

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

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

**PARA ALÉM DO CUIDADO HOSPITALAR: significados do processo de
hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar**

Porto Alegre
2015

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

**PARA ALÉM DO CUIDADO HOSPITALAR: significados do processo de
hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre
2015

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

PARA ALÉM DO CUIDADO HOSPITALAR: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (PUCRS)

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon (PUCRS)

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo (UFSCAR)

Porto Alegre
2015

A557p Andreatta, Ana Paula Fabbris

Para além do cuidado hospitalar: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar. / Ana Paula Fabbris Andreatta. – Porto Alegre, 2015.

198 f.: il.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.
Orientação: Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla

1. Serviço Social. 2. Envelhecimento. 3. Hospitalização. 4. Idosos. I. Bulla, Leonia Capaverde. II. Título.

CDD 362.6042

Ficha Catalográfica elaborada por
Sabrina Vicari
CRB 10/1593

*Ao meu amor maior, minha filha,
Adele Andreatta Sabatti, que
acompanhou o processo de
construção dessa produção teórica
e esteve comigo em todos os
momentos.*

AGRADECIMENTOS

Com a finalização desta importante etapa da minha formação acadêmica é imprescindível agradecer as pessoas que fizeram parte dessa trajetória. Primeiramente agradeço a todos os professores da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul pelos anos de convivência, pelos ensinamentos e pelo carinho retribuído. Agradeço também aos colegas com quem compartilhei experiências durante a Graduação, Mestrado e Doutorado.

A Professora Dra. Jane Cruz Prates, pois foi a grande incentivadora dos meus estudos, principalmente com relação ao ingresso na Pós-Graduação em Serviço Social, quando ainda era bolsista de iniciação científica. As professoras que fizeram parte da banca examinadora, Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, Profa. Dra. Marisa Silva Zazzetta de Mendiondo e Profa. Irani Iracema de Lima Argimon, pelas importantes contribuições para a materialização desta tese.

A Professora Dra. Leonia Capaverde Bulla, orientadora deste trabalho, que foi exemplar em suas orientações e com dedicação me auxiliou na condução desses anos de estudo.

Ao Programa de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo subsídio disponibilizado ao longo de todo o Doutorado em Serviço Social.

À minha família, em especial, a minha filha Adele, a minha mãe Neida, ao meu irmão Rodrigo e ao meu esposo Livio, por aceitarem os momentos em que estive mais ausente e mesmo assim, compreenderem a importância dos estudos em minha vida.

Ao meu pai Mário (in memoriam) e a minha avó Herma (in memoriam) por zelarem por mim e proporcionarem as experiências que tive, principalmente me dando condições para que vivenciasse este momento único.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma importante transformação societária e tem representado a temática de inúmeros estudos. Com o aumento da expectativa de vida cresce a demanda pelos serviços de saúde em razão das doenças crônicas, mais comuns nesta faixa etária. Constata-se também a realização de um número significativo de hospitalizações, sendo esta considerada importante elemento da rede de apoio ao idoso dependente. Durante a hospitalização são vivenciadas experiências diversas que culminam com a tomada de decisão com relação ao período pós-hospitalar. Participam desse processo de organização dos idosos e das famílias, profissionais como o assistente social. No que se refere as particularidades da atuação profissional com idosos em ambientes hospitalares, destaca-se a existência de uma restrita produção de conhecimento sobre o tema e ao mesmo tempo, desafios profissionais como a articulação com a rede de apoio socioassistencial. Nesse sentido, este estudo buscou identificar os aspectos que envolvem a atenção domiciliar, como alternativa as reinternações frequentes. O estudo apresentou um caráter eminentemente qualitativo e se propôs a desvendar os significados da hospitalização para idosos e familiares, além dos aspectos que envolvem a atuação profissional do assistente social e as perspectivas da atenção domiciliar através da observação e dos depoimentos dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: envelhecimento populacional, hospitalização do idoso, saúde e atenção domiciliar.

ABSTRACT

Population aging is a major corporate transformation and has represented the subject of numerous studies. With the increase in life expectancy increases the demand for more common in this age of health services due to chronic disease. Also it appears the realization of a significant number of hospitalizations, and is considered an important element of support for dependent elderly network. During hospitalization are experienced diverse experiences that culminate in the decision making with respect to the post-hospital period. Participate in this organization for the elderly and families process, as the professional social worker. Regarding the particularities of professional practice with older adults in hospitals, highlights the existence of a limited production of knowledge on the subject and at the same time, professional challenges as the liaison with the social-support network. Accordingly, this study sought to identify aspects involving home care as an alternative to frequent readmissions. The study showed a highly qualitative and set out to unravel the meanings of hospitalization for seniors and families, in addition to aspects involving the professional performance of the social worker and the prospects of home care through observation and interviews of health professionals.

Keywords: aging population, hospitalization of the elderly, health and home care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos da pesquisa.....	35
Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da amostra.....	43
Quadro 3 – Características dos sujeitos do estudo e sua relação com a frequência e o perfil das hospitalizações.....	71
Quadro 4 – Participação econômica na família e a possibilidade da contratação de cuidador	83
Quadro 5 – Desafios e alternativas profissionais da atenção domiciliar.....	121
Quadro 6 – Demandas e desafios profissionais.....	143

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Renda	82
Gráfico 2 –Escolaridade	84

LISTA DE SIGLAS

AD – Atenção domiciliar

AD 1 – Modalidade de atenção domiciliar 1

AD 2 – Modalidade de atenção domiciliar 2

AD 3 – Modalidade de atenção domiciliar 3

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

EMAD – Equipe multiprofissional de atenção domiciliar

EMAP – Equipe multiprofissional de apoio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NEDEPS – Núcleo de Estudos em Demandas e Políticas Sociais

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAD – Programa de Atenção Domiciliar

PNI – Política Nacional do Idoso

PNPG – Plano Nacional de Pós-Graduação

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade básica de saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E A ELABORAÇÃO DA PRODUÇÃO TEÓRICA: ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA INVESTIGATIVA.....	17
2.1	Sensibilização em relação à temática do envelhecimento populacional.....	17
2.2	Justificativas para a realização do estudo e a sua relação com o contexto histórico em que se insere o idoso brasileiro.....	25
2.3	Objetivos da pesquisa: caminhos da proposta investigativa e subjetividade da pesquisadora.....	34
2.4	Procedimentos e técnicas para a coleta de dados e a análise dos resultados.....	37
2.5	Particularidades da pesquisa em ambientes hospitalares e seus aspectos éticos	45
3	A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: O CONTEXTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA O IDOSO, A CENTRALIDADE DA HOSPITALIZAÇÃO, A TRANSVERSALIDADE DO ADOECIMENTO E O SUPORTE SOCIAL EXISTENTE.....	49
3.1	Panorama das políticas sociais para o idoso: em destaque a política de saúde.....	49
3.2	A centralidade da hospitalização como alternativa aos agravos de saúde.....	69
3.3	Significados do processo de hospitalização e alternativas ao cuidado hospitalar sob o olhar dos sujeitos do estudo.....	80
3.4	Rede de suporte social ao idoso dependente: a centralidade da organização familiar.....	95

4	A ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE: ALTERNATIVAS ÀS REHOSPITALIZAÇÕES.....	105
4.1	Contexto da atenção domiciliar: perspectivas e desafios no âmbito do SUS.....	105
4.2	A atenção domiciliar de alta complexidade: diminuição dos gastos em saúde ou humanização das intervenções para além do cuidado hospitalar?.....	126
5	POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO TRABALHO COM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	137
5.1	A relação entre serviço social e saúde – espaço sócio-ocupacional do assistente social.....	137
5.2	Possibilidades de intervenção do assistente social com idosos hospitalizados e seus familiares.....	150
5.3	A atuação profissional do assistente social com idosos e a pertinência da produção de conhecimento em Serviço Social.....	158
6.	CONCLUSÃO.....	172
7.	REFERÊNCIAS.....	179
	APÊNDICES.....	190
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	190
	APÊNDICE B – Formulário de pesquisa para o idoso.....	191
	APÊNDICE C – Formulário de pesquisa para o familiar.....	194
	APÊNDICE D – Formulário de pesquisa para o assistente social.....	196
	APÊNDICE E – Questionário de pesquisa para profissional da equipe de atenção domiciliar.....	198

1 INTRODUÇÃO

A partir do entendimento da realidade, sob o ponto de vista de sua dinâmica e movimento, este estudo pretende realizar sucessivas aproximações com o contexto histórico atual, referente ao envelhecimento populacional, aumento da expectativa de vida e os significados da hospitalização para idosos e familiares, assim como as contribuições dos profissionais da área da saúde, principalmente os assistentes sociais. Parte-se do pressuposto de que a saúde é uma área bastante complexa e importante da vida social para os sujeitos que dela necessitam e que não deve limitar-se a uma relação realizada somente com a vivência de processos de hospitalização e sob o aspecto do tratamento e cura de doenças.

Ao longo desta pesquisa, evidencia-se a realização de uma problematização acerca do envelhecimento populacional através de um adensamento teórico embasado pelo Serviço Social e sua relação com a área da saúde. A hospitalização do idoso perpassa o contexto atual do setor saúde, em que se constata as contradições entre os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a centralidade da hospitalização como alternativa aos agravos. Alternativas como a atenção domiciliar evidenciam-se em documentos oficiais como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), mas ainda prevalece o questionamento com relação à sua amplitude e efetivação, diante da demanda por serviços de saúde para além da hospitalização. Em razão dos aspectos mencionados, envelhecimento populacional, hospitalização do idoso e sua relação com o contexto da saúde e das políticas sociais existentes, a investigação foi subsidiada por um questionamento central que motivou a realização de todas as etapas do estudo. O problema de pesquisa que motivou a elaboração e materialização deste estudo foi desvendar como o processo de hospitalização se reflete na vida de idosos e familiares e quais as alternativas formuladas pelos assistentes sociais e profissionais da saúde diante das iniciativas existentes, destinadas ao idoso dependente/semidependente, como a atenção domiciliar.

Através da compreensão mencionada, o estudo objetivou analisar as implicações do processo de hospitalização e as perspectivas da atenção domiciliar, com vistas a problematizar, em conjunto com idosos, familiares, assistentes sociais e profissionais da saúde proposições destinadas à garantia da qualidade de vida do idoso no período pós-hospitalar. Para atingir esse objetivo, foram entrevistados idosos hospitalizados em duas instituições hospitalares de Porto Alegre e seus familiares, profissionais do Serviço Social e de diversas

áreas da saúde que compõem determinada equipe de atenção domiciliar. A presente abordagem investigativa teve como finalidade também analisar se o Programa de Atenção Domiciliar pesquisado constitui verdadeiramente uma alternativa à hospitalização do idoso, através da análise de sua materialização e contribuição para a vivência de um processo de manutenção de cuidados no espaço doméstico.

Como técnica para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista, sendo o instrumento escolhido para a expressão dos sujeitos os formulários com perguntas em sua maioria abertas. Para tanto, foram criados três formulários distintos de acordo com os sujeitos entrevistados, idosos, familiares e assistentes sociais. Para os profissionais da saúde, que compõem a equipe do Programa de Atenção Domiciliar pesquisado, foi elaborado um questionário, do qual resultaram respostas coletivas das diferentes áreas do conhecimento sobre as atividades realizadas na atenção domiciliar. Além da coleta de dados, a pesquisa também priorizou a realização de revisão bibliográfica através da busca realizada no Banco de Teses e Dissertação da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira. Foram pesquisadas teses e dissertações relacionadas à hospitalização do idoso e à atenção domiciliar, através da utilização de categorias como hospitalização do idoso, internação do idoso, atenção domiciliar e internação domiciliar.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos com relação à aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e do Comitê de Ética da PUCRS; ambos encontram-se nos anexos dessa produção. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS através do número de parecer 476.839, sendo incluído na Plataforma Brasil.

Como forma de sistematizar os dados desta pesquisa a presente tese foi formulada e organizada sob o ponto de vista das categorias explicativas da realidade: envelhecimento populacional, hospitalização do idoso, saúde e Serviço Social; e através das categorias empíricas: dependência, atenção domiciliar e suporte social. Tais categorias estiveram presentes ao longo desta construção teórica e científica, através da fundamentação teórica sobre o panorama das políticas sociais para o idoso, a atenção domiciliar ao idoso, o princípio da integralidade em saúde e as possibilidades de intervenção do assistente social no trabalho com idosos em instituições hospitalares.

