fator a ser considerado, qual seja: a população aí residente se torna relativamente estável, a maioria se conhece e são familiarizados, considerando muitas vezes a instituição hospitalar como uma extensão de suas casas, situação típica das pequenas cidades interioranas.

Esse ambiente pode ser considerado favorável, pois a política de fixação da população local em seu espaço geográfico e a manutenção das atividades agropecuárias promovem condições para que tenham uma vida mais tranqüila, sem a agitação e o estresse das grandes cidades, fatores estes que influenciam nas questões de saúde, possibilitando um envelhecer saudável e com qualidade de vida. Além disso, facilita a formação e manutenção da rede de suporte social, especialmente necessárias quando se trata de pessoas idosas.

Tem muitos que adoram estar internados aqui no hospital, gostam mesmo de estar aqui, eles vêm pra cá para ser cuidados. Não sei se é a falta de cuidado em casa, da família, de carinho. Com a gente eles se sentem bem aqui (E61).

Como eu conheço quase todos aqui nesta cidade, sei que tem alguns que adoram vir pro hospital, qualquer dorzinha dizem: 'ah vamos lá no hospital porque lá eles vão me cuidar bem, vão me dar os medicamentos certinhos', porque muitas vezes em casa não tem ninguém que possa dar os

medicamentos nos horários. A gente vê que eles necessitam é sair de casa, precisam vir aqui pra isso (E19).

A atenção dispensada pelos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar favorece para que o paciente idoso se sinta acolhido, protegido e tendo suas necessidades atendidas. Os profissionais reconhecem que essa condição favorece para que o hospital seja um local de restabelecimento das condições de saúde e, ao mesmo tempo, que proporciona troca de afetividade entre a equipe de saúde e o usuário. Assim, os participantes do estudo demonstram fazer uso de símbolos significantes ao realizar a reflexão e entender a importância de estabelecer vínculos de confiança, de tornar-se referência em caso de necessidade e de contribuir para minimizar o sofrimento causado, freqüentemente, pelo período de hospitalização.

Em relação à internação hospitalar,^{91,92} esta tende a tornar-se desagradável para o indivíduo uma vez que ela exige mudanças nos seus hábitos de vida, bem como o distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais. Para os idosos, essa condição pode ser ainda acentuada, considerando que eles apresentam maior número de re-internações, além de permanecer maior tempo hospitalizado.

Pelzer⁹³ afirma que alguns dos problemas vivenciados pelos idosos durante a hospitalização é o isolamento, a carência afetiva, as limitações e o sentimento de depressão e de inutilidade, sendo o ambiente hospitalar, muitas vezes, um espaço traumático e hostil que pode afetar o processo terapêutico.

No entanto, esta situação não é percebida pelos participantes do estudo, uma vez que expressam e percebem que a maior parte dos idosos não se abala com a possibilidade de necessitar de hospitalização. Talvez isso se deva ao fato de que esse espaço seja acolhedor e o tempo é ocupado por meio do diálogo com a equipe de saúde e, também, com os outros pacientes que se encontram internados.

Tem pessoas que são bastante carentes, eles vêm pra cá... aqui é um hospital pequeno, a gente tem mais tempo pra dar atenção pra essas pessoas. A gente trata muito bem eles aqui e aí tem uns que nem embora querem ir, querem ficar e pedem 'me deixa mais um dia', isso porque se sentem bem aqui, têm alimentação, eles têm a conversa, a gente vai nos quartos conversar (E70).

Como pode ser identificado na exposição acima, uma forma de minimizar os efeitos negativos da hospitalização, particularmente para os idosos, é a ocupação do tempo com atividades que propiciem prazer. Dentre elas está a comunicação, a qual se mostra uma estratégia favorável, uma vez que ocupa o tempo ocioso e estimula a inter-relação com seus pares e profissionais da equipe de saúde, entre outros benefícios.⁹²

Em estudo sobre as atividades de lazer para idosos no período de hospitalização, as autoras evidenciaram que a prática da conversa e o recebimento de visita de familiares e de amigos pelos idosos, além de ocupar o tempo livre, podem estar relacionados *ao prazer de compartilhar* o ambiente hospitalar. Além disso, nos espaços intra-hospitalares, aparentemente áridos, onde o sofrimento e a dor mesclam-se com a afetividade, a empatia e a compaixão, o *ser/estar junto se basta*. As emoções partilhadas nas relações interpessoais revelam-se como fundamento da agregação social.⁹²

Em algumas situações ocorrem problemas de comunicação com os idosos, que se agravam com as limitações impostas pela diminuição da audição e da articulação das palavras, inerentes ao processo de envelhecimento. Esses problemas dizem respeito à cultura e à etnia. Os idosos pertencentes a determinadas etnias aprenderam e exercitam somente a língua de sua origem e, hoje, freqüentemente têm grande dificuldade em manter uma comunicação efetiva com as pessoas mais jovens, entre as quais os profissionais do campo da saúde, uma vez que são poucos os que aprenderam uma segunda língua além do português. Essa circunstância pode contribuir para que haja isolamento da pessoa idosa, favorecendo a exclusão social. Contudo, os participantes do estudo afirmam que procuram, na medida do

possível, falar também na língua que a pessoa idosa fala para poder compreender e facilitar a comunicação, favorecendo a inclusão social.

Porque a gente tem que entender que, além da idade, tem a questão da língua, que muitos, mas muitos mesmo, só falam e entendem em alemão, ou só falam e entendem um pouquinho em português. Só que muitas vezes eles querem falar uma coisa e daí não conseguem dizer aquilo que eles querem, é difícil pra eles. Então, quando entram já falando em alemão, ou que a gente já conhece, sabe que só fala em alemão, daí eu já falo em alemão com eles e eles se sentem bem (E36).

A hospitalização representa, especialmente para a pessoa idosa, independente da causa de seu ingresso, um fator de risco para a ocorrência de complicações. Nesse sentido, é importante executar e estar atento para uma adequada avaliação geriátrica.⁹⁴ Essa deve possuir caráter multidisciplinar intensivo, no sentido de identificar os riscos iminentes de morbidade e mortalidade. A efetividade dos cuidados na assistência primária tem, como meta, o desejo de se ter pacientes saudáveis e funcionais. As ferramentas devem ser simples e práticas, a fim de identificar os problemas de modo precoce e, mais adiante, tratá-los.

A equipe de saúde deve estar atenta, pois as mudanças de idade alteram o controle postural, a acuidade visual, assim como a presença de doenças agudas e crônicas que afetam o sensorio, o sistema nervoso central, as estruturas músculo-esqueléticas e a coordenação. Também devem ser avaliadas a habilidade cognitiva e a saúde mental, tanto no contexto social quanto no hospitalar, sendo individualizado para cada idoso, observando-se e estando alerta para cada mudança de comportamento.

O idoso tem que ser tratado diferente. Para começo, por exemplo, para puncionar um idoso tu não pode chegar lá e dizer 'oh fulano vou puncionar tua veia e fazer um sorinho e pronto'. Não! com uma pessoa idosa você tem que chegar e explicar. Se precisar, explicar de novo e se ele não entender, tem que explicar de novo, tem que gastar muito verbo até ele compreender (E1).

É claro que eles requerem um cuidado especial, exigem mais atenção em tudo. Até o carinho que a gente tem que dar para eles, também, tem que ser maior, porque eles demoram mais a entender o que a gente está querendo passar para eles (E7).

Mesmo que um percentual significativo de idosos goste de não se importa em permanecer um determinado período no ambiente hospitalar, contrariamente há um número

razoável que não deseja e nem está disposto a hospitalizar. Quando necessário, o fazem contra a sua vontade e tendem a mudar o comportamento, recolhendo-se, demonstram estar irritados e não satisfeitos por estar vivenciando tal situação. Isto parece ter a ver com a idéia de que, num passado não muito distante, o hospital era um local para o qual os pacientes eram encaminhados para morrer. Sendo assim, os idosos podem estar associando sua ida para o hospital com a proximidade de sua morte.

A hospitalização vai muito de cada um, pra alguns é até gostoso vir para o hospital, pra eles não vou dizer que é pelo atendimento, mas às vezes eles têm mais carinho aqui do que em casa. Já tem alguns que não gostam, ficam mal humorados, mais fechados. Isto é relativo de cada um (E20).

Tem os que não gostam de internar, eles ficam bem mais agressivos, rebeldes, não querem tomar banho, não deixam fazer a higiene. Então eu acho que para eles é muito ruim ter que internar, porque aqui é um lugar estranho para eles e ninguém gosta de vir para um lugar destes, que também é um lugar de morrer (E59).

Entre idosos prevalecem tanto condições crônicas e progressivas – com múltiplos fatores determinantes e associados a incapacidades e perda de autonomia –, quanto agudas, com deterioração rápida se não prontamente tratadas.¹⁰⁸

Os profissionais de enfermagem sujeitos deste estudo em suas manifestações dão a entender que identificam circunstâncias de agravamento das condições de saúde, especialmente quando se trata de casos crônicos. Enfatizam, ainda, que há momentos de grande complexidade, em que constata inclusive situações de maus tratos, e a pessoa idosa mostra intensa tristeza e desânimo, pois percebe que seus familiares a estão abandonando, uma vez que não permanecem em sua companhia e nem sequer realizam visitas.

A hospitalização para os idosos é uma questão bem complicada, porque a gente vê. Tinha um senhor ali internado que tinha sido maltratado, ele não se alimentava, não comia, não falava, ele era bem magro, sofrido. Eu acho que é bastante psicológico que, se viesse um familiar e ficasse ali com ele, ele ia melhorar (E63).

O ambiente hospitalar muitas vezes é visto como um espaço de dor e sofrimento, no qual emergem sentimentos ambíguos que vão da confiança, esperança e expectativa do

restabelecimento das condições de saúde, até manifestações de abatimento, desesperança e descrédito. Sentem-se desconfortáveis, apresentam insônia, apatia e inapetência. Desejam ardentemente deixar este local e retornar para seus lares, como pode ser constatado nas exposições a seguir:

Com relação à hospitalização, depende da relação que eles têm com a família. Tem alguns que não querem ficar de jeito nenhum, ficam ali com muita tristeza. Mesmo que a família fique junto, não conseguem dormir, querem ir logo para casa, para a caminha deles (E55).

Coelho¹⁰⁸ menciona que, frente ao envelhecimento da população e o aumento da longevidade das pessoas, há necessidade de se reformular os serviços de saúde, para que possam responder às demandas emergentes em função do novo perfil epidemiológico do país. O cuidado do idoso é abrangente e envolve intervenções em diferentes níveis de atenção e espaços institucionais, incluindo unidades de internação, hospital-dia e centros para cuidado prolongado.