O segundo capítulo ressalta, sobretudo, a trajetória da doutoranda e a metodologia da pesquisa, predominando o debate sobre a importância da realização de processos investigativos sobre o envelhecimento populacional e das contribuições para a construção da presente tese em razão da trajetória da doutoranda na Graduação, na Pós-Graduação e no que se refere à atuação profissional em instituições hospitalares, que sugeriu uma aproximação

com a área da saúde. O alto índice de hospitalizações realizadas por idosos determina a importância de serem realizadas abordagens investigativas sobre o contexto, que envolve o acesso aos serviços de saúde e a organização para o período pós-hospitalar. Predominou em todas as etapas do estudo a opção pelo referencial teórico-metodológico dialético-crítico, que culminou com o adensamento teórico das categorias contradição, totalidade e historicidade, presentes ao longo de todo o processo investigativo, desde a criação do projeto de pesquisa. Evidenciou-se, ao longo do capítulo, a preocupação com os aspectos éticos da pesquisa, com a coleta de dados e com a análise e interpretação dos dados.

Tendo o intuito de desvendar o panorama das políticas sociais para o idoso, o terceiro capítulo evidencia os elementos que envolvem a política de saúde, devido a uma aproximação entre a temática do envelhecimento populacional e sua relação com a saúde do idoso. Destaca-se a importância de discutir e socializar o conhecimento sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento populacional em sua totalidade, através de uma visão da heterogeneidade da velhice, que se configura como importante avanço para uma nova concepção sobre o idoso.

No que se refere ao panorama sobre o envelhecimento populacional e a hospitalização do idoso, eles referem-se a dados empíricos oriundos da exposição oral de idosos e familiares sobre os significados da hospitalização. A exposição de experiências sobre o convívio com idosos dependentes possibilitará uma análise mais aprofundada sobre os aspectos que envolvem o processo de adoecimento do idoso em contrapartida à rede de apoio existente ainda bastante centrada na hospitalização. Com o intuito de investigar alternativas para os idosos considerados mais vulneráveis e superar a centralidade da hospitalização como iniciativa predominante diante dos agravos em saúde, o estudo se propõe a conhecer o contexto da atenção domiciliar.

No quarto capítulo, a compreensão das ações e serviços que abrangem a atenção domiciliar evidenciou-se através da expressão de idosos e profissionais da saúde. Os relatos sinalizam o conhecimento acerca das atividades desenvolvidas por distintas áreas de conhecimento, os desafios profissionais e as contribuições do acompanhamento domiciliar para a qualidade de vida do idoso. Na fala dos entrevistados, ressaltou-se a valorização das ações, que, após o período hospitalar, para aqueles que fizeram uso desse tipo de serviço no espaço doméstico.

Outro desafio para a atenção domiciliar são os critérios de inclusão, à extensão dos serviços prestados e à abertura para novos processos de inserção, destinados aos idosos que se encontram mais vulneráveis, em razão da instabilidade de condições de saúde e da

inexistência de vínculos familiares. A principal interrogação sobre a atenção domiciliar diz respeito ao questionamento se ela configura-se ou não como uma alternativa frente às internações frequentes por parte do idoso, devido aos critérios de inclusão e a sobrecarga das famílias. Questiona-se a contribuição da atenção domiciliar para a diminuição do número de internações em consequência da abrangência das ações. Problematisa-se, também, a questão da diminuição de custos com as internações hospitalares como o principal objetivo da atenção domiciliar.

O capítulo pretendeu avançar no debate sobre o Serviço Social e o exercício profissional cotidiano, em razão da proximidade deste estudo com a área. O debate sobre o Serviço Social, e a sua relação com a área da saúde, permite dar continuidade à discussão sobre as possibilidades de intervenção do assistente social com idosos hospitalizados. As discussões realizadas referem-se, sobretudo, às ações profissionais, às contribuições das ações desenvolvidas e sua conversão em melhorias que verdadeiramente incidam na vida dos sujeitos. Mediante formulário próprio, os assistentes sociais que trabalham com idosos em instituições hospitalares puderam expressar sua opinião sobre os desafios e possibilidades para a profissão a respeito do trabalho desenvolvido com esse público em específico.

Com o intuito de evidenciar a relevância de estudos sobre o envelhecimento populacional e sobre a hospitalização do idoso sob a perspectiva do Serviço Social, priorizou-se a realização de uma revisão bibliográfica através do Banco de Teses e Dissertações da CAPES e da Biblioteca Digital Brasileira. O resultado dessa investigação sintetizou a importância da realização de abordagens investigativas sob o olhar de profissionais como o assistente social, em virtude de uma concentração de produções em outras áreas de formação, como a Medicina e a Enfermagem. As discussões referentes ao envelhecimento populacional e ao acesso aos serviços de alta complexidade pela população a partir dos 60 anos devem representar um interesse de todas as áreas do conhecimento, devido à participação cada vez mais efetiva dos idosos no meio social.

Em razão de todos os aspectos mencionados, da socialização de conhecimentos realizada e do entendimento resultante de todo o processo investigativo, em que se inclui a construção/reconstrução do projeto de pesquisa, a coleta de dados e a interpretação dos resultados, a presente produção teórica apresenta como tese a compreensão de que o envelhecimento populacional constitui uma importante transformação societária. Diante do aumento da expectativa de vida, observa-se uma transição epidemiológica que culmina com o surgimento de doenças crônicas, em maior proporção na população a partir dos 60 anos, o que acarreta um maior número de internações por parte do idoso. A vivência da hospitalização

para idosos e familiares pode tornar-se um período bastante complexo, culminando com o agravamento das condições de saúde, realidade que exige uma tomada de decisão e organização/reorganização familiar. A política de saúde para o idoso, embora evidencie princípios como a integralidade e a universalidade, ainda encontra-se bastante relacionada com a centralidade da hospitalização. Considera-se que o idoso acometido por patologias é aquele que se encontra mais vulnerável, sofrendo com alterações em sua autonomia e independência que incidem sobre a sua capacidade funcional. Por outro lado, a ausência de uma política voltada para as famílias acarreta a sobrecarga do papel atribuído aos cuidadores. Diante desse contexto de vulnerabilidade e das reinternações frequentes realizadas em sua maioria por idosos, a atenção domiciliar surge como uma alternativa para além da hospitalização, pois possibilita a recuperação e o tratamento do sujeito idoso em seu espaço doméstico. Entretanto, ainda muitos desafios precisam ser superados, principalmente os que se referem aos critérios de inclusão e exclusão, como a existência de um cuidador familiar para que o idoso seja incluído no atendimento domiciliar, o que tende a sobrecarregar as famílias. Para os que recebem os benefícios dos serviços ofertados, conclui-se que a atenção domiciliar constitui uma alternativa à hospitalização, para além do cuidado hospitalar, devido ao seu caráter de atendimento em domicílio e aos significados atribuídos pelos próprios sujeitos idosos com relação aos serviços ofertados.

2 O PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E A ELABORAÇÃO DA PRODUÇÃO TEÓRICA: ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA INVESTIGATIVA

A trajetória da doutoranda, assim como a opção pelo referencial dialético-crítico e pelos instrumentos e técnicas, evidencia-se ao longo deste capítulo, que ressalta também a possibilidade de vislumbrar as particularidades desse processo investigativo. A subjetividade da pesquisadora perpassou todo o processo de pesquisa e possibilitou uma aproximação com a temática do envelhecimento populacional e da hospitalização do idoso. A metodologia expressou os caminhos da pesquisa no que se refere aos objetivos do estudo, aos instrumentos e técnicas utilizados, à análise de resultados e aos aspectos éticos. O processo metodológico representa a síntese dessa construção teórica em suas diversas etapas e aponta os caminhos percorridos até a elaboração dessa construção teórica.

2.1 Sensibilização em relação à temática do envelhecimento populacional

A relação entre o Serviço Social, a pesquisa e a produção do conhecimento representa uma associação entre a profissão e sua identidade. A intervenção profissional caracteriza-se pela investigação da realidade e pela constatação de que os fenômenos estão em movimento. A compreensão a respeito da dinâmica da realidade pressupõe uma produção de conhecimento constante, com finalidades definidas decorrentes de um mundo inacabado. “Para a Dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento: nenhuma coisa está ‘acabada’, encontrando-se sempre em vias de se transformar, o fim de um processo é sempre o começo de outro” (MARCONI; LAKATOS, 2001, p. 101).

O movimento dos processos possibilita ao pesquisador sensibilizar-se com a realidade e suas constantes transformações. Fenômenos novos tendem a surgir em um contexto no qual as transformações fazem parte do cotidiano, sendo que a importância de realizar abordagens investigativas decorre da relevância da descoberta desses movimentos constantes, os quais acarretam importantes mudanças sociais, como o envelhecimento populacional. Temática central de diversas pesquisas, a heterogeneidade do envelhecimento populacional tem sido contemplada por estudos diversos que tendem a ser realizados em virtude do aumento da expectativa de vida e das transformações societárias decorrentes desse processo histórico. Tal fenômeno apresenta nuances diversas: nesta tese, constata-se uma aproximação da temática

do envelhecimento populacional brasileiro em sua relação com os aspectos que envolvem a situação de saúde no país, e mais especificamente no que se refere à saúde do idoso e ao processo de hospitalização e reinternações frequentes.

A sensibilização com as temáticas sociais e com o seu ponto de vista histórico e atuais configurações constituem características do pesquisador das Ciências Sociais e representam aspectos que envolvem as pesquisas dialéticas. Nesse contexto, o conhecimento não se basta em si mesmo, ou seja, na descoberta de resultados e na elaboração prévia de hipóteses, pois vai além do aparente e do simples ato de investigar por investigar. A pesquisa dialética apresenta um caráter propositivo, e esse aspecto do conhecimento produzido e socializado faz com que o mesmo adquira uma finalidade interventiva de resistência e de socialização. Nessa perspectiva, o conhecimento socializado tem como objetivo tornar-se uma estratégia para conhecer os fenômenos e, dessa forma, intervir em determinada realidade. Entretanto, antes de tudo, os processos investigativos dialéticos representam pesquisas vinculadas às Ciências Sociais e ao processo histórico de construção/reconstrução de determinado fenômeno social.

O objeto das ciências sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais. Por isso, também, as coisas têm reflexo tanto no desenvolvimento como na decadência de teorias sociais (MINAYO, 2002, p. 13).

A realização de qualquer processo investigativo, relacionado às Ciências Sociais e determinado pela orientação dialética requer do profissional uma sensibilização em relação ao fenômeno analisado e sagacidade em realizar um estudo de caráter predominantemente qualitativo, no qual prevalecem os depoimentos dos sujeitos. A sensibilização da doutoranda com a temática do aumento da expectativa de vida, envelhecimento populacional e hospitalização do idoso decorreu da experiência prévia enquanto mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e também como assistente social de instituições hospitalares. A pesquisa de mestrado intitulada *Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso* contribuiu com as inquietações e problematizações atuais, direcionadas ao idoso e à heterogeneidade dessa etapa da vida, mas também a aspectos específicos, como: as conquistas já alcançadas e as iniciativas existentes como a atenção domiciliar e de processos como a hospitalização e a institucionalização. A participação enquanto mestranda da pesquisa “Envelhecimento, institucionalização e garantia de direitos”, junto ao Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS),

propiciou um olhar mais atento à institucionalização de idosos. Todas as experiências acadêmicas e profissionais vivenciadas até o presente momento contribuíram para a construção desta produção de conhecimento.

A pesquisa representa uma particularidade da intervenção profissional do assistente social. O desenvolvimento de processos investigativos no Serviço Social destaca-se tanto no cotidiano profissional quanto no espaço acadêmico e de produção de conhecimento. Os conhecimentos socializados norteiam a categoria profissional sobre temas como a formação em Serviço Social, particularidades profissionais, projeto ético-político, instrumentalidade da profissão e sobre o exercício profissional e os direitos sociais no que se refere a populações vulneráveis e consideradas desassistidas.

A pesquisa no Serviço Social representa um instrumento e uma estratégia de articulação da prática profissional, em torno de objetivos e finalidades alinhados com o projeto ético-político da profissão, na defesa dos direitos sociais. Para além de representar uma estratégia de intervenção, a pesquisa em Serviço Social está presente na Lei 8.662, de 1993 (BRASIL, 1993), que regulamenta a profissão de assistente social como uma competência profissional. Dessa forma, o assistente social pode planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais. Sendo assim, a pesquisa torna-se fundamental para o reconhecimento da realidade social e para desvelar a contribuição da prática profissional perante um contexto determinado, porém não inerte. A pesquisa tende a propiciar o conhecimento acerca dos diferentes processos de trabalho, em instituições com características diversas e com usuários que apresentam demandas específicas. Portanto, contribui tanto com o universo acadêmico e de ensino quanto com a relação entre profissional e realidade. Para além dos aspectos mencionados, estabelece uma relação de proximidade com a ciência ao ser reconhecida como uma atividade básica e um meio para que questionamentos de ordem diversa sejam adensados em sua relação com a realidade.

Entendemos por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática (MINAYO, 2002, p. 13).

Essa vinculação entre pensamento e ação esteve presente na trajetória da doutoranda no que se refere às intervenções realizadas com idosos e também através da participação em pesquisas relacionadas à temática do envelhecimento populacional, na Graduação, no

Mestrado e no Doutorado em Serviço Social. A própria dinâmica do processo de envelhecimento populacional justifica a realização de cada vez mais pesquisas sobre o tema, tanto no que se refere à prática profissional quanto aos estudos de cunho acadêmico.

Com o intuito de pesquisar não somente o processo de hospitalização do idoso e de reconhecer os avanços existentes, direcionou-se um olhar mais atento às ações realizadas pela atenção domiciliar, com o objetivo de analisar a amplitude dessa iniciativa para além do cuidado hospitalar. A saúde do idoso é um tema central nas discussões sobre os impactos do envelhecimento populacional, principalmente pela configuração dos serviços ofertados ainda bastante centralizados nas instituições hospitalares e pela maior incidência de doenças crônico-degenerativas nessa etapa da vida.

Com o crescimento da população idosa, as doenças próprias do envelhecimento ganham uma maior expressão, aumentando a demanda dos serviços de saúde e, por conseguinte, o aumento dos recursos despendidos na área. As doenças crônicas apresentadas nesta faixa etária exigem acompanhamento por longos períodos, assim como as internações hospitalares são mais frequentes. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades (BOCCA, 2012, p. 14).

Em contrapartida das reinternações frequentes e ao acompanhamento por longos períodos, observa-se o predomínio de ações voltadas principalmente aos idosos independentes. Constata-se a existência de iniciativas destinadas sobretudo a idosos ativos e “saudáveis”, como os grupos de convivência, em comparação às ações voltadas àqueles que vivenciam o processo de adoecimento e perda de alguma de suas capacidades. Destaca-se a presença de atividades voltadas à prevenção e à promoção da qualidade de vida do idoso e que se configuram como estratégias, assim como os grupos de convivência, como os centros-dia, as atividades recreativas que estão presentes na Portaria 073, de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS) sobre as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, e também mediante a participação na gestão das políticas públicas, através dos Conselhos e grupos de discussão. Destaca-se que grande parte dos serviços que se encontram na Portaria, como as modalidades de república, casa lar e atendimento integral institucional não estão presentes no município de Porto Alegre, embora também componham a rede socioassistencial ao idoso.

É sob prisma da transformação do real e da compreensão dos anseios despertados pelo processo de envelhecimento populacional e as demandas reais dos usuários que o profissional do Serviço Social concentra sua ação, na medida em que objetiva contribuir para o enfrentamento das expressões da questão social. Isso pressupõe a busca por uma maior

horizontalidade no estabelecimento das relações, de modo a reduzir desigualdades e ampliar a garantia de direitos. A superação e o estabelecimento de estratégias de resistência são compromissos do profissional na vivência da prática em instituições públicas e privadas, pois “o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente” (IAMAMOTO, 2004, p. 17). É o método dialético-crítico que possibilita aos profissionais o direcionamento das ações através de uma consciência crítica e uma compreensão de que a realidade se renova permanentemente. O método dialético-crítico sugere uma aproximação do profissional com a questão social e suas expressões, que se manifestam na vida cotidiana e também representam o objeto da profissão.

É o método dialético-crítico que possibilita aos assistentes sociais desvendarem o real a partir de um sistema de mediações que se renova permanentemente, viabilizando a incorporação do novo não de modo espontâneo, mas a partir de uma reflexão crítica. Os fundamentos teóricos-metodológicos embasam os assistentes sociais para elaboração de leituras da realidade e ampliam o seu olhar sobre a questão social. Esta não se revela nas suas expressões imediatas, que são o objeto dado aos assistentes sociais nos espaços institucionais. As relações de produção que geram a questão social e configuram as relações sociais devem ser apreendidas na relação entre assistente social e usuário (FERREIRA, 2010, p. 213).

A pesquisa, assim como a prática profissional, é orientada através de uma leitura de realidade que perpassa um posicionamento dialético-crítico. A elaboração de projetos interventivos e de proposições investigativas requer, portanto, a defesa da cidadania, da equidade, da justiça social e do pertencimento social. A cidadania, a equidade e a justiça social não se apresentam para os profissionais enquanto demandas imediatas e exigem empenho na identificação de demandas implícitas, que necessariamente perpassam a análise sobre a questão social. Assim como as demandas implícitas, o conhecimento também não está dado e depende de um adensamento teórico e da contribuição de outros profissionais. O conhecimento sobre a realidade deve ser analisado de forma integral, por isso destaca-se a importância de uma abordagem interdisciplinar sobre os diferentes aspectos que compõem a vida dos sujeitos. Nesse contexto, afirma-se a importância de uma atuação interdisciplinar para consolidar uma visão integral dos sujeitos e para expandir os saberes socializando com as equipes

No que se refere ao envelhecimento populacional, a heterogeneidade das demandas justifica a intervenção de diferentes profissionais através de uma lógica de atuação interdisciplinar. A educação permanente e a experiência profissional possibilitam o conhecimento acerca da temática do envelhecimento populacional. Quanto aos serviços de

saúde, observa-se um movimento de qualificação profissional em virtude do envelhecimento populacional e a grande procura por serviços de saúde, no caso do idoso, de forma especial a hospitalização, que se configura como elemento da rede de suporte social. Destaca-se que a qualidade de vida no envelhecer, a proteção social, a criação de políticas voltadas às pessoas idosas e suas famílias representam metas da Organização Mundial da Saúde perante o incremento da demanda por serviços de saúde decorrente do envelhecimento populacional (BISOGNIN, 2013). Constata-se uma preocupação da própria Organização Mundial da Saúde em delimitar os aspectos que envolvem a qualidade de vida independentemente de gênero ou idade. Essa necessidade decorre da existência de diferentes conceitos sobre qualidade de vida, sendo que este engloba tanto aspectos objetivos, como a satisfação de necessidades básicas, e sua relação com o mundo capitalista e subjetivos, como o estilo de vida. Nesse sentido, a satisfação individual depende das condições que os sujeitos dispõem de exercer a sua autonomia e de responder às suas necessidades, frente a uma realidade imposta como a desigualdade social.

Almeida, Gutierrez e Marques, em seu livro *Qualidade de Vida*, procuram elucidar alguns questionamentos quanto ao significado do termo, através da preocupação da própria Organização Mundial da Saúde, quanto à definição de seus elementos fundamentais. Por envolver diferentes aspectos da vida cotidiana, a qualidade de vida estabelece uma proximidade com a sociedade contemporânea, com padrões de vida, com a transmissão cultural, com as expectativas dos sujeitos, com as condições de sobrevivência, com o Estado e com a adoção de práticas saudáveis.

A sociedade contemporânea define e cria padrões de vida a serem seguidos, seja de forma consciente ou inconsciente. Isso se dá através de processos de renovação e transmissão cultural que se incorporam na percepção e expectativa dos sujeitos perante a própria vida. Além disso, a preocupação com a qualidade de vida é uma questão que não diz respeito somente ao ser individual, mas sim à sociedade como um todo, pois remete a condições de sobrevivência e de conforto de todos os sujeitos. Por isso, é uma questão social que engloba ações de diferentes esferas, desde o Estado até a adoção de práticas saudáveis pelo indivíduo (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012, p. 15).

As trajetórias acadêmica e profissional, associadas à sensibilização com o tema do envelhecimento populacional, são elementos que possibilitam uma aproximação com o contexto do idoso e conscientizam sobre a relevância da qualidade de vida. Melhorias no bem-estar e nas condições de vida do idoso brasileiro podem incidir sobre diferentes aspectos da sociedade, como os já mencionados níveis econômico, social, epidemiológico e familiar. A aproximação com a temática estimula a reprodução de objetivos comuns, como a qualidade de

vida na velhice e a superação dos desafios atuais, principalmente os que se referem ao estabelecimento e reprodução de pré-concepções sobre a velhice, que inibem a participação do idoso na sociedade como um todo. A redução do número de vínculos existentes perpassa além de eventos específicos, como a morte, a existência de um estereótipo sobre a velhice, que representa uma reprodução social. Em contrapartida, o estabelecimento de relações intergeracionais contribui para a qualidade de vida e o bem-estar do idoso. Seandolara (2013) destaca a dificuldade de manutenção e do estabelecimento de novas relações sociais na velhice em detrimento dos aspectos comuns que envolvem essa etapa da vida, como algo natural desse processo.

À medida que se envelhece a rede social se contrai. O número de vínculos existentes se reduz, por vários motivos, tais como morte, migração ou enfraquecimento dos membros. Constata-se que as oportunidades de renovação dessa rede diminuem progressivamente, devido ao fato das pessoas do grupo de referência dessa idade morrer mais frequentemente. Ao mesmo tempo, as pessoas idosas têm menos ocasiões sociais para fazer novos amigos, e menos idosos estão acessíveis ou dispostos ao esforço necessário para iniciar novas relações (SEANDOLARA, 2013, p. 15).

O autor ressalta a diminuição das relações sociais do idoso. Esse é um dos desafios dos idosos brasileiros que pode vir a se refletir durante a hospitalização, com a falta de referências familiares e sociais. Necessitam ser superados também desafios como a fragilidade da rede de suporte social existente, que dependem da realização de mais processos investigativos para que a sociedade tenha maior conhecimento sobre a complexidade que envolve essa etapa da vida, assim como dessas investigações decorram estratégias de resistência. A superação dos estereótipos associados à velhice está relacionada à compreensão acerca da igualdade de oportunidades e de tratamento, vinculada à adoção da prática dos princípios formulados sobre o envelhecimento ativo. “Os seres humanos têm igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida e a sociedade tem o dever de lhes proporcionar participação, dignidade, assistência, autorrealização, manutenção de autonomia e independência” (GUÉ, 2013, p. 276).

O envelhecimento ativo representa uma contradição ao processo de isolamento citado por Seandolara (2013) e seus princípios representam perspectivas para a população idosa e as gerações futuras. A vivência da participação, da dignidade, da assistência, da autorrealização e da manutenção de autonomia e independência representam um desafio aos idosos e profissionais da saúde, por mostrarem um contexto ainda distante da realidade atual em que os princípios do envelhecimento ativo encontram-se fragmentados.

Nessa medida, a contribuição profissional ocorre através da formulação de ações e estratégias para a efetivação dos princípios do envelhecimento ativo, cuja finalidade pode estar presente nos diferentes espaços sócio-ocupacionais e pode vir a constituir-se enquanto objetivo coletivo, no caso das equipes multiprofissionais. A participação, a dignidade, a assistência, a autorrealização e a manutenção de autonomia e independência podem fazer parte do cotidiano de idosos também acometidos por patologias, e esses representam os objetivos de abordagens para além da hospitalização, como a atenção domiciliar. O estímulo para o desenvolvimento e manutenção de capacidades físicas e intelectuais, nesse caso, convive com a formulação de novas perspectivas e com a materialização da participação. Essa percepção sobre a realidade e perspectivas futuras permite ressaltar a aproximação da pesquisa qualitativa com questões particulares e pressupõe o entendimento de que nem toda a realidade pode ser quantificada, pois a coleta de dados é realizada com aspectos que envolvem o cotidiano dos sujeitos e suas vivências diversas (MINAYO, 2002, p. 13).

As ciências humanas não são, portanto, uma análise daquilo que o homem é na sua natureza, mas antes, porém, uma análise que se estende daquilo que o homem é, na sua positividade (vivendo, falando, trabalhando, envelhecendo e morrendo), para aquilo que habilita esse mesmo homem a conhecer (ou buscar conhecer) o que a vida é, em que consiste a ciência do trabalho e das leis, e de que forma ele se habilita ou se torna capaz de falar (MARTINS, 2004, p. 52).

A pesquisa depende também da capacidade que o homem possui de expressar suas vivências, pois as condições ofertadas aos sujeitos não são comuns a todos. A riqueza da pesquisa qualitativa está em desvendar a realidade a partir das experiências de diferentes sujeitos que, através de suas subjetividades, expressam sua relação com determinado fenômeno vinculado ao cotidiano dos homens de forma singular, mas que, ao mesmo tempo, estão relacionados a um contexto histórico mais amplo, sendo o desafio de um a expressão da complexidade do todo. A vivência do processo de adoecimento do idoso hospitalizado, visualizada através da expressão de um determinado sujeito, pode vir a desvelar uma visão do todo e da complexidade que envolve o contexto da saúde e da fragilidade da rede de apoio existente.