A hospitalização para eles é bastante difícil, ter que ficar fora de casa..., outro ambiente, tendo que se sujeitar a ficar atendidos por outras pessoas. São pessoas que não gostam de se expor, expor o corpo, e necessitam de cuidados da equipe de enfermagem. É bastante complicado para eles (E5).

Santos⁸⁹ ao dissertar acerca da enfermagem gerontogeriatrica, afirma que o profissional de enfermagem, utilizando uma abordagem contextualizada e individualizada, ao cuidar do idoso, considera a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, do idoso e da sua velhice. Os termos humanização, qualidade de vida, individualização do cuidado e auto-cuidado fazem parte do vocabulário dos profissionais da enfermagem gerontogeriatrica. O trabalho em enfermagem gerontogeriatrica orienta-se para os cuidados específicos, o que obriga a uma maior utilização dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da capacidade de compreender as relações existentes entre o idoso, a sua família e a sua comunidade.

Contudo, os profissionais de enfermagem que participaram desta pesquisa, em sua maioria, não possuíram no decorrer de sua formação conhecimentos próprios da área gerontogeriatrica. Embora, com base em suas vivências, percebam as mudanças que ocorrem no transcorrer do processo de envelhecimento, em especial as modificações nos órgãos dos sentidos, como visão e audição, conforme se constata na manifestação abaixo:

Para os idosos terem que internar é muito sofrido, eles sofrem muito. Aqui internam muitos idosos e se você chegar e falar alto com eles, e se eles não são surdos, eles ficam com medo. Claro, tem muitos idosos que têm problema de visão e audição. Mas se você gritar com um que não tem problema de audição, eles chegam a comentar 'ah eu não quero aquela enfermeira, aquela enfermeira gritou comigo, ela é braba' (E1).

Sem dúvida, em um hospital, deve-se levar em conta as características próprias de cada faixa etária. Contudo, os integrantes da equipe de enfermagem que ali trabalham, na maioria dos casos, não têm uma preparação específica na área da enfermagem gerontogeriatrica. Como a proporção de pacientes idosos que ocupam leitos hospitalares é cada vez maior, torna-se importante que os profissionais, neste caso os elementos que compõem a equipe de enfermagem, estejam adequadamente qualificados para atender essa demanda, como integrantes da equipe de saúde,

Quando se trata de idosos, deve ser considerada a importância de uma avaliação integral que, sem substituir a história clínica habitual, determine os riscos de agravos e o surgimento de complicações, favoreça o planejamento de cuidados específicos para esta população.

4.3.2 Construindo significados a partir do cuidado a idosos no espaço hospitalar

Atualmente, o cuidar/cuidado de enfermagem tem como principal característica o fracionamento, isto é, o trabalho de enfermagem, em sua maior parte, enfoca o cuidado da

enfermidade e tende a centrar-se em tarefas rotineiras, dependente da ação de outros profissionais. Também, não costuma levar em conta os aspectos psicológicos e sociofamiliares do paciente idoso, por isso, com frequência, ressenete-se de prestar um cuidado integral a este paciente.

Por esse motivo, é necessário lembrar que o objeto da enfermagem é o cuidado à pessoa como um todo, holisticamente. Nesse cuidado, deve-se considerar que o indivíduo tem funções biológicas, culturais, sociais e faz uso de símbolos, com potencial para aprender e desenvolver-se, considerando a contribuição de diversos fatores, como o ambiente físico e sociocultural e capaz de conduzir-se e de se autocuidar. Nesta perspectiva, se interpreta que o cuidado de enfermagem deva ser prestado com um enfoque integral e holístico e não de forma fragmentada.

O cuidado à pessoa idosa constitui-se em uma área especializada da enfermagem e, por isso, para desempenhar essa atribuição são necessárias algumas qualidades.⁷⁸ Dentre elas, destacam-se: capacidade para estabelecer uma relação terapêutica, habilidade para reconhecer os atributos e características pessoais de cada idoso, competência clínica, conhecimento das alterações físicas e psicossociais, capacidade de comunicação e disposição para trabalhar com e sob supervisão.

Roach⁷⁸ enfatiza que o relacionamento terapêutico é um processo interpessoal em que o enfermeiro e o paciente são parceiros e estabelecem objetivos que se apóiam nas necessidades percebidas e reais do paciente. Nesta interação, o enfermeiro utiliza práticas específicas de comunicação para ajudar o paciente na atenuação ou eliminação de problemas mentais, físicos, emocionais ou espirituais.

4.3.2.1 Como eu cuido de pacientes idosos

As ações de cuidar podem resultar em gratificações mútuas quando o cuidado é reconhecido e valorizado pelo receptor do mesmo. Uma vez que o profissional se sente gratificado, ele volta a cuidar na busca de novo reconhecimento, reforçando seu modo de cuidar, essa situação atua como um *feedback*, em que o paciente recebe o cuidado de forma adequada e, ao mesmo tempo, gratifica a ação do profissional.

Contudo, há de se reconhecer que nem todos os funcionários têm a mesma disposição e cuidam de modo semelhante, uma vez que as ações são causadas a partir de um processo ativo que impele o sujeito para a tomada de decisão, contemplando o significado da situação que, por sua vez, considera a interação consigo mesmo e com os outros. Assim, o entendimento que o indivíduo tem da situação é essencial para a forma como a ação irá acontecer.⁷¹

Charon⁷¹ expõe que, do ponto de vista do interacionismo simbólico, o indivíduo, ao interagir, se torna um objeto social para os outros e vice-versa, utilizam símbolos, direcionam o *self*, se engajam em ação mental, tomam decisões, modificam direções, compartilham perspectivas, definem a realidade e a situação e assumem o papel do outro.

A enfermagem é uma profissão que, no campo da saúde, está apta a desenvolver ações efetivas e de impacto na atenção à saúde dos idosos, relativas ao cuidar e assistir o ser humano. O assistir envolve o profissional em suas interações pessoais e ambientais, identifica dificuldades em relação a eles, e estabelece intervenções necessárias com vistas a minimizar ou solucionar tais problemas.⁹⁵

Os profissionais de enfermagem, sujeitos deste estudo, interagem e se utilizam dos preceitos do interacionismo simbólico ao se colocar no lugar do outro, se ver na posição de paciente e, conseqüentemente, imaginar como gostaria de ser cuidado, emergindo neste relacionamento a empatia.

Eu cuido sempre procurando passar o máximo, porque eu gosto. Eu sempre me ponho no lugar, como eu gostaria de ser tratada. Então procuro atender eles dando toda a atenção. De repente até demais, mas eu gosto de dar bastante atenção, ter bastante paciência (E41).

No hospital, os idosos se encontram em um local estranho, ameaçador e são submetidos a diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Além disso, no período de internação, muitas vezes é necessário que o idoso permaneça maior tempo em repouso e, em alguns casos, sofra limitações nos movimentos, levando à dependência e perda da autonomia. Neste cenário cabe à enfermagem estar atenta e procurar amenizar essas situações, demonstrando segurança, respeito e compreensão.

Os profissionais sujeitos deste estudo percebem que os pacientes idosos requerem maior tempo para prestar o cuidado, uma vez que eles gostam de conversar, ficar junto, receber carinho e atenção. Já os profissionais mencionam que estão dispostos a satisfazer tais necessidades, mantendo uma relação que ultrapassa os aspectos técnicos e que se assemelha àquela que possuem com seus pais.

Eu tenho muito carinho pelos idosos, gosto de atender, conversar, de ter um tempo para poder ficar junto com eles. Eles gostam de conversar, puxam conversa, tentam te segurar do lado deles. Gosto de atender com muito carinho. É como se fossem meus pais (E3).

Embora os atributos de respeito, valorização e afetividade estejam presentes, as particularidades concernentes ao cuidado de pessoas idosas, no que diz respeito aos aspectos biológicos, sociais e culturais não estão contempladas, conforme manifestações dos participantes da pesquisa. Considera-se que as especificidades atinentes ao processo de envelhecimento, haja visto sua complexidade, devam ser observadas pela equipe de saúde responsável pelo cuidado a idosos. Sobre isto, Coelho¹⁰⁸ menciona que *a complexidade dos problemas apresentados e a múltipla determinação dos mesmos caracterizam a prática geriátrica como interdisciplinar*, em que o retorno da capacidade funcional e cognitiva de

muitos pacientes, com frequência dependente de reabilitação, devem ser conduzida por uma equipe multiprofissional.

E eu não faço nenhuma diferença no jeito de cuidar, não importa se é idoso, se é criança, se é meia-idade. O meu atendimento é sempre igual e acho que não tem que ter diferenciação (E4).

Para cuidar de pessoas idosas deve gostar do que faz, da enfermagem, gostar das pessoas idosas, ter carinho, atenção, ter paciência. Tem que ter um perfil mais calmo assim para cuidar de pessoas idosas (E43).

Horta⁹⁶ ao discorrer acerca do trabalho da enfermagem, inicialmente elucida o que seja o ser. Para ela, *ser é aquilo que é, é a realidade*. Na enfermagem, para a autora, há três seres, quais sejam: o *ser-enfermeiro*, o *ser-cliente* e o *ser-enfermagem*. O *ser-enfermeiro* é um ser humano com valores e dimensões que se compromete com a enfermagem. O *ser-cliente* é um indivíduo, família ou comunidade que, também, como ser humano, em qualquer etapa do ciclo vital ou no processo saúde/doença, necessita interagir com outro ser humano. O *ser-enfermagem* é o encontro, a interação resultante de percepções entre o *ser-enfermeiro* e o *ser-cliente*.

Ao analisar as manifestações dos sujeitos da pesquisa, evidenciam-se claramente os papéis do *ser-enfermeiro* e do *ser-enfermagem*, uma vez que ao interagirem com os pacientes os profissionais assumem seus papéis com responsabilidade, compromisso e atenção para com os valores éticos e humanos.

Desde que estou trabalhando na enfermagem eu sou assim: se eu vou cuidar, vou cuidar todos iguais, não tem discriminação de ser criança, meia-idade ou idoso. Eu sempre cuido do mesmo jeito e penso que todos têm que ser cuidados. Eu sempre tenho essa idéia de que eles estão aqui por alguma razão, eles não estão aqui por nada (E19).