A exposição de determinada realidade socializa o fenômeno e relaciona teoria e prática de uma forma não quantificada e, ao mesmo tempo, aproxima o Serviço Social e o projeto ético-político profissional através de uma análise da realidade e da busca por estratégias de superação a um contexto preestabelecido. Diante desses fatos, ressalta-se a relação entre teoria e prática e entre o Serviço Social e a pesquisa, enquanto particularidade do exercício

profissional. A pesquisa no Serviço Social adquire uma característica interventiva para além da realização da crítica pela crítica, e que fundamenta o exercício profissional através do conhecimento sobre o contexto histórico-social, o qual desafia os profissionais a realizarem um trabalho mais próximo do cotidiano dos usuários.

No processo dialético de conhecimento da realidade, o que importa fundamentalmente não é a crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o reconhecimento crítico para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano de conhecimento e no plano histórico-social (FRIGOTTO, 2004, p. 75).

Portanto, o objetivo do processo investigativo concluído que subsidiou a realização da presente tese, foi realizar uma abordagem sobre o fenômeno do envelhecimento populacional sob a perspectiva das transformações societárias e suas implicações nos serviços de saúde passíveis de mudanças. As escolhas feitas ao longo do processo investigativo demonstram também a subjetividade da pesquisadora, revelada através da própria trajetória profissional e acadêmica. A sensibilização em relação ao processo de envelhecimento populacional representa a junção entre o contexto mais amplo e as experiências mencionadas, que resultaram na elaboração desta tese.

2.2 Justificativas para a realização do estudo e a sua relação com o contexto histórico em que se insere o idoso brasileiro

O envelhecimento populacional é um fenômeno em expansão. A faixa etária com 60 anos ou mais é a que mais cresce, em decorrência dos avanços tecnológicos e da queda das taxas de natalidade. Dentre os fatores que contribuíram para o aumento da expectativa de vida, destacam-se: a queda do índice de natalidade, os avanços tecnológicos e na área da saúde e o incremento de políticas públicas destinadas à promoção da qualidade de vida do idoso brasileiro.

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno mundial que incide na organização da estrutura da sociedade e acarreta transformações nas próprias relações sociais. Com o aumento do número de idosos cresce também o clamor pela viabilização da participação da população a partir dos 60 anos no meio social, através da socialização de experiências, da inserção no espaço doméstico, do convívio intergeracional, da inserção no mercado de trabalho e das próprias discussões realizadas até o presente momento, que são frutos da organização coletiva dos idosos brasileiros. Destaca-se a materialização de conquistas como o

Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), símbolo das transformações societárias e da organização coletiva dos idosos, representado pelos Conselhos, pelos grupos de convivência e por todos os sujeitos sensibilizados com o tema. O aumento do número de idosos tensiona a incorporação de suas demandas nas políticas públicas, ao passo que se visualiza uma participação familiar mais efetiva.

A presença crescente de pessoas idosas na sociedade e as mudanças na oferta de cuidados disponíveis no âmbito familiar impuseram o desafio de incorporar o tema do envelhecimento populacional às políticas públicas e de implementar ações de cuidado para esse contingente populacional (BATISTA; JACCOUD; AQUIRIO, 2008, p. 13).

Dentre as transformações societárias decorrentes do envelhecimento populacional, destaca-se o aumento do número de idosos com idade avançada, que necessitam de um suporte familiar mais qualificado, como a necessidade de um cuidador permanente, e que usufruem dos serviços de saúde em caráter contínuo, principalmente da hospitalização, que apresenta um caráter mais complexo. Os estudos sobre a política de saúde indicam que as ações devem centrar-se na prevenção e no tratamento de doenças crônicas, as quais dependem da mudança de pressupostos na área da saúde até então dominado pela Biologia. Essa mudança de pressupostos ressalta a relação entre a saúde e os aspectos emocionais, psicológicos e sociais (BATISTA; JACCOUD; AQUIRIO, 2008).

No que se refere a relação entre envelhecimento populacional e saúde, para que as mudanças ocorram, torna-se necessária a superação de concepções preestabelecidas sobre a velhice, como o estabelecimento de um estereótipo do que representa ser idoso. A superação de uma concepção preestabelecida sobre a velhice justifica a realização de processos investigativos que contribuam com a criação de novos significados, principalmente atrelados à heterogeneidade desta etapa da vida. Essa mudança, assim como as transformações na área da saúde, é necessária para gerar incentivos para realização de ações destinadas à garantia da qualidade de vida da população idosa.

No atual contexto histórico, a propagação de estigmas ainda representa um empecilho para a consolidação de princípios como a integralidade do idoso e a heterogeneidade do envelhecimento populacional. Essa reprodução de uma concepção preestabelecida não permite ir além dos estereótipos existentes, que sugerem associação com inércia e incapacidade. O entendimento sobre ser idoso evidencia que é preciso analisar a totalidade para além da idade cronológica, e sugere a superação de preconceitos e atitudes negativas.

É preciso conhecer a idade cronológica, mas também as condições psíquicas, econômicas e sociais da pessoa, para que o conceito resultante represente a totalidade, e não somente aquela dimensão que impressione mais o observador. Para isso é necessário uma mentalidade aberta, que supere preconceitos e atitudes negativas em relação à velhice, e que se considere a idade não como algo determinante das possibilidades vitais de uma pessoa, mas como uma variável acrescida às que condicionam sua situação (MORAGAS, 2004, p. 52).

A superação de preconceitos e atitudes negativas em relação à velhice destaca a formação de um movimento de problematização sobre as perspectivas que envolvem o envelhecimento populacional. A sensibilização e a atenção com o tema possibilitam o desenvolvimento de ações direcionadas à qualidade de vida na velhice. As perspectivas mencionadas sugerem uma aproximação com a Gerontologia Social, para além dos mitos do envelhecimento associado às patologias e à perda total de capacidades e autonomia. A Gerontologia Social considera a heterogeneidade da velhice que perpassa um contexto de transformações vinculadas ao aumento da expectativa de vida, as atitudes, os comportamentos, as condições de vida do idoso e aquelas decorrentes do ambiente em que se encontra inserido. Pode-se dizer que a Gerontologia Social busca compreender e socializar significados sobre a velhice através de uma visão integral do ser idoso que envolve aspectos da vida em sociedade, como as condições econômicas e também aspectos subjetivos.

A Gerontologia Social compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos, espirituais e políticos no processo do envelhecimento humano. Foi em meados do século passado que começaram os estudos mais aprofundados em relação a esse aspecto. Além deles, é importante considerar as atitudes, o comportamento e as condições de vida dos idosos, o papel da cultura e das mudanças socioeconômicas, cada vez mais rápidas, no contexto social em que vivem. É necessário, ainda, considerar o lugar que lhes é destinado nesse ambiente e qual a representação que fazemos dele, levando em conta o seu “hoje”. Tudo muda em diferentes tempos e em diferentes lugares. E é fundamental ter isso sempre presente para que possamos compreender a realidade e a significação da velhice. Daí a importância da Gerontologia Social que é um campo científico muito novo, portanto em constante crescimento (RODRIGUES; TERRA, 2006, p. 24).

A Gerontologia Social ressalta o papel do movimento da realidade e sua relevância para a vivência da velhice. Portanto, Rodrigues e Terra (2006), ao mencionarem que “Tudo muda em diferentes tempos e em diferentes lugares. E é fundamental ter isso sempre presente para que possamos compreender a realidade e a significação da velhice”, chamam à atenção dos profissionais envolvidos no atendimento ao idoso ou sensibilizados com a temática do envelhecimento populacional sobre o quão necessário é realizar constantes análises do

contexto histórico, tendo em vista suas implicações e importantes mudanças que incidem sobre os significados da velhice.

A necessidade de serem aprofundados os estudos sobre o envelhecimento populacional e sobre as condições de vida do idoso brasileiro decorre do crescimento da população a partir dos 60 anos, em números absolutos e relativos. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas – um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. Segundo dados do IBGE, a população deve passar de 14,9 milhões de idosos em 2013 (7,5%) para 58,7 milhões em 2060 (26, 7% do total da população) (IBGE, 2010).

A migração do campo para as cidades ocasionou a formação de um novo quadro urbanístico e acarretou inúmeras transformações e desafios para o idoso, no que se refere aos seus hábitos de vida e ao forte apelo consumista gerado pelo mundo industrial (CAUDURO, 2011). Dentre essas transformações, destaca-se o provimento financeiro familiar, que confere ao idoso um novo papel na sociedade, contribuindo para sua crescente inserção no mercado de trabalho não só pela renda, mas como um indicador de autonomia e integração social.

Sobre as condições financeiras do idoso, pode-se afirmar que incidem sobre a qualidade de vida da população a partir dos 60 anos e acabam por caracterizar a vivência do envelhecimento populacional e também da saúde do idoso. O quadro evidencia essa relação entre condições econômicas e qualidade de vida, tendo em vista que somente os familiares dos idosos que auxiliam nas finanças manifestam a possibilidade da contratação de um cuidador. Para os idosos que são considerados provedores financeiros, a contratação de um cuidador torna-se inviável em detrimento da superação de demandas, como a carência de recursos diversos. Assim como a família é sobrecarregada dos cuidados ao idoso quando constata-se a vivência de um processo de adoecimento, o idoso também é sobrecarregado quando verifica-se o provimento financeiro familiar. Essas realidades mencionadas configuram um contexto de sobrecarga do papel da família em todos os seus aspectos, tanto do ponto de vista econômico quanto com relação à responsabilidade com relação aos cuidados.

O aspecto financeiro também faz parte do conceito de qualidade de vida, assim como o sentimento de pertencimento. Devido à importância da produção do conhecimento sobre esse segmento, considera-se que as questões relacionadas à velhice adquiriram visibilidade, mas questões controversas como a solidariedade entre as gerações apenas começam a ser discutidas (MOTTA, 2007). Essa constatação revela também um interesse pela permanência

da omissão do Estado frente às necessidades populacionais, principalmente em razão da solidariedade familiar, que se acentua através da criação de novos papéis, como os cuidadores e os provedores financeiros. Conforme Resende (2011), vários autores têm se interessado pelas questões que envolvem o aumento do número de idosos, como suas necessidades e características, mas não observa-se uma menção, nesse caso, à participação do Estado nesse processo.

As questões físicas, econômicas, sociais, psicológicas relativas ao envelhecimento e à velhice atingiram considerável visibilidade nos últimos anos e vários pesquisadores têm se interessado pela compreensão das necessidades e características da população idosa, na medida em que a demanda por atendimento a esse segmento cresce consideravelmente. A mudança demográfica relativa à população idosa provoca um aumento de pessoas com risco de adquirir doenças e propensão à incapacidade funcional (RESENDE, 2011, p. 32).

A passagem de uma abordagem individual, sobre temas como o envelhecimento populacional, para um entendimento coletivo dos aspectos que envolvem contextos como a violência, a vulnerabilidade e a pobreza é fundamental e constitui importante estratégia profissional, pois sugere um olhar mais atento às famílias. Entretanto, a responsabilidade assumida pelas famílias depende de uma efetiva mudança no papel do Estado que culmine com a criação de uma política centrada na família. Atualmente, constata-se uma fragmentação de diversos olhares sobre a família nas diferentes políticas sociais, tanto na assistência quanto na saúde. No que se refere ao idoso, o papel da família evidencia-se no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), na Política Nacional do Idoso e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) através da priorização do atendimento ao idoso pela sua própria família. Entretanto, essa priorização, muitas vezes, fica restrita à responsabilidade das famílias com seus membros em todos os aspectos da vida social e distancia-se da qualidade de vida mencionada, que se relaciona às questões físicas, econômicas, sociais e psicológicas que perpassam a compreensão das necessidades e características da população idosa.

A pesquisa contribui com a superação de uma visão individualista, que acaba sendo imposta pelas próprias instituições empregadoras ou pela sociedade como um todo, através da moralização da questão social. A capacidade de desocultar a realidade também representa uma estratégia profissional e pode vir a ser consolidada através da pesquisa. A dinâmica do real por si só sinaliza o quanto a pesquisa é parte do exercício profissional e representa uma possibilidade de intervenção, pois identifica os sujeitos e o contexto em que estão inseridos.

Especificamente, no que se refere a essa produção teórica, destaca-se que uma de suas finalidades é estimular a realização de processos investigativos sobre a população idosa que

acessa os serviços de saúde de alta complexidade, como é o caso da internação hospitalar. Dados recentes do último CENSO do IBGE revelam que as regiões sudeste e sul apresentam evolução semelhante de estrutura etária, mantendo-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. As duas tinham, em 2010, 8,1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais, enquanto a proporção de crianças menores de 5 anos era, respectivamente, de 6,5% e 6,4%. A população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira) (IBGE, 2002).

Conforme o relatório “O perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil”, os idosos representam o grupo etário que consultou um médico com mais regularidade, 73,2%. (IBGE, 2002). Em razão do número de hospitalizações de idosos, em comparação a outros segmentos populacionais, ressalta-se que as internações de pessoas a partir dos 60 anos são as que geram custos mais elevados, devido às complicações de saúde associadas ao próprio processo de envelhecimento, como as doenças crônicas, as possíveis falhas nas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, além do incremento da prevalência de doenças até então pouco exploradas na literatura, como as principais causas (SILVEIRA, 2013). Conforme dados da Rede Intergeracional de Informações para a Saúde, quanto aos indicadores de saúde e mais especificamente ao número de hospitalizações, no ano de 2008 na região Sul, 13% da população a partir dos 60 anos realizaram pelo menos uma internação hospitalar. No que se refere às demais faixas etárias, 7% da população de 20 a 39 anos e 8% da população de 40 a 59 anos realizaram pelo menos uma internação no ano de 2008¹.

A hospitalização de idosos pode apresentar um nível de complexidade maior, tendo em vista o comprometimento físico e psíquico vivenciado. No processo de hospitalização, as condições de saúde do idoso podem agravar-se devido à debilidade física, realidade essa que exige um acompanhamento contínuo por parte da família e/ou cuidadores. A demanda por atendimento sinaliza a relevância dos profissionais adequarem-se a essa realidade, mediante avanços na própria área de saúde, tanto em termos de recursos humanos como no que se refere à necessidade de um trabalho coletivo interdisciplinar, à implementação de políticas públicas, ao reforço da ação comunitária e a uma atenção especial aos cuidados a serem despendidos no período pós-hospitalar.

Constata-se a utilização do termo incapacidade funcional para realizar uma referência às limitações físicas do idoso. A incapacidade funcional é avaliada, frequentemente, através

¹ PROPORÇÃO da população que refere internação hospitalar nos últimos 12 meses. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/f24.def>. Acesso em: 15 de julho de 2014.

de declaração indicativa de dificuldade em atividades básicas da vida diária (cuidado pessoal) e em atividades instrumentais mais complexas da vida diária, necessárias para viver de forma independente na comunidade. O desenvolvimento dessas atividades pressupõe uma aproximação com o conceito de qualidade de vida.

A qualidade de vida é entendida como experiência de bem-estar, promotora de saúde, resultante da avaliação subjetiva e multidimensional, balanço entre expectativas, conquistas, motivações, valores, interesses num determinado contexto histórico e cultural, nos domínios importantes para a vida dos sujeitos. A qualidade de vida é um conceito de caráter subjetivo e multidimensional que inclui todos aqueles fatores que impactam sobre a vida do indivíduo (MONTAÑES et al., 2012, p. 102).

A qualidade de vida envolve critérios subjetivos, como as experiências ao longo da vida, a formulação de perspectivas futuras, e também remete às condições que dizem respeito ao cotidiano dos sujeitos, como as demandas e o acesso a bens e serviços. Portanto, a compreensão do que é qualidade de vida para os idosos é complexa, porque abrange não apenas a disponibilidade de recursos materiais, mas também sentimentos de segurança, pertencimento, cidadania, independência e autonomia (SILVA; MARCO, SILVA, PASQUALOTTI, 2009, p. 12).

A qualidade de vida para além de envolver diversos aspectos da vida cotidiana representa o objetivo de políticas sociais e de ações destinadas a promover melhorias nas condições de vida da população a partir dos 60 anos. A qualidade de vida pode ser vivenciada tanto pelos idosos independentes quanto por aqueles que convivem com determinado grau de dependência ou semi/dependência. Mesmo perante a heterogeneidade da velhice, a qualidade de vida para o idoso está relacionada com a manutenção da autonomia e da independência, que envolve a sensibilização e o comprometimento também profissional para além dos aspectos subjetivos. Com o aumento da expectativa de vida e a procura pelos serviços de saúde pela população idosa em virtude do crescimento da proporção de pessoas com mais de 80 anos, a qualidade de vida torna-se um desafio e requer a materialização de iniciativas destinadas para a esse público em específico. Cruvinel (2009) ressalta o compromisso da sociedade com a qualidade de vida do idoso decorrente das importantes transformações societárias, como o envelhecimento populacional e a própria reorganização do sistema de saúde para melhor atender às demandas da população idosa.

A melhoria da qualidade de vida dos idosos torna-se um desafio no século XXI, na medida em que pode ocasionar consequências inquietantes nos níveis econômico, social, epidemiológico e familiar, necessitando de uma concentração de esforços nas diferentes áreas profissionais, objetivando um maior conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de forma saudável priorizando esses esforços na manutenção da autonomia e independência do indivíduo (CRUVINEL, 2009, p. 12).

Contraditoriamente, a fragilidade do idoso apresenta como fatores de risco as condições econômicas, a história de vida, a identidade social, fatores relativos à estrutura de serviços, a autoimagem e a autoestima. A senectude pode ser vivenciada de diferentes formas, sendo que as percepções sobre esta etapa da vida estão relacionadas com as experiências e com a própria relação do idoso com os recursos existentes, que culminam ou não com o desencadeamento de um sentimento de pertencimento social, produzido mediante a inserção da vida em grupo, seja na família ou na comunidade.

Por outro lado, a fragilidade do idoso pode acarretar limitações físicas e diminuição da independência e autonomia, com a consequente perda de funções como a realização de atividades cotidianas. O idoso frágil apresenta maior risco de dependência, institucionalização, queda, doenças agudas, hospitalização, recuperação lenta e mortalidade. Sua identificação precoce é importante para evitar a ocorrência de eventos adversos. As principais características da fragilidade são idade avançada, falta de autonomia, presença de múltiplas doenças crônicas e/ou síndromes geriátricas (ANDUÉ; GIONGO; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

A identificação da fragilidade, conforme Filho (2010), representa uma possibilidade de intervenção profissional pois, “O enfoque da fragilidade pode favorecer a implementação de intervenções, que se antecipariam ao desenvolvimento da dependência funcional” (FILHO, 2010). Entretanto, o autor ressalta apenas os aspectos biológicos que envolvem a maior propensão à convivência com a fragilidade na velhice. Destaca que a fragilidade, apesar de suas diferentes definições, representa uma síndrome e, dessa forma, centraliza a sua definição através de uma convergência com os aspectos físicos e limita sua abordagem a esses fatores.

Ainda que o termo fragilidade seja encontrado na literatura com diferentes definições, há ultimamente uma convergência no entendimento dessa condição como uma síndrome caracterizada por menor capacidade adaptativa. Aos eventos agressores resultando em maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como quedas, hospitalização, incapacidade e morte. Um passo importante na operacionalização desse conceito, tanto na pesquisa como na prática clínica, foi a identificação de elementos que configuraram o fenótipo da fragilidade, os quais incluem: baixa atividade física, fadigabilidade/exaustão, redução da força muscular, perda de peso não intencional e lentificação da marcha (FILHO, 2010, p. 1).

A diminuição dos índices de fragilidade, dessa forma, acarretaria importantes mudanças na procura pelos serviços de saúde pela população idosa e, conseqüentemente, proporcionaria alterações nos custos. As ações que visam prevenir à fragilidade em idosos são anteriores à hospitalização e referem-se a mudanças de hábitos no espaço doméstico. Porém, devem ser considerados outros fatores que determinam uma maior propensão à vivência da fragilidade, tais como a história de vida dos sujeitos.

Nessa produção teórica, com vistas a destacar os significados do processo de hospitalização do idoso e de reconhecer a atenção domiciliar como uma alternativa, os idosos entrevistados encontravam-se em um processo de fragilidade. A fragilidade dos idosos entrevistados evidencia-se através da perda de capacidades para a realização de atividades diárias, a qual os torna mais vulneráveis do ponto de vista físico e também social, no que se refere à rede de suporte social existente.

Para além do cuidado hospitalar, os cuidados despendidos no período pós-hospitalar são de extrema relevância, devido à importância do convívio e permanência do idoso no espaço doméstico, em razão da propensão à ocorrência de outras patologias agregadas, adquiridas durante o período de hospitalização. Para tanto, as famílias devem ser atendidas em suas necessidades quanto à manutenção dos cuidados, através da socialização de informações referentes a procedimentos específicos e que podem ser administrados rotineiramente.

Os aspectos que envolvem a atenção domiciliar estão presentes no quarto capítulo desta tese, inclusive o processo de redefinição que culminou com a reformulação do atendimento em domicílio. Mesmo com a redefinição da organização e materialização da atenção domiciliar, sinaliza-se a existência de objeções (critérios de exclusão), tendo em vista que os sujeitos que necessitam de cuidados contínuos e intensivos são aqueles que se encontram mais vulnerabilizados, em virtude do adoecimento e necessidade de cuidados específicos. Evidencia-se, também, que alguns idosos residem sozinhos e nesta etapa da vida não possuem mais relações familiares, realidade que dificulta a permanência de um cuidador. Esse fato suscita novamente um questionamento sobre as alternativas para além do cuidado hospitalar, além de destacar a urgência de respostas às demandas da população e às transformações ocasionadas pelo envelhecimento populacional brasileiro.

2.3 Objetivos da pesquisa: caminhos da proposta investigativa e subjetividade da pesquisadora

As pesquisas apresentam seus resultados marcados por um contexto histórico específico e todo o conhecimento produzido contribui para compreender as transformações societárias. Dessa forma, as investigações contribuem com as experiências vivenciadas pelos sujeitos, sejam esses idosos ou não. A heterogeneidade da velhice está relacionada às experiências e às histórias de vida, e dessa afirmação decorre a importância de serem realizados processos investigativos contínuos e também a relevância dos debates atuais em torno das novas concepções sobre o envelhecimento humano.

A fragilidade do idoso é um exemplo de como as experiências vivenciadas ao longo da vida incidem sobre o atual desenvolvimento humano. São fatores relacionados à fragilidade do idoso: a condição econômica atual e o seu desenvolvimento ao longo de outras etapas da vida, a história de vida e seus aspectos mais variados, a reflexão do próprio idoso sobre o processo de envelhecimento e sobre a velhice, os fatores relativos à estrutura de serviços, a autoimagem, a autoestima e a socialização.

A pesquisa teve como seu principal objetivo analisar as implicações do processo de hospitalização e as perspectivas da atenção domiciliar, com vistas a problematizar, em conjunto com idosos, familiares, assistentes sociais e profissionais da saúde, proposições destinadas à garantia da qualidade de vida do idoso no período pós-hospitalar.

A participação desses diferentes atores possibilitou contextualizar a relação entre idoso e saúde sob a perspectiva da hospitalização, da concepção de saúde, da atuação profissional, da produção do conhecimento, das possibilidades e dos desafios do trabalho com idosos hospitalizados e das perspectivas futuras para além do cuidado hospitalar. Para que as finalidades do estudo fossem contempladas, foram entrevistados idosos e familiares com o intuito de desvendar os significados do processo de hospitalização e as experiências dos sujeitos. Quanto aos assistentes sociais, eles foram questionados sobre o trabalho com idosos em instituições hospitalares, no que se refere às demandas, à rede de apoio e aos recursos institucionais. Já os profissionais da saúde responderam questionamentos referentes à atenção domiciliar, desafios e perspectivas do serviço. Como forma de sistematizar os objetivos da abordagem investigativa, segue o quadro que sintetiza as finalidades do estudo.

Quadro 1 – Objetivos da pesquisa

Título da pesquisa: “Para além do cuidado hospitalar: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da internação domiciliar”	
<p>Objetivo geral</p> <p>Analisar as implicações do processo de hospitalização em conjunto com idosos, familiares e assistentes sociais e as proposições destinadas à garantia da qualidade de vida do idoso no período pós-hospitalar, especificamente nesta tese a atenção domiciliar, nova modalidade de atendimento em saúde.</p>	Obj. Esp. 01 – Desvendar o significado da hospitalização para idosos e familiares, a fim de problematizar essa experiência e a formulação de alternativas que garantam o seu bem-estar.
	Obj. Esp. 02 – Identificar os aspectos que envolvem à atuação profissional dos assistentes sociais inseridos em instituições hospitalares, assim como, as ações, as estratégias formuladas e as demandas implícitas e explícitas com vistas a analisar a construção de iniciativas destinadas ao idoso dependente/semidependente;
	Obj. Esp. 03 – Mapear a rede de apoio ao idoso e a sua família, com vistas a dar visibilidade às dificuldades cotidianas vivenciadas, aos recursos existentes e aos espaços inócuos, em termos de cobertura para garantia da proteção social.
	Obj. Esp. 04 – Identificar as estratégias de resistência do idoso e de seus familiares, com vistas a reconhecer as alternativas formuladas por esses sujeitos, ensejando superar dificuldades e limitações.
	Obj. Esp. 05 – Analisar a participação dos profissionais da saúde, que compõem as equipes de atenção domiciliar, na construção de iniciativas ao segmento idoso dependente/semidependente.
	Obj. Esp. 06 – Desvelar as contradições e as tensões entre as demandas profissionais, as demandas dos usuários, as demandas institucionais e as possibilidades de atuação do assistente social.