Morin⁹⁷ afirma que todo ser vivo exerce uma prática cognitiva, quando interage com seu meio ambiente, retirando informações necessárias indispensáveis à vida. A tal prática cognitiva o autor denomina de computacional, uma vez que envolve estímulos, dados, signos, símbolos, mensagens, que permitem ao indivíduo agir dentro de um universo interior e

conhecê-lo. Esclarece, ainda, que a noção de sujeito tem a ver com a *natureza singular de sua computação desconhecida por qualquer computador artificial. Essa computação do ser individual é a computação que cada um faz de si mesmo, por si mesmo, para si mesmo. É um cômputo.*

Um dos fatores que contribui para a boa interação entre profissionais de enfermagem e o idoso hospitalizado é a possibilidade de manter diálogo. Assim, a comunicação serve de mote para a formação de vínculo e a prestação do cuidado. Neste sentido, Mendonça⁹⁸ ao discutir a importância da comunicação nas organizações, enfatiza que a *comunicação é simbólica, pois o ser humano utiliza a linguagem e outros símbolos para se comunicar.*

Lopes e Jorge,⁹⁹ ao discorrer acerca do interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem, mencionam, com base nos estudos de Charon, que a **linguagem** é composta por instrumentos usados por indivíduos para ordenar a experiência, para discriminar, generalizar e distinguir o ambiente. Desse modo, o mundo é, literalmente, dividido por significados que usamos por meio da linguagem, a linguagem modela o comportamento. Um dos entrevistados referenda essa posição:

Eu gosto de atender pacientes idosos, assim prefiro. Na área de enfermagem, gosto mais de cuidar de idosos, porque a gente conversa (E6).

A comunicação é considerada um dos instrumentos básicos da enfermagem e do desenvolvimento do relacionamento terapêutico.¹⁰⁰ Contudo, ela tem de ser considerada, também, como *capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro, não importando sua área de atuação.*

Um aspecto importante do processo comunicacional é a interação desenvolvida entre duas ou mais pessoas, baseada em reciprocidade, apreendendo o significado das coisas, influenciando e sendo influenciado pelo meio sociocultural.¹⁰¹ Os autores ressaltam que, sendo a enfermagem uma profissão que cuida do ser humano tentando atender/suprir suas

necessidades, ela deve considerar o processo comunicacional de vital importância para o bom relacionamento entre enfermeiros, equipe, pacientes e familiares. Além disso, na enfermagem, a comunicação deve estar inserida em seu contexto em todos os momentos de suas ações, quer com indivíduos, família e/ou sociedade, pois é por meio dela que o profissional socializa-se e desenvolve sua capacidade de interagir e enfrentar novas situações.

Eu tento cuidar do idoso da melhor maneira possível, com carinho, atenção e conversando com ele, que é o principal. Vendo ele como um ser por inteiro e não uma peça adoentada ali em cima da cama (E5).

A partir do interacionismo simbólico emerge a idéia de interação, na qual os indivíduos se tornam objetos sociais uns para os outros, utilizam símbolos, direcionam o *self*, se prendem em ação mental, tomam decisões, mudam direções, compartilham perspectivas, definem realidades, determinam a situação e assumem o papel do outro.⁷¹

Os sujeitos desta pesquisa realizam auto-reflexão, se identificam e estabelecem uma relação de empatia. Procuram direcionar suas ações e executá-las da melhor forma, utilizando símbolos significantes, como, por exemplo, considerando que, ao fazer-se uma brincadeira, está favorecendo a aproximação e a formação de vínculo e, dessa forma, fazem o que é possível, tendo em vista seus conhecimentos, experiência e limitações.

Eu cuido dos pacientes idosos tentando fazer o que é possível para que eles se sintam bem. Que tenham confiança no atendimento. Muitas vezes, eles questionam algumas coisas, que na medida do possível eu respondo, porque a gente não sabe tudo (E21).

Eu cuido de idosos sempre brincando, não sei se está certo, mas sou muito de brincar, me identifico com eles. Me sinto bem cuidando de idosos (E59).

Todo cuidado de enfermagem é permeado de significações, porém, quando se trata de paciente idoso, parece haver um olhar especial, entendendo que as pessoas na velhice possuem necessidades peculiares, são mais vulneráveis e que, por si só, são merecedoras de atenção diferenciada.

Eu cuido bem porque eles precisam. Sabe, chegou nessa fase cada vez mais vai ser pior e, geralmente, vão precisar mais e mais. E eles são diferentes, merecem ser bem cuidados, porque eles precisam (E55).

Quando o indivíduo é hospitalizado passa a participar de um grupo social específico de pessoas internadas, sendo-lhes impostos papéis caracterizados por: acentuada dependência da equipe de saúde; espaço físico limitado ao seu quarto ou leito; abandono do uso de suas roupas e objetos pessoais; e cumprimento de horário para realização de suas atividades, determinado pelo profissional de saúde.¹⁰² Nesse sentido, no processo de cuidado a pacientes idosos devem ser consideradas algumas dificuldades, como a adaptação dos internados ao novo ambiente, ter que permanecer isolado de seus familiares e compreender as inúmeras terminologias e exigências para as quais nem sempre está preparado.

Oliveira e Girardello¹⁰⁰ mencionam ainda que, na visão do paciente, os atributos que ele considera mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para aspectos interpessoais no relacionamento com o profissional que lhe presta o cuidado. Esses aspectos se fundamentam em receber atenção de parte da equipe, amizade, que esta seja boa ouvinte, além de demonstração de carinho, competência, habilidade e ensino sobre o cuidado, bem como receber atendimento rápido às chamadas, respeito às necessidades, tratamento agradável e ser envolvido no próprio cuidado.

Os profissionais de enfermagem, ao reconhecerem o modo de ser do paciente idoso, freqüentemente agem na tentativa de atender as expectativas do paciente, proporcionando atenção, carinho, espaço de escuta e colocando-se no lugar dele.

Eu gosto de dar orientações, como para minha vizinha, que não está doente, mas é um controle...então penso que os que estão aqui no hospital também precisam de atenção, conversa e orientação (E22).

É complicado trabalhar com eles, eu prefiro trabalhar com qualquer outro paciente, outra área que não seja na geriatria, porque tem aquelas veias fininhas, que às vezes tem que picar várias vezes... esse tipo de tarefa que não gosto... tenho dó, sinto a dor deles (E1).

Oliveira e Guirardello¹⁰⁰ ao estudarem a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem, enfatizam que a avaliação do paciente em relação ao cuidado recebido baseia-se não apenas nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte do profissional, no momento em que este promove a assistência. A valorização do cuidado expressivo pode ser avaliada de forma diferente pelos pacientes, pois depende da singularidade de cada um. Para alguns, “ser bem cuidado” representa ser atencioso para com os outros; porém, o cuidado técnico não está dissociado do cuidado expressivo.

No discurso dos profissionais de enfermagem que compõem a amostra deste estudo emergem alguns aspectos relativos à empatia.

Quando estou cuidando deles, em certas ocasiões, me vejo no lugar deles. Porque quando você se sente assim é diferente, a gente vê a parte mais sensível e você trata. Além do cuidado, você trata com mais carinho, porque você se coloca no lugar dele e atende o lado psicológico e isso faz bem tanto para ele como para mim, isso é gratificante (E72).

A hospitalização pode desencadear no indivíduo sentimentos negativos, pois, ao deparar-se com um problema de saúde, vê-se impedido de desempenhar suas atividades. A distância do convívio familiar e o fato de ter que permanecer temporariamente em um ambiente com normas e rotinas a que não está habituado podem gerar insatisfação e ansiedade no paciente. A expectativa que o indivíduo tem em relação à hospitalização, ao tratamento e à qualidade do cuidado é um fator que pode repercutir na assistência que virá a receber.¹⁰²

Os profissionais de enfermagem, ao exercerem as ações de cuidado, identificam que uma internação hospitalar gera ansiedade, medo e insegurança; todavia, salientam que, diante desta situação, o paciente deve desejar sua melhora e possuir forças procurando colaborar ao máximo para o restabelecimento de sua saúde.

O cuidar, o olhar, dar orientação... tudo isso tem a ver com o cuidado do idoso, mas ele também tem que se ajudar, porque senão fica muito difícil (E54).

Outro dado evidenciado no discurso dos profissionais diz respeito à importância em saber ouvir e, em especial, *valorizar as queixas* e atendê-las da melhor forma possível. Quando há predisposição e deseja atender às necessidades do paciente idoso, o cuidador se sente gratificado e satisfeito.

Chego no quarto, converso com o paciente, procuro me inteirar do porquê que ele está internado, o porquê daquela dor, nunca vou duvidar que ele tenha dor. Isso é muito importante, porque, se ele tem uma queixa, eu tenho que escutar e tentar resolver. Sempre que sobra um tempinho vou lá conversar com eles, dar atenção, não sei se é porque eu gosto, mas gosto demais de trabalhar com pessoas idosas (E44).

Eu me sinto realizada podendo trabalhar com idosos. Eu gosto muito de trabalhar com criança e idoso, tenho uma afinidade muito grande, chego em casa parece que o dia nem passou, aquilo não me cansa (E57).

Estudos realizados acerca da presença de familiares acompanhantes de idosos no ambiente hospitalar mostram que o idoso convive com seus familiares e que a hospitalização o distancia do espaço familiar. Ao mesmo tempo, evidenciam que a presença do familiar no hospital é positiva não só para acompanhar o idoso, mas também para receber orientações relativas ao cuidado. A atividade de cuidar, desenvolvida em conjunto com a equipe de enfermagem do hospital, torna-o um cliente e um parceiro da enfermagem.

Diante da necessidade de hospitalização, os profissionais de enfermagem percebem o quanto a família exerce a função de proteção e de cuidado. Neste caso, muitas vezes, a família é tida como modeladora do cuidado profissional, ou seja, nas situações nas quais os familiares mantêm vínculos afetivos, cuidam e desejam que a pessoa idosa seja bem cuidada, os integrantes da equipe tendem a ser mais cuidadosos. Já naquelas em que há descaso da família em relação ao idoso, os profissionais de enfermagem também se sentem desobrigados de prestar assistência de qualidade, como pode ser observado na fala a seguir:

Eu penso que, se a família cuida bem, mas bem mesmo, a família ficando de olho, a situação do idoso é diferente. Aqui no hospital eu vejo que, com aqueles pacientes que a família fica junto, todos cuidam mais, ficam mais preocupados se alguma coisa dá errado; já aqueles idosos que a família não está nem aí pra eles, até os funcionários deixam eles mais de lado. Então eu penso isso: a família é tudo, claro tem que ser uma família que gosta da pessoa idosa, que não maltrata, porque daí parece que todo mundo quer maltratar também (E55).