Fonte: A autora (2014).

Para que as respostas aos objetivos da pesquisa fossem contempladas, os seguintes questionamentos foram realizados: “O que representa para o idoso e para a família o processo de hospitalização?”; “Qual a compreensão dos assistentes sociais sobre o processo de hospitalização do idoso?”; “Quais são as demandas implícitas e explícitas dirigidas aos Assistentes Sociais no ambiente hospitalar?”; “Qual a compreensão dos idosos sobre as iniciativas existentes e sua relação com a manutenção da qualidade de vida?”; “Quais são as maiores dificuldades vivenciadas pelo idoso em seu cotidiano e suas proposições para a superação dessas limitações?”; “Como se configura a rede de suporte social ofertada pela sociedade e pelo Estado para auxiliar o idoso e a família a readequarem-se às limitações

decorrentes da fragilização de sua saúde ou ao próprio processo de envelhecimento?; “De que forma o bem-estar e a qualidade de vida do idoso são garantidos através da rede de suporte social?”; “Qual a concepção dos assistentes sociais sobre a área da saúde, sobre o processo de hospitalização do idoso e sobre as alternativas existentes, como a atenção domiciliar?”; “Que estratégias os assistentes sociais propõem para além da hospitalização, institucionalização e atenção domiciliar do idoso?”; “Qual a participação dos assistentes sociais na construção de iniciativas destinadas ao segmento idoso dependente/semidependente?”; “Que tipo de ações são desenvolvidas nos programas de atenção domiciliar voltadas à diminuição do número de hospitalizações?”; e “Qual a contribuição dos profissionais da saúde que compõem as equipes da atenção domiciliar na construção de iniciativas ao segmento idoso dependente/semidependente?”.

Objetivou-se, através desses questionamentos, trazer à tona os significados do processo de hospitalização para idosos e familiares, mediante experiência vivenciada no momento da coleta de dados e em internações anteriores. As reinternações representam uma particularidade dos sujeitos entrevistados que fazem uso com determinada frequência dos serviços de saúde. Conforme dados do IBGE (IBGE, 2013), para uma população de mil habitantes em média são realizadas cento e sessenta internações pela parcela populacional a partir dos 60 anos. A hospitalização representa, para esses sujeitos, uma alternativa às fragilidades e vulnerabilidades decorrentes do processo de adoecimento e de sua relação com a velhice, principalmente quando as patologias se encontram em estágio mais avançado.

Destaca-se, portanto, que a principal intenção do estudo foi problematizar o envelhecimento populacional através da vivência daqueles sujeitos que convivem com limitações oriundas do adoecimento e, a partir desse pressuposto, investigar a existência de alternativas para além da hospitalização. Para tanto, enfocou-se em uma das alternativas mais inovadoras às reinternações frequentes – a atenção domiciliar.

A fragilidade da rede de suporte social ao idoso dependente contribui para o acesso contínuo da população aos serviços de saúde de alta complexidade. A diminuição das reinternações frequentes é um dos desafios dos profissionais de saúde, em que se incluem os assistentes sociais. Por esse motivo, ressalta-se a importância da realização de abordagens investigativas sobre o suporte social ao idoso dependente, como forma de socializar o contexto histórico e elucidar proposições, pois “o que atrai na produção do conhecimento é a existência do desconhecido, é o sentido da novidade e o confronto com o que nos é estranho” (MINAYO, 2002, p. 22).

2.4 Procedimentos e técnicas para a coleta de dados e a análise dos resultados

Todos os aspectos expostos, o envelhecimento da população mundial, a importância de serem realizadas pesquisas e estudos sobre as condições de vida de idosos já bastante debilitados em razão do desenvolvimento e agravamento de patologias e a existência de um número reduzido de iniciativas voltadas a este público mais vulnerabilizado são fatores que justificam a relevância da realização deste estudo. Evidencia-se, em todas as etapas da investigação, uma preocupação com a temática que revela não só as intenções do pesquisador, mas aponta para o cuidado com uma realidade que merece ser ainda mais investigada e reconhecida. É a realidade de sujeitos que vivenciam dificuldades determinadas pelas condições individuais de saúde, mas que também convivem com todo o contexto ambíguo da existência/inexistência de ações concretas e a dificuldade de acesso e garantia de direitos. Todas essas relações entre os sujeitos e a realidade concreta pressupõem uma visão dialética da totalidade, que representa uma escolha metodológica dessa produção teórica.

A dialética considera todas as coisas em seu devir. O movimento é uma qualidade inerente a todas as coisas. A natureza, a sociedade não são entidades acabadas, mas em contínua transformação, jamais estabelecidas definitivamente, sempre inacabadas. A causa dessa transformação é a luta interna: a dialética não pode entender a totalidade como um todo já feito e realizado (GADOTTI, 1983, p. 24).

A dialética como escolha metodológica permite ao pesquisador procurar respostas em situações que aparecem como dadas, mesmo quando acabam sendo naturalizadas no cotidiano. Essa naturalização apresenta uma intencionalidade e refere-se à reprodução cultural e à padronização da própria sociedade, sendo que, dessa forma, “atende aos interesses de quem domina (classe social), procurando por meio dos canais disponibilizados imprimir sua visão como sendo à visão do coletivo [...]” (DINIZ, SILVA, 2008, p. 10).

Nessa perspectiva dialética, destaca-se a relação entre os significados do processo de hospitalização do idoso e sua relação com a área da saúde e da atenção domiciliar com a rede de suporte social existente. Objetivou-se, pois, entrevistar os protagonistas deste processo, assim como familiares, assistentes sociais e profissionais da saúde que também estão envolvidos com o processo de adoecimento do idoso e que diariamente estão comprometidos com a promoção da qualidade de vida e bem-estar desse segmento.

No que se refere ao campo da saúde, entende-se que em uma primeira etapa devem ser privilegiadas as ações preventivas, as ações de socialização de conhecimento sobre o autocuidado e de capacitação para as famílias, com o intuito de preservar o estabelecimento

de relações no espaço doméstico. Esse entendimento representa uma compreensão sobre a saúde para além do adoecimento, ampliando-se a visão sobre os aspectos que envolvem a saúde através de um entendimento que supera a relação entre o adoecimento e as condições subjetivas, como o estilo de vida e as características genéticas. A saúde relaciona-se com as possibilidades que os indivíduos constroem ao longo da vida e sua relação com o meio social, como sintetiza Moreira (2013), que ressalta a complexidade e a ambiguidade que abrange o fenômeno saúde-doença.

Quando se interpreta o fenômeno saúde-doença, há implicações de diferentes ordens, entre elas acerca do alcance que proporcionam: os horizontes podem ampliar-se ou restringir-se. O reconhecimento das múltiplas determinações que o fenômeno sintetiza conduz a uma compreensão onde apenas a oferta de serviços assistenciais para manutenção anátomo-fisiológica do corpo já não se faz suficiente. Abrem-se os horizontes à possibilidade de busca pela garantia do direito à saúde, como um bem universal, como direito humano a um “viver bem”, em um mundo e uma organização social sustentável, que proporcione ao ser humano desenvolver o máximo potencial dentro das possibilidades conquistadas pelo gênero humano. Já a visão restrita encontra respaldo nas explicações sobre a composição genética, ou nos estilos de vida e comportamentos individuais, não proporcionando alcance para o questionamento dos processos sociais inerentes à forma de organização da sociedade, que geram as possibilidades de vida ou morte (MOREIRA, 2013, p. 32).

A concepção de saúde formulada pela OMS, em 1948, vigente até os dias atuais, não está livre de críticas, principalmente no que se refere ao “caráter inatingível e estático da saúde” (MOREIRA, 2013, p. 41). Nessa perspectiva, a saúde é vista como um estado de bem-estar físico, psíquico e social. O conceito nasce com o intuito de preservar seu caráter ideológico vinculado à ordem capitalista e à manutenção da ordem; dessa forma, “não rompe com a visão de saúde enquanto regularidade anátomo-funcional, como capacidade para o trabalho” (MOREIRA, 2013, p.41). No Brasil, a Reforma Sanitária e a implementação do SUS possibilitaram a abertura para novas discussões sobre os aspectos que abrangem a saúde e trouxe à tona, sob outro aspecto, o controle social. “O controle social tem como objetivo a ampliação da participação popular nas políticas sociais, por meio de mecanismos previstos na legislação, foram abertos canais de organização das forças sociais no processo de democratização” (SILVEIRA, 2013, p. 24).

A participação popular na gestão do sistema público de saúde possibilitou uma aproximação da população com os interesses coletivos. Através da realização do controle social, os interesses coletivos tornam-se públicos e representam uma estratégia de superação das desigualdades existentes. Entretanto, ressalta-se o caráter histórico da desigualdade social brasileira, que sempre representou uma característica da sociedade e torna-se notório no que se refere à divisão de classes.

O problema das desigualdades no país tem origem na nascente do processo histórico, portanto não se trata de nenhum fenômeno contemporâneo, ou mesmo resultante dos programas de estabilização recentemente implantados, como alguns apressados fundamentam. A historiografia econômica brasileira mostra que as origens das desigualdades remontam ao período colonial: uma agricultura de exportação composta de grandes propriedades dedicadas à monocultura, o que tinha como resultante um modelo de crescimento concentrador (REIS, 1998, P. 27).

O idoso também vivencia a desigualdade de diferentes formas, através das condições econômicas, do provimento financeiro familiar, dos recursos existentes e do preconceito. A reprodução do preconceito ocorre em virtude de um olhar acrítico sobre a realidade, o que torna o estudo da vida cotidiana uma tarefa desafiadora (MENDIONDO, 2003). Iamamoto (2008) destaca, com primazia, a necessária descoberta de conhecimentos novos para intervir em contextos no qual se verifica a prevalência da desigualdade.

A investigação, quando compromissada em libertar a verdade de seu confinamento ideológico, é certamente um espaço de resistência e de luta. Trata-se de uma atividade fundamental para subsidiar a construção de alternativas críticas ao enfrentamento da questão social que fujam à mistificação neoliberal [...] (IAMAMOTO, 2008, p. 452).

Para se descobrir à essência da realidade, é necessário haver uma passagem da conduta contemplativa para uma práxis transformadora. A práxis caracteriza-se por não considerar o fenômeno como algo independente e absoluto, já que esse se transforma em relação com a essência e só é compreendido quando se atinge a estrutura da “coisa em si” (SETUBAL, 2007, p. 65).

O conhecimento científico apresenta algumas características, como: a contingência, pois suas hipóteses podem ser conhecidas através das experiências e não apenas pela razão; a sistemática, já que forma um sistema de ideias e não conhecimento desconexo; a verificabilidade, pois as hipóteses não comprovadas não pertencem ao âmbito da ciência; a constituição de um conhecimento falível, em razão de não ser absoluto e definitivo e transitório, pois novas proposições podem ser formuladas a qualquer momento, tendo em vista o movimento da realidade (SETUBAL, 2007).

Partindo da lógica de uma abordagem dialético-crítica, “as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento” (MARCONI; LAKATOS, 2001, p. 101). A compreensão da lógica da transformação do real é premissa para a opção de estudos que privilegiem esse tipo de investigação, assim como a qualidade e não a quantidade, ou seja, a análise de documentos e um olhar mais atento para as histórias de vida dos sujeitos, reveladas em seus depoimentos. A dialética materialista histórica privilegia o que é singular e também o

que é específico da totalidade, pois ambos os aspectos da realidade relacionam-se entre si e apresentam movimento, ou seja, são historicizados, assim como as categorias, totalidade, contradição e mediação.

Como advertência prévia em relação ao que me refiro, é importante enfatizar que a dialética, para ser materialista e histórica, não pode constituir-se numa “doutrina” ou numa espécie de suma teológica. Não se pode constituir numa camisa-de-força fundada sob categorias gerais não historicizadas. Para ser materialista e histórica tem de dar conta da totalidade, do específico, do singular e do particular. Isto implica dizer que as categorias, totalidade, contradição, mediação, alienação não são apriorísticas, mas construídas historicamente (FRIGOTTO, 2004, p. 75).

Destaca-se, ao longo do processo investigativo e dessa produção teórica, a opção por fundamentar todas as etapas do estudo numa abordagem dialético-crítica, desde a construção do projeto de pesquisa à formulação desta tese. Por esses motivos, a proposição investigativa realça a opção por um estudo qualitativo, em que são valorizadas as opiniões dos entrevistados em razão das vivências referentes à hospitalização e a atenção domiciliar, para que se avance na formulação de perspectivas futuras. Considera-se que a opção por um estudo qualitativo parte do pressuposto da importância da coleta de dados precisos, sem dispensar a exposição oral por parte dos sujeitos. A escolha realizada, quanto à utilização de uma fundamentação de cunho dialético-crítico, aproxima a pesquisadora e essa síntese teórica de uma trajetória acadêmica e profissional construída através de uma base marxista, pois: “A dialética em Marx não é apenas um método para se chegar à verdade, é uma concepção do homem, da sociedade e da relação homem-mundo” (GADOTTI, 1983, p. 19).

A realização de uma abordagem dialético-crítica, devido à sua complexidade, exige um empenho bastante grande por parte do pesquisador, pois envolve o processo de trabalho de campo, espaço significativo que exige uma escuta atenta às experiências de vida dos sujeitos e compreensão sobre a totalidade dos fenômenos analisados. A sistematização de todo o conhecimento gerado só foi possível pela delimitação dos objetivos da investigação e pelo reconhecimento da importância da temática.

O caráter qualitativo da pesquisa possibilitou uma aproximação com as categorias do método dialético-crítico: contradição, totalidade e historicidade. Uma das categorias do método adensada é a contradição, que representa a constatação do movimento da realidade. Esse método pode ser traduzido através da importância atribuída à interpretação do real, que é fundamentado segundo alguns princípios como: os aspectos contraditórios dos objetos e fenômenos, a inter-relação entre qualidade e quantidade e a negação da negação. Como aspecto contraditório, entende-se a unidade dos opostos, que se constitui como “a fonte do

desenvolvimento da realidade” (GIL, 2007, p. 31). A inter-relação entre quantidade e qualidade pressupõe a geração de mudanças ocasionadas pela associação entre esses dois polos; sendo assim, a contradição vai além da lógica em detrimento das conexões íntimas mesmo diante de realidades diferentes.

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

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

Assim como o fenômeno do envelhecimento populacional é contextualizado mediante aspectos que o particularizam e expressam suas contradições, as articulações permitem a realização de associações e a descoberta de percepções que inferem a totalidade. Como totalidade, dessa forma, entende-se que essa não constitui um método que pretenda, [...] “ingenuamente conhecer todos os aspectos da realidade, sem exceções, e oferecer um quadro ‘total’ da realidade, na infinidade dos seus aspectos e propriedades; é uma teoria da realidade e do conhecimento que dela se tem como realidade” (KOSIK, 1989, p. 36). A noção de totalidade refere-se ao entendimento de que a realidade está totalmente interdependente e existe uma interrelação entre os fenômenos (DINIZ; SILVA, 2008). Como exemplo da análise da categoria totalidade, pode-se citar a inter-relação entre o envelhecimento populacional e os avanços da ciência, que sugere o desenvolvimento tecnológico e as conquistas na área da saúde, sendo que ao mesmo tempo, o aumento do número de idosos provoca alterações nas relações familiares com a formação de novos papéis.

Com o objetivo de estruturar a formulação do projeto de pesquisa e o direcionamento do estudo, foram problematizadas as categorias explicativas da realidade: envelhecimento populacional, hospitalização do idoso, saúde e Serviço Social; e das categorias empíricas: dependência, atenção domiciliar e suporte social. As categorias elencadas foram transversais ao estudo e delimitaram os principais eixos da investigação, assim como estiveram presentes

na própria elaboração dos instrumentos. O projeto de pesquisa representou a síntese do processo de investigação e norteou a realização de todas as etapas da investigação. A opção pela realização de um trabalho de campo tornou-se necessária em razão dos objetivos que o estudo propôs, centralizados em desvendar significados e conhecer a realidade através das experiências dos sujeitos.

A realização da coleta de dados em instituições hospitalares é extremamente complexa para o pesquisador, em decorrência da existência de rotinas preestabelecidas e do próprio sofrimento que o processo de adoecimento acarretou no público-alvo do estudo. A interpretação de dados qualitativos requereu também um esforço na etapa da interpretação, para que se mantivesse um rigor teórico-metodológico diante de uma realidade não quantificável e de dados que não se explicam por si só.

A opção pelo trabalho de campo pressupõe um cuidado teórico-metodológico com a temática a ser explorada, considerando que o mesmo não se explica por si só. Afirmamos isso por acreditarmos que a atividade de pesquisa não se restringe ao uso de técnicas refinadas para a obtenção de dados. Assim, sublinhamos a ideia de que a teoria informa o significado dinâmico daquilo que ocorre e que buscamos captar (DESLANDES, 2002, p. 56).

O envelhecimento populacional é o pano de fundo para os estudos atuais sobre a relação entre saúde e idoso e sobre outros aspectos que envolvem essa etapa da vida, como questões contemporâneas referentes à institucionalização, participação social, feminização da velhice, convívio intergeracional, formulação de políticas públicas, violência intrafamiliar, dentre outros. No que se refere à hospitalização do idoso, pode-se dizer que a demanda por atendimento especializado não garante a efetividade das ações de saúde, na medida em que carecem de iniciativas que contemplem as necessidades de idosos acometidos pelo adoecimento, conforme Gonçalves e Tourinho (2012).

Portanto, o aumento da população idosa em todo o mundo traz consigo o aumento dos gastos com os idosos. Contudo, grandes gastos não garantem uma efetividade das ações. Ou seja, um trabalho voltado para a melhoria real da qualidade de vida dos idosos requer muito mais do que investimentos em tecnologia hospitalar. O controle dos gastos com o tratamento dos idosos exige primeiramente o investimento nas formas de promoção da saúde, que se traduzem por qualidade de vida e não por tratamento de doenças. É necessário, antes de mais nada, trabalhar as mudanças nos princípios que regem a atenção à saúde dos idosos. (GONÇALVES; TOURINHO, 2012, p. 28).

O envelhecimento populacional é abordado sob a perspectiva de autores como Zimmerman (2000) Camarano (2004), Moragas (2004) e Freitas (2011), segundo os quais a heterogeneidade da velhice pressupõe a compreensão sobre a subjetividade e sobre as

diferentes experiências sobre esta etapa da vida, que conjugam fatores como a história de vida. No interior da categoria heterogeneidade, as diferenças evidenciam-se através de indicadores como a idade cronológica, a capacidade funcional e a idade social. Sobre os indicadores da heterogeneidade, pode-se afirmar que a idade cronológica não diz muito sobre o envelhecimento humano; a capacidade funcional independe da idade cronológica e a idade social representa a participação do sujeito na sociedade e trabalha com conceitos como o envelhecimento social, ou seja, a não inserção do idoso em espaços coletivos (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Como técnica para a coleta de dados, foi feito uso da entrevista semiestruturada, com a predominância de questões abertas, definidas pelo entrevistador, preservando-se a identidade dos sujeitos, garantida pela formulação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A opção pela entrevista também ocorreu devido à restrita produção bibliográfica sobre o tema, explicitada nesta tese no quinto capítulo, nas discussões que versam sobre a produção do conhecimento em Serviço Social. Ao longo de todas as etapas do projeto de pesquisa, a doutoranda esteve atenta à ética que corresponde ao sigilo quanto à natureza dos dados coletados e o respeito à opinião e aos sujeitos pesquisados. Os critérios de inclusão e exclusão da amostra podem ser visualizados através da representação a seguir.

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da amostra

Sujeitos	Critérios	
	Inclusão	Exclusão
Idosos	Pacientes idosos hospitalizados que tenham condições de se expressarem oralmente.	Pacientes com 60 anos ou mais que não possuem condições de se expressar oralmente e os que estiverem internados em Unidades de Tratamento Intensivo.
Familiares e/ou cuidadores	Familiar presente durante o momento da coleta de dados.	Familiar que não estiver presente durante o momento da coleta de dados. Os familiares dos idosos internados em Unidades de Tratamento Intensivo também não foram entrevistados.
Assistentes Sociais	Profissionais que realizem atendimento ao idoso e que materializem suas ações no ambiente hospitalar ou que componham equipes de programas de atenção domiciliar.	Profissionais que não realizem atendimento ao idoso.

Profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais...	Profissionais que façam parte de equipes de atenção domiciliar e que prestem atendimento a idosos.	Profissionais que não realizem atendimento ao idoso e que não componham a equipe de um Programa de Atenção Domiciliar (PAD).
---	--	--

Fonte: A autora (2014).

A escolha pela entrevista também foi realizada em razão das vantagens que apresenta, como a flexibilidade que o entrevistador possui de esclarecer dúvidas do entrevistado. Foram elaborados formulários distintos para os entrevistados, idosos (Formulário 1), familiares (Formulário 2) e assistentes sociais (Formulário 3). Os formulários possibilitaram que fossem analisadas as experiências vivenciadas pelos entrevistados, com o intuito de investigar as relações intrínsecas. As entrevistas foram realizadas com idosos hospitalizados em dois hospitais de Porto Alegre, sendo a natureza da hospitalização pública ou particular.

O Programa de Atenção Domiciliar pesquisado está vinculado a um dos Hospitais que fizeram parte da coleta de dados, sendo que, fizeram parte da amostra os profissionais que compõem as equipes do Programa. Foram disponibilizados para estes profissionais questionários destinados às diferentes áreas de conhecimento, conforme seminário realizado no dia 25 de janeiro de 2014, em que foram expostos os aspectos que envolveram a pesquisa e a intenção de se realizar parte do estudo sobre a atenção domiciliar. No seminário realizado, foram entregues os questionários aos profissionais. De acordo com essa forma de organização, o instrumento foi respondido de forma coletiva pelos profissionais, porém divididos por área de conhecimento. Os questionários foram respondidos através de um consenso entre os profissionais da Medicina, Fisioterapia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição e Gestão. Portanto, foram respondidos ao todo 6 questionários, que expressaram a opinião dos 23 profissionais da saúde sobre o atendimento em domicílio e a contribuição das diferentes áreas do conhecimento para a efetividade do Programa. A definição quanto à melhor forma de coleta de dados foi realizada em reunião com os profissionais da equipe de atenção domiciliar e, dessa forma, possibilitou um momento de reflexão quanto ao sentido das práticas profissionais realizadas.

A revisão bibliográfica ocorreu durante todo o processo de investigação, de modo que foram analisadas produções textuais relacionadas ao tema em discussão, principalmente no que se refere às políticas públicas, à hospitalização do idoso, à atenção domiciliar e ao Serviço Social. A amostra utilizada foi do tipo não probabilística intencional, com base em critérios estabelecidos previamente pelo pesquisador. Foram entrevistados 35 sujeitos: 15 idosos, 11

familiares e 9 assistentes sociais, e respondidos 6 questionários, que sintetizam a visão de 23 profissionais do Programa de Atenção Domiciliar sobre o trabalho desenvolvido.

As entrevistas foram realizadas entre março de 2013 a março de 2014, sendo todas transcritas. Quando as entrevistas foram finalizadas, iniciou-se a análise e interpretação dos dados. A análise dos dados ocorreu através da seguinte lógica: o estabelecimento de categorias, a codificação, a tabulação e a análise estatística. A análise dos dados teve como objetivo “[...] organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação” (GIL, 2007, p. 168). A devolução dos dados está sendo consolidada através da participação em espaços de discussão e também na prática profissional. Dessa forma, será propiciada a socialização das informações obtidas durante o processo investigativo, cumprindo-se esse dever ético com os sujeitos do estudo e com a sociedade que proporcionaram a realização da pesquisa.

2.5 Particularidades da pesquisa em ambientes hospitalares e seus aspectos éticos

A coleta de dados é a fase do processo investigativo em que a temática do estudo é desvendada sob o ponto de vista da história de vida dos sujeitos. Para que as expressões dos sujeitos possam fazer parte do processo de investigação e da construção de uma determinada produção teórica, o projeto de pesquisa deve ser avaliado e aprovado pela Comissão Científica de uma determinada Universidade e pelos Comitês de Ética das instituições, nas quais será realizada a etapa da pesquisa de campo.

O projeto de pesquisa que subsidiou a realização da tese *Para além do cuidado hospitalar: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar* foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul através da Plataforma Brasil, ferramenta que viabiliza a interlocução entre a academia e as instituições selecionadas pelo pesquisador para participarem do processo de coleta de dados. Nesse momento da pesquisa, observa-se a centralidade dos aspectos éticos para o desenvolvimento de qualquer processo investigativo, no que se refere ao contato com seres humanos. Essa formalidade esbarra em aspectos burocráticos, como a dependência da autorização de gestores, conforme critérios previamente estabelecidos pelos comitês de ética institucionais.