Hoje, a família, ninguém quer cuidar de velho, ninguém tem paciência para cuidar de velho (E7).

No entanto, há situações em que ocorre o contrário. Em função do abandono e dos maus tratos vivenciados pelos idosos, os funcionários se compadecem e tendem a redobrar os cuidados, ampliar seu papel e fornecer mais atenção na tentativa de minimizar o sofrimento vivenciado pela pessoa idosa.

Tem vezes que a gente fica com pena de alguns, porque estão abandonados pela família. Então a gente dá mais atenção, conversa mais, fica mais junto. De vez em quando até a gente pensa em levar para casa (E26).

No entanto, alguns símbolos utilizados direcionam para algumas peculiaridades individuais nos profissionais, podendo se estabelecer conflito interior, quando têm que tomar atitude frente à necessidade de agir em uma determinada situação e à possibilidade de provocar sofrimento no paciente. Essa condição parece estar relacionada ao significado que o indivíduo atribui às coisas com as quais está interagindo. Nesta direção, Mendonça,⁹⁸ ao analisar os estudos de Bryman, expõe três premissas do interacionismo simbólico que permitem explicitar a relação entre as pessoas. Uma delas defende que os seres humanos atuam em relação às coisas e a outras pessoas em seu ambiente baseados nos significados que essas coisas e pessoas têm para eles; a segunda diz respeito ao significado de tais coisas, sendo este derivado da interação social que a pessoa tem com seus companheiros; e, por fim, que esses significados são estabelecidos e modificados mediante um processo interpretativo. Essa condição pode ser evidenciada na manifestação abaixo:

Cuidar de pessoas idosas, sinceramente, eu não gosto. Não gosto, como é que vou te explicar. São duas áreas que não gosto. Geriatria e Pediatria.

Porque eu tenho 'pena', tenho dó de fazer uma punção naquelas mãozinhas delicadas do velhinho e naquelas mãozinhas delicadas da criança, parece que aquilo dói em mim (E1).

Eu não gosto de trabalhar com os velhos, eu trabalho bem assim, tem que fazer o possível, mas é uma área que eu não gosto, porque eu tenho pena deles, eu acabo sofrendo com eles (E27).

Ao realizar o cuidado, a equipe de enfermagem identifica diversos pontos que contribuem para que o paciente idoso receba a atenção necessária e favoreça para que o período de hospitalização seja o menos traumático possível. Assim, considera que o diálogo, saber ouvir, o estabelecer um ambiente de confiança e segurança, valorizar as queixas, fornecer orientações, dar apoio dos familiares e manter uma interação harmônica constituem-se em fatores que melhoram as condições e tornam o espaço hospitalar menos agressivo.

4.3.2.2 Interação com idosos no espaço hospitalar

O trabalho no campo da saúde é marcado pela existência de relações interpessoais entre os profissionais e usuários. Constitui-se em um trabalho reflexivo e dependente de saberes distintos: científico, técnico, derivado de experiências de trabalho e, ainda, sociais e de valores ético-políticos. Difere, também, pela sua complexidade, isto é, incorpora a diversidade profissional, dos atores e interesses, das tecnologias, da organização do espaço; pela heterogeneidade devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes; e pela fragmentação conceitual do pensar e fazer, da técnica, da pluralidade profissional e social, da divisão social do trabalho e das relações que se estabelecem entre as categorias.

Embora o Rio Grande do Sul já esteja com um índice elevado de pessoas idosas, verifica-se que a formação de recursos humanos na área de enfermagem gerontogeriatrica ainda é tímida. Vale destacar que um dos fatores que contribui para a ocorrência dessa situação é o reduzido número de professores com formação e experiência nessa área do saber.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem¹⁰³ a formação objetiva dotar o profissional de enfermagem de conhecimentos requeridos para atuar em diferentes programas de assistência integral à saúde, dentre eles do adulto e do idoso. Nesse caso, deverá ser capaz de conhecer e intervir sobre os problemas de saúde-doença de maior prevalência no perfil epidemiológico nacional, com foco na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Este deve atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano e da coletividade.

Desse modo, a equipe de enfermagem deve capacitar-se em geriatria e gerontologia para desempenhar suas tarefas com idosos, pois, prestar serviços de qualidade é imprescindível e, para isso, há necessidade de possuir conhecimentos e desenvolver destrezas e habilidades específicas, dando atenção às características físicas, psicológicas, sociais e espirituais desta população. Do mesmo modo é necessário conhecer as características do processo de envelhecimento, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

Santos,⁸⁹ ao fazer uma reflexão sobre o processo de trabalho da enfermagem gerontológica, menciona que esse profissional, ao cuidar de idosos, deve demonstrar autenticidade nas relações com os pacientes, garantindo que os direitos deles sejam respeitados e informando-os apropriadamente sobre os mesmos. Afirma, ainda, que os cuidados nesse campo do saber obedecem às necessidades identificadas, levando o profissional de enfermagem a formar sua própria filosofia, a partir de suas crenças e de seus valores pessoais.

Os entrevistados deste estudo reconhecem a necessidade de manter conhecimentos atualizados, destacando a área da geriatria como exemplo para justificar tal conduta. Uma das

razões é o evidente aumento do número de idosos que se encontram hospitalizados. Em relação ao desconhecimento de como proceder diante de uma situação envolvendo uma pessoa idosa, Leonart e Mendes¹⁰⁴ salientam que o ser humano, independente de sua formação e de sua posição, em situações desconhecidas faz uso de mecanismos mentais e lança mão de experiências vividas, marcadas por símbolos, para apresentar soluções aos problemas que se apresentam. Contudo, os integrantes da equipe de enfermagem deste estudo referem que, mesmo havendo aprendizado informal, faz-se necessária a participação em cursos que efetuem uma ampla abordagem acerca da temática.

Eu acho que todo conhecimento é bem-vindo, ainda mais que as coisas mudam. Antes não tinha tantos idosos no hospital, hoje a gente vê que a maioria é de idosos. Então a gente também deveria ir estudando para poder ajudar melhor, não que a gente não vai aprendendo, um diz uma coisa outro diz outra, mas o certo seria se a gente estudasse bem tudo sobre eles (E59).

O Estatuto do Idoso, editado em 1º de outubro de 2003, por meio da Lei nº 10.741, dispõe sobre os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Determina, em seu art. 18, que as instituições de saúde devem obedecer a critérios mínimos para o atendimento e a capacitação dos profissionais, fornecendo, também, orientação a familiares cuidadores e a grupos de auto-ajuda. Prevê, ainda, a formação de recursos humanos capacitados nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos. Além disso, preconiza o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.¹⁰⁵

Por sua vez, a política de educação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, instituiu a política para a educação permanente em saúde e o Pólos de Educação Permanente em Saúde. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, propondo que a transformação das práticas profissionais devam estar baseadas na reflexão crítica da realidade profissional em curso na rede de serviços de saúde. Indica que a capacitação seja estruturada a partir da

problematização do processo de trabalho objetive a transformação das práticas profissionais e da própria organização do serviço, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social da saúde.¹⁰⁵

Os cuidados globais e individualizados têm de basear-se no respeito e na liberdade da pessoa para tomar suas próprias decisões. Esses cuidados adquirem maior relevância quando estão sustentados por uma atitude de acompanhamento, *fazer com o outro*, de respeito, *levar em conta os desejos do outro*, e de interesse autêntico, reconhecendo e aceitando a diferença do outro. A enfermagem gerontogeriátrica tem que conhecer, integrar e desenvolver habilidades de comunicação como a escuta ativa, a empatia, a coerência e o respeito incondicional. Isto pode ser observado no discurso a seguir:

Porque os velhinhos precisam de tratamento diferenciado, cuidado especial. É tudo muito complicado com ele, a gente tem que aprender a lidar com este paciente, porque é bastante difícil saber tudo. Tem que entender, no fundo a gente vira a família dele, dando atenção, conversando, porque a gente vê que eles precisam (E19).

Bueno,¹⁰⁶ ao dissertar sobre a construção da autonomia do profissional de enfermagem no contexto hospitalar, afirma que, no final do século XX, houve mudanças relativas ao modo de atuar na área de saúde. Ao desenvolver as atividades técnicas referentes à cura e à prevenção, o profissional deve considerar as condições de trabalho, habitação, educação e lazer que compõem o cotidiano do indivíduo. Além disso, atentar para as modificações demográficas e epidemiológicas hoje existentes, apontando para a elevação do número de idosos hospitalizados, os quais requerem conhecimentos e ações de saúde diferenciados e especializados. Tais fatores levaram à alteração curricular nos diversos cursos da área de saúde, favorecendo a formação profissional com novo perfil, capaz de dar conta das novas demandas nesse campo do saber.

Nesta mesma linha,¹⁰⁷ *para sobreviver nesse novo mundo do trabalho, o profissional tem que necessariamente apropriar-se de outras áreas do conhecimento e incorporá-las àquelas adquiridas em sua formação.*

A geriatria e a gerontologia compõem uma área emergente de atuação, na qual há um reduzido número de profissionais de saúde com formação, qualificação e capacitação. Entende-se que, no conjunto das ações previstas para a formação e atualização dos profissionais, via educação permanente, sejam incluídos conhecimentos geronto-geriátricos. Este entendimento surge não somente no imaginário dos responsáveis pela formação de recursos humanos, mas também por parte dos profissionais que cotidianamente exercem suas práticas assistenciais.

Eu acho que a gente precisa ter conhecimento para poder melhorar, eu acho que tem bastante idosos internados e a gente não estuda muito sobre isso, porque a gente estuda sobre criança, mulher, adulto, mas sobre idoso não. E eles querem atenção, aqui é um hospital pequeno a gente vê isso e, muitas vezes, quem reclama nem é o próprio paciente, mas o familiar, como já aconteceu aqui (E61).

Coelho,¹⁰⁸ ao dissertar sobre a estruturação dos serviços hospitalares para prestar atendimento a idosos, destaca que há certo consenso sobre os princípios e características que devem permear tais serviços, tendo importantes implicações sobre os recursos e os tipos de profissionais necessários, sendo intrinsecamente relacionados à natureza dos problemas de saúde das pessoas com idade avançada.

Enfatiza ainda que, dentre as características do processo saúde-doença, quando se trata de pessoa idosa, estão presentes: múltiplos problemas de saúde; polifarmácia; rápida deterioração, em caso de morbidades agudas, se não adequadamente tratadas; presença de doenças inespecíficas e insidiosas; complicações secundárias a doenças e tratamentos; fatores sociais e ambientais freqüentemente envolvidos no desenvolvimento, descompensação e recuperação de problemas de saúde.

Esse quadro direciona para a importância dos serviços especializados na área de geriatria e gerontologia e, nos casos agudos em que há necessidade de internação hospitalar, o serviço deve proporcionar abordagem interdisciplinar, profissionais com conhecimento e familiarizados com as particularidades da apresentação e do manejo das doenças em idosos, possibilidades de incorporar outras intervenções que não às estritamente técnicas. Além disso, ter condições para identificar sistematicamente aqueles idosos com maior risco de complicações e de evolução desfavorável, serviço de reabilitação com vistas à rápida recuperação da saúde, não mensuração de esforços para abreviar o período de internamento, e a preparação adequada do idoso e sua família para a alta hospitalar, garantindo a continuidade da assistência no âmbito da rede básica de saúde.

Os integrantes da equipe, ao justificarem a importância em possuir domínio na área de enfermagem gerontogeriatrica, demonstram entender que esta constitui uma especialidade no campo da saúde.

Agora, para cuidar de idoso, a gente deveria ter um conhecimento a mais. Porque eles são umas pessoas mais frágeis, são mais doentes, são pessoas muito carentes de tudo. Precisa ter conhecimento mesmo. Precisa, porque é que nem com uma criança, é uma área da saúde em que se precisa ter conhecimento. Com idoso tem ainda o problema psicológico. Então a pessoa precisa ter conhecimento na área do idoso, para a gente entender eles e prestar um cuidado melhor, com mais qualidade. A gente deveria fazer cursos nesta área (E28).

Alguns profissionais reconhecem que, além do conhecimento teórico e técnico, há necessidade da adoção de conduta profissional adequada para atuar com idosos. Mencionam que esse segmento requer mais atenção e, ainda, apontam como uma demanda os aspectos relativos à compreensão do processo de morrer. Consideram que essa é uma condição que se aproxima mais das pessoas idosas e que, portanto, devem estar adequadamente preparados para encarar com serenidade essa questão.

Penso que precisam de um cuidado diferenciado, porque eles têm mais carência. Precisam de atenção psicológica, até para a preparação para a

morte, porque eles já estão próximos da hora. Isto para saber entender e atender o paciente idoso porque um é diferente do outro e a gente não sabe como agir (E42).

Contudo, há profissionais de enfermagem que consideram desnecessário ter domínio, habilidades e conhecimentos na área gerontogeriátrica para prestar assistência a idosos no espaço intra-hospitalar. Afirmam que, para proporcionar bons cuidados a pacientes com idade mais avançada, ter formação básica, ser educado e compreensivo é o suficiente. Ao ter este entendimento, uma parcela do cuidado pode ficar prejudicada, uma vez que se deve conhecer e ter habilidades para dar conta de todas as especificidades, de cunho orgânico, psicológico, social e espiritual, que ficam comprometidas a partir da instalação de uma morbidade em uma pessoa idosa. Assim, evidencia-se que parte dos profissionais de enfermagem desconhece as peculiaridades relativas ao processo saúde-doença envolvendo pessoas idosas.

Pra trabalhar com idosos não precisa ter formação específica. Penso que não precisa ter formação para ser educada, para saber cuidar, saber entender, ser carinhosa. Você cuida bem se tem um relacionamento bom, então não é um curso, mas é você que faz, que pode fazer para atender bem (E19).

Não precisa conhecer de idoso para trabalhar com eles, é igual aos outros pacientes. Se tem febre vai e dá a medicação, se precisa uma medicação vai e dá, se precisa sentar na cadeira, vai lá e senta, se precisa mudar de lado, a gente vai lá e muda, pronto (E29).

Portanto, pode-se dizer que ter conhecimento acerca do processo de envelhecimento, políticas de atenção ao idoso, prevenção de incapacidades funcionais, promoção para um envelhecer saudável, tratamento de morbidades já instaladas, e reabilitação, são elementos hoje indispensáveis aos profissionais de enfermagem responsáveis pelo cuidado a idosos. Também, para que possam pensar e fazer da enfermagem gerontogeriátrica um novo modo de exercer sua práxis.

4.3.2.3 Significado do cuidado no contexto hospitalar para idosos

Os aspectos relativos ao cuidado no espaço hospitalar constituem-se de fundamental relevância para os pacientes, uma vez que a doença e a hospitalização é, quase sempre, uma experiência desafiadora. Existe grande necessidade de ajustamento a mudanças e perdas. Mudança de ambiente, estilo de vida e de hábitos; perda da saúde, do controle sobre si mesmo e sobre o ambiente. A doença e a hospitalização provocam, ainda, tanto no paciente quanto nos familiares, medo do desconhecido, questionamento a respeito da vida e da morte, a respeito de valores e do sentido da vida, possibilidade de continuar vivendo com qualidade de vida ou a dura realidade de enfrentar limitações inesperadas.⁹

Charon,⁷¹ ao descrever acerca dos princípios do interacionismo simbólico, afirma que os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agem de acordo com o modo que definiram a situação que estão vivenciando, e embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com que se está interagindo, ela é principalmente resultado da própria definição, da interpretação da situação.

Neste cenário, a equipe de enfermagem não deve eximir-se de prestar atendimento às necessidades humanas e emocionais, em especial nas situações de doenças crônicas, quando existe sofrimento e dor por um longo período. Além disso, a doença muitas vezes ocorre como estratégia psicológica emocional, constituindo-se em motivo para a obtenção de atenção e de cuidado, quando poderia denominar-se de “chantagem emocional”. Para isso, como estratégia para chamar a atenção, os pacientes se antecipam e mantêm uma interação afetuosa com os profissionais da enfermagem com a expectativa de que estes tenham atitudes reciprocamente semelhantes. Quer dizer, por de trás da doença e do relacionamento harmonioso está o latente desejo de ser acolhido, de dialogar, de ter alguém próximo de si, enfim de receber os cuidados de forma holística, condição esta que é percebida pelos participantes deste estudo, como se evidencia na fala abaixo:

O que mais gosto neles é que eles querem transmitir uma atenção, assim como eles são carentes de atenção. Eles transmitem carinho para a gente, deixam transparecer isso. São carentes de carinho e gostam de passar isso também (E5).

A velhice pode ter um caráter conflitivo não só para o próprio idoso, mas também para as pessoas que o atendem. O grau de conflito representado para cada pessoa e as condutas defensivas que adotam para evitá-lo guarda relação com as experiências pessoais prévias. Os cuidados de idosos enfermos e com incapacidades conduzem os integrantes da equipe de enfermagem, de forma inconsciente, a se defrontar com seus próprios temores frente ao envelhecimento e à morte. Do mesmo modo, os prejuízos da velhice podem provocar atitudes diversas, que oscilam desde o rechaço à extrema superproteção ou à infantilização dos cuidados. Desta forma, é importante que os profissionais de enfermagem identifiquem e resolvam suas próprias crenças, dificuldades e expectativas em relação à velhice e aos cuidados dos idosos, tendo em vista a prestação de cuidado qualificado.¹⁰⁹

A demonstração de infantilização emerge no discurso dos profissionais de enfermagem não no sentido pejorativo, mas como um sentimento de compaixão e reconhecimento das limitações impostas pelos anos já vividos. Isto reforça as ações de cuidar por inteiro, contemplando aspectos físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais.

Eu tenho muita pena dos idosos, tenho dó dos velhinhos, quando estão internados, nem sei por que. Parece uma criança que está ali que precisa de cuidados, por ser velho é difícil, tem dificuldade de se movimentar, de ir até o banheiro, precisa de ajuda. Se a gente tivesse mais tempo, a gente ia fazer tudo por eles, mas o tempo é curto (E19).

No interacionismo simbólico, os indivíduos interagem e a sociedade, por extensão, é constituída de indivíduos interagindo. Assim, o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado pelo que houve no passado e pelo que está ocorrendo no presente. Ressalta-se que interação não se reduz somente ao que está acontecendo entre as pessoas, mas também abrange o que acontece no interior dos indivíduos.⁷¹

As manifestações dos participantes desta pesquisa dão a entender que, para desempenhar ações do cuidado a idosos, o profissional deve ter, além de conhecimento, atributos como vocação, predisposição, consideração e vontade, aspectos que devem ser observados pela gestão dos recursos humanos de enfermagem. Por sua vez, o paciente idoso tem a expectativa de ser cuidado por um profissional com essas características.

Quando o profissional gosta de trabalhar com idosos, ele cuida, mas se não gosta ele não cuida muito bem, porque nem sempre o profissional gosta de trabalhar, para o profissional ajudar tem que gostar daquilo que faz, então isso influencia muito, tem que gostar de trabalhar com idosos e ter vontade de cuidar, essa é a verdade. E os idosos esperam isso de você. Que você cuide bem. E se tiver conhecimento de como lidar, isso ajuda na criatividade, se tivesse um curso, uma preparação, isso ajudaria bastante (E57).

Um outro aspecto que se evidencia é sobre a importância de uma equipe interprofissional capacitada para atuar com o estrato de doentes idosos no hospital. A diversidade e a complexidade das dimensões que devem ser abordadas profissionalmente para atender à população idosa são tão amplas que exigem um trabalho interprofissional.

Camacho⁸⁸ menciona que a gerontologia constitui-se em uma área do conhecimento sobre o envelhecimento, na qual está incluída a enfermagem. Esta *interage e articula com outras áreas a comunicação de idéias e a integração recíproca de conceitos formuladores de um determinado conhecimento.*

Neste sentido, a enfermagem, ao responsabilizar-se pelos cuidados no contexto hospitalar, deve ser capaz de garantir atenção individualizada às pessoas idosas, valorizando suas necessidades, limitações, recursos e possibilidades de manutenção e recuperação de sua autonomia, nos limites de sua ação, além de buscar interagir com os profissionais de outras áreas para dar conta de todas as dimensões da atenção ao doente idoso.

Na saúde se faz o que é possível. Cada profissional atua no seu campo, porque é um conjunto. Cada um tem que cuidar da sua parte, claro que vou conversar com os outros profissionais também, mas eu tenho minha parte de responsabilidade (E55).

Na área gerontogeriatrica o profissional pode ser competente, ter vocação e estar capacitado, mas deve ser essencialmente humilde para aprender com eles, principalmente se o profissional é ainda jovem.

Eles têm muita coisa para ensinar para a gente. A começar pela educação. Uma pessoa idosa viveu uma vida inteira, ela tem muita coisa para mostrar de bom para a gente, cada pessoa tem coisas boas. Cada velhinho que tu for conversar assim, cada velhinho tem algo de bom para te passar (E67).

Néri⁹⁰ menciona que Erick Erickson é um dos pioneiros nos estudos sobre desenvolvimento humano, com a formulação da Teoria do Desenvolvimento. Esta explicita que *o desenvolvimento se processa ao longo da vida e que o sentido da identidade de uma pessoa se desenvolve através de uma série de estágios psicossociais durante toda a vida*. Os profissionais de enfermagem percebem que há uma gradual mudança no modo de agir das pessoas na medida em que vão envelhecendo. Identificam que, progressivamente, o indivíduo vai demonstrando maior serenidade, tranqüilidade e afetividade, atributos que cativam e fazem com que os mais jovens se aproximem dos mesmos.

E o idoso está ficando cada vez mais... talvez com o grupo de idosos, ele vai aprendendo, vai olhando... vão ficando mais sensatos, cativantes, meigos, falam assim mais tranqüilo. Ficam mais delicados e nós também vamos envelhecer, então dá para olhar e ver como é que nós vamos ficar, porque se é para nós não ficar velhos, então é porque nós vamos morrer antes (E45).

O interagir, o estar com outras pessoas gera satisfação e prazer. O estar presente significa estar por inteiro junto ao outro. Implica em não ser um autômato, que executa o cuidado técnico, vital e importante para a assistência ao receptor do cuidado de modo automático, mecânico. Estar presente e ser fonte de cuidado significa prestar também o cuidado emocional/psicológico em todo o processo de cuidar, inclusive ao realizar os procedimentos técnicos. Essa integração resulta no cuidado efetivo, que dá sustentação ao processo de cuidar e torna o cuidador afetivo e humano. A presença *humanizada do cuidador poderá representar, para o ser cuidado, a esperança, célula máter do desejo de viver e, para*

*o cuidador, poderá proporcionar a certeza de ter tentado promover, dentro de suas possibilidades, uma melhor qualidade de vida e bem-estar a quem esteve temporariamente sob seus cuidados.*¹¹⁰

O cuidar do idoso hospitalizado perpassa pela valorização do outro e do cuidado em si, o cuidar direto na relação face a face, em que o cuidador se compadece e se vê no lugar do outro, projeta e vê seu futuro espelhado à sua frente. Esta condição direciona para que a intervenção seja significativa, completa e de aproximação.

Quando eu estou cuidando deles, em certas ocasiões eu me vejo no lugar deles, porque quando você se sente assim é diferente. A gente vê a parte mais sensível, você trata além do cuidado que tem que ter. Você cuida com mais carinho, porque você se coloca no lugar dele e atende o lado psicológico e isso faz bem tanto para ele como para mim (E73).

A percepção que a equipe de enfermagem possui acerca do cuidado a idosos hospitalizados sinaliza que este deva ser desvinculado da idade cronológica e das condições ou possibilidades que o paciente tem para se recuperar. Os profissionais reconhecem que a pessoa possui necessidades de cuidados no decorrer de toda a sua vida, inclusive na velhice e na sua terminalidade.¹¹¹

O cuidado diferenciado é no sentido de ter capacidade para entender, compreender e dar atenção ao paciente com idade avançada. As ações de cuidar são similares, independente da faixa etária do paciente, isto é, o modo de executar a técnica em si não se modifica. Contudo, este deve considerar as mudanças físicas e psicológicas ocorridas na pessoa idosa, que são inerentes ao processo de envelhecimento. Por exemplo, frente a uma lesão cutânea a técnica de realização do curativo não difere de uma faixa etária para outra; porém, deve-se lembrar que as fases cicatriciais são mais lentas nas pessoas idosas. A reparação e reconstrução de tecidos humanos requerem quantidades adequadas de energia, proteínas, vitaminas e minerais para atender os mecanismos fisiológicos. A lentificação pode, também,

estar diretamente relacionada às alterações no sistema imune ou ser uma consequência de outras morbidades comuns na velhice.

Porque os velhinhos precisam de um tratamento diferenciado, um cuidado especial, porque não funcionam do mesmo jeito que um adulto (E64).

O significado do cuidado para o idoso no contexto hospitalar contempla aspectos relativos ao cuidar, considerando que nele está implícito o modo de ser e a conduta do profissional de enfermagem. Este, por sua vez, interage de modo empático e, por meio do cuidado, expressa suas crenças, valores e seu entendimento sobre a velhice.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação da equipe de enfermagem com idosos hospitalizados constitui-se em uma prática cada vez mais freqüente no cotidiano desses profissionais, tendo em vista a progressiva elevação da população idosa em nossa sociedade. Assim, o desenvolvimento do trabalho junto a esse estrato populacional deve levar em conta, além dos aspectos individual e familiar, o contexto geográfico e socioeconômico e, portanto, não se restringe ao ambiente intra-hospitalar.

A realidade sócio-demográfica da região estudada mostra maior percentual de idosos entre a população se comparado com o restante do país. Esse dado pode ser resultante do declínio nas taxas de fecundidade e, também, determinado pelo processo de urbanização, uma vez que houve significativa migração da população mais jovem para centros maiores, enquanto que pais e avós permaneceram nos pequenos municípios, notadamente na área rural.

Em face da realidade local, cabe aos gestores e profissionais da saúde pensar em intervenções que possibilitem ao idoso o acesso a serviços adequados às suas necessidades, que permitam prevenir e reduzir a carga de limitações, morbidades crônicas e mortalidade prematura nesta população. Além disso, adotar medidas que restrinjam os fatores de risco associados às principais doenças crônicas e aumentem os determinantes que protegem a saúde em todas as etapas da vida.

Em que pese às características do contexto local, os resultados dos dados sócio-demográficos relativos aos recursos humanos que atuam nos hospitais situados nos municípios de abrangência da 17ª CRS/SES/RS, na área de enfermagem, são semelhantes a resultados de estudos similares. Há predominância significativa do sexo feminino (86,5%), casados (68,9%), que professam a religião católica (82,4%) e possuem descendentes diretos (75,6%), com uma média de dois filhos.

Outro dado levantado diz respeito à idade dos pais dos participantes do estudo, em que se verifica um percentual de 39,2% e 48,6%, pai e mãe, respectivamente, dos profissionais de

enfermagem, com idade superior a 60 anos, ou seja, pelo menos um de seus pais é idoso. Além disso, muitos profissionais já perderam seus pais.

Quanto à categoria profissional, identifica-se proporcionalidade semelhante ao número de profissionais registrados no Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, ou seja: 20,3% são enfermeiros; 52,7%, técnicos de enfermagem e 27%, auxiliares de enfermagem. Esses profissionais, em sua maior parte, formaram-se e estão atuando profissionalmente há mais de quatro anos. Sendo justamente esses os que mais procuraram por cursos de qualificação e/ou capacitação, demonstrando a necessidade e o interesse em manter-se atualizados.

Alguns participantes da pesquisa mencionaram já terem realizado cursos de qualificação, capacitação ou mesmo pós-graduação, nos quais foram abordados temas relativos à área de gerontologia e geriatria. Isto demonstra que as instituições formadoras de recursos humanos têm-se preocupado com as questões do envelhecimento e, de alguma forma, ofertado espaço para discuti-las e, também, que há profissionais interessados em qualificar-se nesta área do conhecimento.

Contudo, há um elevado percentual de profissionais de enfermagem que não buscaram cursos de atualização, seja na área da saúde como um todo, seja na área gerontogeriátrica. Esse dado mostra que há uma lacuna e a necessidade de intervir no sentido de motivar esses profissionais para que busquem manter-se atualizados, uma vez que, no campo da saúde, há avanços tecnológicos significativos em um curto período de tempo e, igualmente, ocorrem alterações demográficas e epidemiológicas com muita frequência.

Em relação ao cuidar/cuidado de idosos hospitalizados, o estudo mostra que tais ações se constituem em uma construção social, configurando, sob alguns aspectos, padrões interacionais e simbólicos. Tais padrões mantêm estreitas conexões com os significados

decorrentes da interação social entre a equipe de enfermagem com indivíduos idosos e, da mesma forma, do cuidado a pacientes idosos no espaço hospitalar.

Assim, o profissional de enfermagem percebe que a situação do idoso na sociedade é, por vezes, de abandono, esquecimento e exclusão social, tanto por parte da família quanto da sociedade. Embora também enfatizem que, para uma parcela de idosos, a situação já se encontra melhor, de vez que participam ativamente do meio social em que vivem, sendo valorizados, cuidados e tratados com respeito.

Ao interagir com idosos, os integrantes da equipe de enfermagem realizam auto-reflexão e as associam com situações concretas da vida cotidiana. Entendem que uma conduta respeitosa é uma condição desejável de qualquer indivíduo, inclusive para eles próprios, e que a velhice faz parte da vida das pessoas. Do ponto de vista do interacionismo simbólico, considera-se que os profissionais de enfermagem constroem símbolos significantes que possuem conotação positiva, mantendo um bom relacionamento com esse segmento populacional.

A hospitalização para os pacientes idosos é percebida, pelos profissionais de enfermagem, como sendo uma estratégia em que, para além de buscar resolver seus problemas de saúde, está implícito o desejo de receber atenção, de poder estar com as pessoas, de conversar, enfim, de sentirem-se cuidados e protegidos o que, muitas vezes, não encontram no espaço doméstico junto de seus familiares.

No estudo, verificou-se que os integrantes da equipe de enfermagem interagem de maneira adequada com os pacientes idosos que estão internados. Essa condição pode estar ocorrendo por se tratar de instituições hospitalares de pequeno porte, situadas em municípios pequenos, em que a população mantém vínculos afetivos, de amizade e ou parentesco com grande parte da população, facilitando a interação e o respeito, preservando o convívio de

idosos em seu meio social, fazendo com que possuam entendimento positivo em relação à velhice.

Considerando-se as características da profissão, na qual o cuidar/cuidado constitui-se na essência da ação desses profissionais, identifica-se, ainda, deficiência na formação, qualificação e atualização dos profissionais na área de enfermagem gerontogeriatríaca. Vale salientar que, para cuidar da pessoa idosa, há necessidade de que a equipe de enfermagem tenha qualidades fundamentais, tais como: conhecimento gerontogeriatríaco, paciência, compreensão, empatia, aceitação, valorização, entre outros.

O estudo permitiu constatar que a atenção à saúde de idosos no ambiente hospitalar é fragmentada. Por suas condições de saúde, porém, esses pacientes requerem atenção integral, isto é, que haja um modo de atenção em saúde mais centrado no cuidar do que no curar, que responda a suas necessidades biopsicossociais e que leve em consideração os aspectos físicos e sociais dos idosos com os quais interagem. Os modelos de atenção devem estar direcionados para a manutenção da saúde, controle dos fatores de risco, preservação da independência funcional, promoção da autonomia e sua inserção na família e na sociedade. Nesta perspectiva, o conhecimento na área de enfermagem gerontogeriatríca, incluindo aspectos de promoção, prevenção e educação para o autocuidado, é de fundamental importância.

Neste contexto, é recomendável que, já no decorrer de sua formação, os estudantes de enfermagem, tanto de nível médio quanto do ensino de graduação, adquiram conhecimentos sobre envelhecimento, favorecendo o desenvolvimento de uma atitude positiva frente a pacientes idosos. Sabe-se que as alterações na grade curricular e, mesmo, nos conteúdos das diferentes disciplinas ocorrem de forma lenta e gradual; porém percebe-se que, progressivamente, as universidades e as escolas de enfermagem estão incorporando os estudos relativos ao envelhecimento em seus cursos.

Nos estudos gerontogeriátricos há necessidade do desenvolvimento de discussões teóricas, inserindo os estudantes em campo de prática, tanto na atenção domiciliária, na atenção básica de saúde, em organizações comunitárias, em instituições de longa permanência (ILP), em centros de convivência, quanto no contexto hospitalar.

Ao concluir considera-se que novas pesquisas devam ser realizadas contemplando aspectos relativos a condições de saúde, peculiaridades e necessidades inerentes a esse grupo etário, cuja longevidade faz com que se acumulem histórias clínicas e interação com a sociedade de modo singular. Também, sobre como a estrutura dos serviços de saúde, os recursos humanos, as políticas públicas e o sistema único de saúde estão organizados para atender em todas as dimensões e intensidade essa nova realidade, são temáticas que poderão ser investigadas e necessárias para acolher o contingente populacional de idosos que está se formando em nosso país.

REFERÊNCIAS

-
- 1 Galinsky D. Equipo multi-interdisciplinario. In: Pérez EA et al. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica n° 546; 1994.
 - 2 Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 1997, 31(2): 184-200.
 - 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Anuário Estatístico do Brasil. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Disponível em <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002/idoso>. Acesso em 28 de abril de 2003.
 - 4 Da Cruz IBM, Moriguchi EH. Projeto Veranópolis: reflexões sobre envelhecimento bem sucedido. Veranópolis: Ed. Oficinas da Longevidade; 2002.
 - 5 Jonshon HR. La enseñanza y capacitación del personal que atiende a los ancianos. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica n° 492; 1985.
 - 6 Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares: para casos agudos em idosos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2000, 34(3): 666-71.
 - 7 Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria n°1.395, de 10 de dezembro de 1999. Brasília.
 - 8 Marziale MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. Ribeirão Preto/SP, nov-dez/2003, 11(6):701-2.
 - 9 Leite MT. Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar. Ijuí, Ed. UNIJUI; 2000 (Série dissertações de mestrado).
 - 10 Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Cap. 91.
 - 11 Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003, 19(3): 839-847.
 - 12 Leite MT, Miron VL. Perfil do idoso internado no Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) no período de março a agosto de 1997. Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão, II; Seminário de Iniciação Científica, VI. Anais. Ijuí: Ed. UNIJUI; 1998. V.1, Caderno de Resumos.

-
- 13 Flores GAL, Nascimento NMR, Da Cruz IBM. Aspectos biopsicossociais do idoso e o envelhecimento bem-sucedido. In: In: Jeckel-Neto EA Cruz IBM (orgs.). Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000. v. 2, 403p.
 - 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Anuário Estatístico do Brasil. Censo demográfico 2000. Disponível em <:http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo 2000/>. Acesso em 28 de abril de 2003.
 - 15 Hayflick L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1996 (Trad. de Ana Beatriz Rodrigues, Priscilla Martins Celeste).
 - 16 Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI; 1987.
 - 17 Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Cap. 72.
 - 18 Da Cruz IBM, Alho CS. Envelhecimento populacional: panorama epidemiológico e de saúde do Brasil e do Rio Grande do Sul. In: Jeckel-Neto EA, Cruz, IBM (orgs.). Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000. v.2, 403p.
 - 19 Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI; 2002.
 - 20 Rio Grande do Sul. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida - relatório de pesquisa. Conselho Estadual do Idoso. Porto Alegre, CEI; 1997.
 - 21 Organización Panamericana de la Salud. La salud de los ancianos: una preocupación de todos. Washington, OPS; 1992. n.3.
 - 22 Costa NE, Silvestre JA. Programa de atenção à saúde do idoso do Ministério da Saúde. Cadernos do IPUB, n. 10; 1997.
 - 23 Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. 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):23-41. 1997;13(4):771-774.
 - 24 Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004; 13(4) : 239 – 246.

-
- 25 Jeckel-Neto EA, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 26 Labouvie-Vief G. Intelligence and cognition. In: Birren JE. Handbook of the psychology of aging. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985.
- 27 Da Cruz IBM. Genética do envelhecimento, da longevidade e doenças crônico-degenerativas associadas à idade. In: Freitas EV. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 28 Da Cruz IBM, Taufer M., Moriguchi EH. Geriatria genômica. In: Mir L.(Org) Genômica. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 29 Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 4 ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
- 30 Mead GH. On social psychology. 5 ed. Chicago (USA):The University of Chicago Press, 1977. 358p.
- 31 Blumer H. Symbolic Interactionism: perspective and method. USA: University of California Press; 1986.
- 32 Bazilli C, Rentería E, Duarte JC, Franciscatti KVS, Andrade LF, Rala LA. Interacionismo simbólico e teoria dos papéis: uma aproximação para a psicologia social. São Paulo: Educ, 1998.
- 33 Creutzberg M, Santos BRL. Qualidade de vida do idoso. In: Envelhecendo com qualidade de vida. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002.
- 34 Carroll M, Brue LJ. Enfermagem para idosos: guia prático. São Paulo: Andrei; 1991.
- 35 Duarte YAO. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rio de Janeiro: Atheneu; 1996.
- 36 Schier J, Gonçalves LHT, Lima MGO. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre/RS, 2003, 24(1).
- 37 Schier J, Gonçalves LHT, Lima MGO. Avaliando o programa de acompanhante hospitalar de paciente geriátrico. Revista Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2001, 20(1/2): 60-69.

-
- 38 Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.
- 39 Polit DF, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 40 Chizzotti A. pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1991.
- 41 Ludke M, André MED. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 4ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1996.
- 42 Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 2ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.
- 43 Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
- 44 WHO – World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2005, 60p.
- 45 Brum AJ. Unijuí - uma experiência de universidade comunitária: sua história, suas idéias. 2ª ed., Ijuí/RS: Unijui, vol. 1, 1998.
- 46 Brasil. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: // portal.saude.gov.br/portal/aplicações/anuario2001, 2001.
- 47 Leite MT, Hildebrandt LM, Nasi C, Rocha MS. Recursos assistenciais em saúde mental e gerontologia nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Relatório de pesquisa, Ijuí/RS, 2003.
- 48 Rio Grande do Sul, Estatísticas de Saúde: Mortalidade – SIM/2004. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde, Núcleo de Informações em Saúde, v. 29, Porto Alegre, 2005.
- 49 Costa, MFLL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM 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): 23-41.
- 50 Brasil. Programa Nacional de Imunizações. Informações em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: [www.datasus.gov.br/informações em saude/](http://www.datasus.gov.br/informações%20em%20saude/). Acesso em 10/10/2006.

-
- 51 Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Datasus. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/mirs.htm>, Acesso em 01/11/2006.
- 52 Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no Ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI, UERJ [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- 53 Silvestre JA, Kalache A, Ramos JR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*. 1996, 0, p 81-89.
- 54 Bittar OJNV. Distribuição dos recursos humanos em oito hospitais gerais de São Paulo. *Rev Panam Salud Publica*. v.2, n.1, Washington: July, 1997.
- 55 Iwamoto HH. Recursos humanos em enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba – Minas Gerais. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 2005 (Tese de doutorado).
- 56 Brasil, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução 263, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Brasília, 2004.
- 57 Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v.32, n. 2, p. 153-68, 1998
- 58 Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto/SP, 2006, 14(01): 54-60.
- 59 Oler FG, Jesus AF, Barboza DB, Domingues NAM. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arq Cienc Saúde*, São Paulo, abr/jun 2005, 12(02):102-10.
- 60 Costa AE, Madeira LM, Alves M. Os pré-juízos e a tradição na enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 1995, 29(3): 261-266.
- 61 Monticelli M. A força de trabalho em enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. *R. Bras. Enferm*, Brasília, 2000, 53(1): 47-62.
- 62 Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos PAGU*, n. 24, janeiro-junho de 2005, p.105-125. Disponível em www.unicamp.br/pagu/cadernos_pagu.html. Acesso em 10 de janeiro de 2007.

-
- 63 Pereira WR, Bellato R. O Trabalho da enfermeira – uma abordagem sob a perspectiva da teoria feminista. R. Texto e Contexto Enferm. UFSC, Florianópolis, 1995, 4(1): 66-82.
- 64 Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. (Orgs.) Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2002.
- 65 Jericó MC, Castilho V. O investimento financeiro em recursos humanos: uma experiência em hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, 2004, 12(5): 707-712.
- 66 Malik AM. Gestão de recursos humanos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Volume 9 (Série Saúde & Cidadania).
- 67 Peduzzi M, Anselmi ML Relatório Final de Pesquisa: Avaliação do impacto do PROFABE na qualidade dos serviços de saúde. São Paulo. Ministério da Saúde /Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.
- 68 Berger L, Mailloux-Poirier DM. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidata, 1995.
- 69 Huberman A. Como se realizar as mudanças em educação. São Paulo: Ed. Cultura, 1973.
- 70 Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, Campinas/SP, set.2004/fev.2005, 9(16): 161-168.
- 71 Charon JM. Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration. Eighth edition. Upper Saddle River, New Jersey: PearsonPrentice Hall, 2004.
- 72 Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AL. A saúde de idosos que cuidam de idosos. Rev Esc Enferm USP São Paulo, 2006; 40(4):493-500.
- 73 Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira AMC. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. Ciencia y Enfermeria, 2004; X (1):31-39.
- 74 Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Abandono na velhice. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro, 2005; 8(3). Disponível em: www.unati.uerj.br. Acesso em 14/03/2007.
- 75 Silva YF, Gonçalves LHT, Pfeiffer SA. A enfermeira e o cuidador da pessoa idosa no contexto domiciliar. Texto & Contexto – Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1997; 6 (2): 45-57.
- 76 Eliopoulos C. Enfermagem gerontologica. 5ª ed. São Paulo: Artmed, 2005.

-
- 77 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Espidoso, São Paulo. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 793-798, mai-jun, 2003.
- 78 Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- 79 Ferrigno JC, Leite MLCB, Abigail APC. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- 80 Goldman SN. Universidade para a terceira idade: uma lição de cidadania. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro, 2001; 3(5): Disponível em: www.unati.uerj.br Acesso em 14/03/2006.
- 81 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Abigail A. A importância da modernização da gestão dos centros de convivência da ótica do lazer para a ótica da cidadania, 2005.
- 82 Minayo MCS. Violência e maus tratos contra a pessoa idosa. In: Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Anais. Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa. Brasília: Presidência da república. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2006.
- 83 Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.
- 84 Bazilli C, Renteria E, Duarte JC, Franciscatti KVS, Andrade LF, Rala LA. Interacionismo simbólico e teoria dos papéis: uma aproximação para a psicologia social. São Paulo: Educ, 1998.
- 85 Dias CMSB, Silva MAS. Os avós na perspectiva de jovens universitários. Psicologia em Estudo. Maringá, 2003; 8 (num. esp): 55-62.
- 86 Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe editorial, 2 ed, 1993.
- 87 Santos NC, Meneghin P. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 2006; 40(2):151-9.
- 88 Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade; pontos relevantes para a enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, 2002; 10(2): 229-33.

-
- 89 Santos SSC. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre/RS, 2000; 21(2): 70-86.
- 90 Neri AL, Jorge MD. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*. Campinas/SP, 2006; 23(2):127-37.
- 91 Marin MJS. Preparando o idoso para a alta hospitalar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.
- 92 Jannuzzi FF, Cintra FA. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2006; 40(2): 179-87.
- 93 Pelzer MT, Silva VP. Relato de experiência: o uso da recreação no processo de cuidar de idosos internados em uma unidade de clínica médica do hospital universitário. *Texto Contexto Enferm*. UFSC, Florianópolis, 1997; 6(2): 407-415.
- 94 Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol*. São Paulo, 2002; 79(6): 635-639.
- 95 Duarte YAO. O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e estudantes de enfermagem. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1996.
- 96 Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Edusp, 1979.
- 97 Morin E. A cabeça bem feita: repensar e reforma, reformar o pensamento. 3ª ed. Tradução de E. Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- 98 Mendonça JRC. Interacionismo simbólico: uma sugestão metodológica para a pesquisa em administração. *REAd*, UFRGS, Porto Alegre/RS, 2002; 8(2): 01-22.
- 99 Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2005; 39(1):103-8.
- 100 Stefanelli MC. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente: referencial teórico (parte II). *Rev. Esc. Enfermagem da USP*, São Paulo, 1987; 21(2):107-115.
- 101 Wonstret LE, Moreira EC, Centa ML. Interpersonal relation and communication in the childbirth and delivery rooms. In: *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium* [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002 [cited 2007 Mar 19]. Available from URL: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>

-
- 102 Oliveira AML, Girardello EB. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 2006; 40(1):71-7.
- 103 Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.
- 104 Leonart E, Mendes MMR. Gerontological training of nursing technicians: a cultural approach. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, 2005; 13(4): 538-546.
- 105 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Desenvolvimento para o SUS. Brasília, setembro de 2003.
- 106 Bueno FMG. A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. Campinas/SP: 2002. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- 107 Cocco MIM. Reestruturação produtiva e o setor saúde: profissionais de enfermagem em saúde coletiva. Ribeirão Preto/SP: 1997. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- 108 Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2000; 34(6): 666-671.
- 109 Castillo BA, Bassols SC. Enfermería Gerontogerítrica: concepto, principios y campo de actuación. In: Temas de Enfermería Gerontológica [en línea]. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2000. Capítulo 5: Accesible en formato pdf: <http://www.arrakis.es/~seegg/pdflibro/Cap5.pdf>. Acesso em 24/03/2006.
- 110 Gonzaga MLC, Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em Hospital pediátrico. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, 1998; 6(5): 17-26.
- 111 Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, 2005; 13(6): 1019-26.

FORMULÁRIOS DE LEVANTAMENTO DE DADOS

FORMULÁRIO A – Dados sócio-demográficos e profissionais

Formulário número:.....

A) DADOS SOCIAIS E DE IDENTIFICAÇÃO

01) Sexo

1. () masculino
2. () feminino

02) Idade? (em anos completos):.....

03) Estado civil

1. () solteiro
2. () casado/juntado
3. () viúvo
4. () desquitado/divorciado/separado

04) Qual a sua religião?

1. () Católica
2. () evangélica (luterana, batista, adventista...)
3. () espírita
4. () judaica
9. () outra.

05) Possui filhos?

1. () Sim
2. () Não

06) Qual a idade de seus pais? (em anos completos):.....

07) Mantém contato periódico (semanal) com pessoas idosas, fora do ambiente de trabalho?

1. () Sim
2. () Não

08) Se sim, qual o vínculo?.....

B) DADOS PROFISSIONAIS

09) Qual sua formação básica?

1. () enfermeiro
2. () técnico de enfermagem
3. () auxiliar de enfermagem

10) No currículo do curso que você fez havia disciplina com conteúdos referentes a gerontologia, geriatria, cuidado a pessoas idosas, envelhecimento humano?

1. () Sim 2. () Não

11) Se sim, qual era o nome da disciplina e sua carga horária?

12) Que assuntos você aprendeu aí?.....

13) Se não, havia nas disciplinas gerais, ensino de conteúdos referentes a gerontologia, geriatria, cuidado a pessoas idosas, envelhecimento humano? Que tipo de assunto você aprendeu? Ou nada? Comente sobre sua formação.

R.....
.....

14) Há quanto tempo você é formado profissionalmente?

1. () menos de três meses
2. () três meses até um ano
3. () um ano até dois anos
4. () dois até três anos
5. () três até quatro anos
6. () mais de quatro anos

15) Há quanto tempo trabalha?

1. () menos de três meses
2. () três meses até um ano
3. () um ano até dois anos
4. () dois até três anos
5. () três até quatro anos
6. () mais de quatro anos

16) Em que locais você já trabalhou? (múltipla escolha)

1. () Rede básica de saúde
2. () Hospital
3. () Home care
4. () Clínica de saúde
5. () Outro. Qual?.....

17) Realizou algum curso de qualificação/atualização após sua formação básica?

1. () Sim 2. () Não

18) Se sim, qual(is) curso(s) e duração em horas?.....

19) Caso tenha realizado algum curso, em algum deles houve abordagem de conteúdos referentes a gerontologia, geriatria, envelhecimento humano ou sobre cuidado a idosos?

1. () Sim 2. () Não

20) Se sim, quais assuntos?.....

FORMULÁRIO B – Questões norteadoras para a entrevista aberta

- ✍ Fale como é sua relação (interação) com pessoas idosas no seu dia-a-dia.
- ✍ Discorra como você vê a situação das pessoas idosas na sociedade atual.
- ✍ Como você percebe a hospitalização de pessoas idosas na unidade de internação na qual você atua?
- ✍ Fale como você cuida dos pacientes idosos.
- ✍ Como é para você cuidar de uma pessoa idosa?

FORMULÁRIO C – Roteiro para realização da observação participante

- ✍ Quais são os profissionais da enfermagem que atuam no setor de internação médica e cirúrgica em cada hospital?
- ✍ Como é o relacionamento entre os profissionais da equipe de enfermagem?
- ✍ Como ocorre a interação entre a equipe de enfermagem e os pacientes idosos?
- ✍ De que forma os profissionais de enfermagem se referem aos pacientes idosos, quando se encontra no posto de enfermagem?
- ✍ Há diálogo entre os profissionais de enfermagem e os pacientes idosos? Quando? Como é esta comunicação?

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO
SUL – PUCRS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa a ser realizada por Marinês Tambara Leite, tendo como orientadora a Profª Drª. Lucia Hisako T. Gonçalves e autorizo-a a utilizar as informações por mim fornecidas exclusivamente para fins científicos.

Tenho conhecimento de que a pesquisa tem por objetivo *conhecer a formação dos elementos que compõem a equipe de enfermagem e como é para eles vivenciar a prestação de cuidados a pessoas idosas que se encontram internadas em instituições hospitalares localizadas na região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul*. Para a obtenção das informações, serão realizadas entrevistas com os integrantes da equipe de enfermagem que atuam nestes hospitais.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas, com previsão de que cada entrevista dure, aproximadamente, 30 minutos. Todas as informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada identificação de nenhum depoente. O sigilo será assegurado durante todo o processo da pesquisa e, também, na divulgação dos dados.

Em qualquer etapa do estudo terei acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a enfermeira Marinês Tambara Leite, que pode ser encontrada no endereço Av. Pindorama, 466 – Bairro Lulu Ilgenfritz, Ijuí. Telefone 55-3332-1937. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre as questões éticas na pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica (PUCRS), no seguinte endereço: Av Ipiranga, 6690, Instituto de Geriatria e Gerontologia, em Porto Alegre, telefone (0XX51) 33203345.

Não há despesas pessoais para o participante entrevistado em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Sei que minha participação neste estudo é voluntária, tendo liberdade para recusar ou retirar meu consentimento de participação em qualquer momento, se assim achar necessário, sem prejuízo de qualquer natureza. Além disso, sei que poderei solicitar mais informações ou esclarecimentos, à pesquisadora ou à sua orientadora, através do telefone: (0xx 48) 23324124 / 99915193 / 3319399.

Fui suficientemente esclarecido de que todas as informações, por mim fornecida, serão confidenciais e somente utilizadas para a construção da tese de doutorado da pesquisadora. A minha identificação não será revelada, mantendo a minha privacidade.

Este documento está impresso em duas vias, e ao concordar em participar desta pesquisa devo assinar, sendo que uma delas ficará comigo e a outra permanecerá em posse da pesquisadora.

Ijuí (RS) _____/_____/2005.

Entrevistado

Pesquisadora Marinês Tambara Leite



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 605/05-CEP

Porto Alegre, 14 de julho de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "A equipe de enfermagem na prestação do cuidado a idosos hospitalizados".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dout Marines Tambara Leite
N/Universidade

2590 Sampaio