A pesquisa no Brasil depende do financiamento de agências de fomento e representa parte importante da produção de conhecimento e da formação acadêmica de inúmeros discentes. Entretanto, ainda carece de um entendimento da sociedade sobre a sua relevância, fato que contribui para o não incentivo à realização de processos investigativos em prol da preservação de aspectos éticos, como se as práticas institucionais permanecessem veladas e, dessa forma, não publicizadas. Do mesmo modo que se compreende a relevância da experiência dos sujeitos para a elucidação de fenômenos sociais, destaca-se a importância de que as experiências institucionais também sejam socializadas e não permaneçam ocultas em muros internos, pois representam a síntese da prática profissional apesar da complexidade que envolve as relações profissionais.

Não temos como negar a complexidade expressa na concretude das relações profissionais, ao mesmo tempo em que não podemos desconhecer a sua importância para a busca de novos conhecimentos, para a criação de outros procedimentos operacionais instrumentadores de conhecimentos elaborados dentro dos requisitos teóricos, fundamentados e enriquecidos por essa reconstrução que alimenta um outro agir profissional (SETUBAL, 2007, p. 17).

O incentivo à pesquisa está associado também ao estímulo à educação, ao conhecimento da realidade e fornece subsídios para a interpretação de fenômenos novos e que exigem do Estado a sua organização, como as transformações na estrutura da sociedade ocasionadas pelo envelhecimento populacional. Para que os processos investigativos se aproximem da realidade dos sujeitos, é imprescindível que fiquem claros os objetivos e as justificativas de qualquer pesquisa, sejam essas quantitativas ou qualitativas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é o instrumento que preenche a lacuna entre os objetivos do estudo e a proposta do pesquisador em sua relação com o cotidiano dos sujeitos; demonstra, também, um comprometimento do pesquisador com os dados coletados e, principalmente, com os protagonistas das experiências reveladas. O documento deixa claro ainda que a identidade dos sujeitos do estudo será preservada e deverá ser mantida em sigilo. A subjetividade dos sujeitos torna-se visível na produção teórica consolidada, mediante os depoimentos que retratam as experiências vivenciadas. Os sujeitos do estudo, através de seus depoimentos sobre contextos particulares, contribuem com a formulação da produção teórica que se expande através da sua transformação em conhecimento. Por isso, a socialização de dados na pesquisa qualitativa torna-se tão essencial, pois tem o poder de desvendar determinados fenômenos através do olhar dos protagonistas dos processos sociais e, ao mesmo tempo, contribuir para a transformação da realidade.

A coleta de dados é o momento do processo investigativo em que os sujeitos reconhecem os propósitos do estudo, colocando-se à disposição do pesquisador para a realização de questionamentos e para o estabelecimento de uma relação de proximidade que a mobilização acerca do tema em comum proporciona. Nesse mesmo espaço, os sujeitos sensibilizam-se com o interesse do pesquisador em desvendar determinado contexto, e aproximam-se de suas próprias experiências e de sua subjetividade. Ao passo que representa uma importante etapa da pesquisa, a coleta de dados pode ser desenvolvida em contexto bastante determinado por rotinas e por significados complexos, como na internação hospitalar.

A realização da coleta de dados em ambientes hospitalares requer o entendimento de toda a equipe sobre a importância do estudo e da preservação dos depoimentos, sem que haja qualquer tipo de constrangimento. É bem comum a realização de processos investigativos em ambientes hospitalares ser confundida com a avaliação dos serviços prestados ou como uma forma de denúncia quanto ao atendimento disponibilizado. Por esses motivos, torna-se tarefa complexa envolver a equipe no processo de coleta de dados, o qual sugere um comportamento natural e não prejudicial para o bom andamento das rotinas hospitalares. A falta de privacidade nas internações hospitalares, em decorrência da superexposição decorrente da organização estrutural dos leitos em instituições que realizam o serviço de alta complexidade, contribui para um distanciamento entre os sujeitos do estudo e o pesquisador. Esse distanciamento repercute, conseqüentemente, nos depoimentos dos sujeitos através da preservação de pontos de vista e histórias de vida.

Considera-se como o principal elemento, que caracteriza a realização de coletas de dados em ambientes hospitalares, o significado social do processo de hospitalização, que está associado a um processo de instabilidade física e de possível perda. Assim, pela sua complexidade, o pesquisador deve ter sensibilidade em identificar possíveis fragilidades, em situações nas quais os sujeitos não sentem-se aptos a expor determinadas situações, pois vivenciam o momento de extrema vulnerabilidade. A leitura dinâmica sobre determinada realidade vivenciada durante o processo de hospitalização torna-se essencial, por isso o necessário aporte da equipe profissional. O desvendamento da realidade vivenciada em instituições tão fechadas é fundamental para a formulação de proposições para esses espaços, que representam elementos significativos na vida dos sujeitos e profissionais da saúde.

No que se refere à construção desta tese, constata-se que a coleta de dados foi marcada pela sensibilização das equipes quanto à relevância do estudo e pela convivência com a manutenção das rotinas hospitalares. Não houve nenhuma negativa quanto à realização das entrevistas e do preenchimento do questionário, embora tenha se evidenciado sobremaneira o

interesse da pesquisadora, sendo que a coleta de dados e a análise de resultados foram materializadas mediante o empenho em desvendar a realidade e a relação entre os fenômenos. Um importante desafio da pesquisa, portanto, é sua passagem de contexto acadêmico para um interesse coletivo que pode ser materializado através da própria socialização das práticas profissionais, que extrapola muros internos e possibilita o reconhecimento de novas propostas interventivas.

3 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: O CONTEXTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA O IDOSO, A CENTRALIDADE DA HOSPITALIZAÇÃO, A TRANSVERSALIDADE DO ADOECIMENTO E O SUPORTE SOCIAL EXISTENTE

Posterior à contextualização com relação ao processo investigativo e seus determinantes, destaca-se a importância de discutir o envelhecimento populacional enquanto importante transformação societária. Nessa produção teórica, ressalta-se a opção pela problematização do envelhecimento populacional em sua relação com a área da saúde e, mais especificamente, com a hospitalização do idoso. Nesse contexto, evidencia-se a relevância de conquistas como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), essa última em questão complementar à Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999).

Evidencia-se a transversalidade da hospitalização e do processo de adoecimento do idoso, pois contribuem para a percepção dos sujeitos do estudo sobre suas experiências. Nesse sentido, a organização familiar é central, pois se torna a principal estratégia das famílias e das redes de apoio ao idoso vulnerável, em detrimento do contexto histórico em que se encontram as políticas sociais.

3.1 Panorama das políticas sociais para o idoso: em destaque a política de saúde

Para discutir o panorama das políticas sociais para o idoso, considera-se fundamental realizar uma reflexão sobre a trajetória histórica da saúde no Brasil e sua relação com o Serviço Social. Tanto a política de saúde quanto o Serviço Social e a sociedade como um todo sofreram influências diversas do contexto macrossocietário, pois é extremamente difícil pensar na realidade sem a sua dinamicidade.

A intervenção do Estado no cotidiano dos cidadãos só foi ocorrer no Brasil a partir da década de 30. Observa-se, nesse período, o crescente movimento pela socialização dos direitos sociais, através do início das discussões sobre os direitos trabalhistas. Nessa época, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2006). Entretanto, as ações ainda distanciavam-se de intervenções voltadas à prevenção de patologias.

Em meados do século XX, a saúde emerge como expressão da “questão social” no Brasil (BRAVO, 2006), no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira e,

principalmente, do trabalho assalariado. Com o advento do trabalho assalariado, começaram a surgir os primeiros movimentos de luta dos trabalhadores em razão das condições às quais estavam sendo submetidos. A saúde esteve presente nesse tensionamento, também para que fosse exercido certo controle diante da pressão popular. A ampliação dos serviços de saúde iniciou-se através da criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram organizadas pelas empresas de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de manter os serviços. Dentre os serviços ofertados, destaca-se: a assistência médica-curativa, o fornecimento de medicamentos, a aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, a pensão para os dependentes e o auxílio-funeral.

Percebe-se que a saúde em seu processo histórico esteve vinculada com a cura de patologias, sendo essa sua principal função até os dias atuais. Por isso, a dificuldade de se pensar saúde através de um processo mais amplo, que envolve a materialização de conquistas e a vivência dos processos de saúde no cotidiano das famílias, através de conhecimentos prévios e de uma preocupação coletiva. Era critério para o acesso às ações em saúde o vínculo empregatício, que dificultava a extensão dos serviços para a população do meio rural, ou seja, a saúde ainda estava bastante vinculada aos setores urbanos em razão do crescente processo de industrialização.

O século XX é um marco na saúde brasileira, pois as questões que envolviam a saúde necessitavam transformar-se em questões políticas, para que assim fosse desencadeada a intervenção estatal. Na década de 1950, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e apontava para a formação de empresas médicas. A privatização dos serviços de saúde também é um processo histórico que envolveu a compra de serviços médicos de forma minoritária. Em 1945, observou-se a expansão do Serviço Social no Brasil, relacionada com as exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo. Nessa época, o setor da saúde foi o que mais absorveu Assistentes Sociais, sendo que nesse período o Serviço Social vivenciou um processo de mudanças, com a incorporação da influência norte-americana em detrimento da referência europeia. A hegemonia norte-americana no exercício profissional e na formação acadêmica propiciou a realização de um processo de trabalho de cunho psicológico, que substituiu o julgamento moral com traços europeus (BRAVO, 2006).

Posteriormente, o ano de 1948 representou um marco no contexto histórico da saúde, pois ocorreram transformações em seu conceito, como o enfoque aos aspectos biopsicossociais, que ampliou a visão da relação entre o processo saúde/doença com as condições de vida da população. Entretanto, ainda privilegiou-se uma visão bastante restrita

com relação à prática dos serviços, consideravelmente direcionada à cura de patologias e a um exercício profissional clínico, o que impera ainda nos dias atuais. O Serviço Social em sua relação com a saúde na década de 40, em decorrência da forte influência americana, centralizou suas ações no estudo de casos e não no desenvolvimento de comunidade, ou seja, focalizou a sua prática em um atendimento individual, apesar das mudanças no conceito de saúde.

O serviço social médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do Desenvolvimento de Comunidade e sim, prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do cliente no tratamento (BRAVO; MATOS, 2006, p. 201).

Somente na década de 1960, o Serviço Social começou a se modificar, através de um debate na profissão que questionou o conservadorismo. Esse debate ocorreu também em decorrência do contexto social brasileiro, que estava à mercê da ditadura militar e da modernização conservadora. Mesmo assim, na prática, ainda privilegiava-se um exercício profissional curativo, com ênfase nas técnicas de intervenção burocráticas e psicologizantes. O alinhamento entre direcionamento teórico e exercício profissional ocorreu apenas na década de 80, devido à grande mobilização política ocorrida que culminou com o término da ditadura militar. Atrelado à mobilização política, o país conviveu com uma extensa crise econômica, que perdura até hoje e exigiu do Serviço Social, também, novas configurações e uma direção política que contribuiu com a atual constituição do Projeto Ético-Político profissional. No que se refere à relação entre Serviço Social e saúde, percebe-se uma aproximação da profissão com os princípios da Reforma Sanitária, apesar de a categoria ainda estar bastante desarticulada (VASCONCELOS, 2006).

De 1964 a 1974, com a ditadura militar, o Estado utilizou-se do binômio repressão/assistência para direcionar suas ações. Observou-se no período o desenvolvimento de um processo de modernização conservadora, que incidiu sobre as diversas esferas da vida social. A modernização conservadora trouxe à tona questões novas como a extensão da assistência, mas, também procurou manter os traços de uma sociedade arcaica que privilegiava todas as relações desenvolvidas através da burocracia. Nesse período, a sociedade brasileira vivia sob a égide do capitalismo, agudizado no contexto atual através do neoliberalismo e sua interface com a desigualdade social. Ao mesmo tempo que a política de assistência foi ampliada contraditoriamente, também foi burocratizada, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade.

Com o advento da década de 1980, profundas mudanças ocorreram na sociedade, tendo em vista o contexto de crise econômica e a pressão popular por melhorias. Com o tempo, houve um amadurecimento dos movimentos sociais, em virtude dos próprios processos de negação de direitos, que culminou com a organização dos trabalhadores. Diante desse contexto, profissões como o Serviço Social também repensaram o direcionamento de suas práticas através da superação de uma tendência conservadora na profissão, que perpassou os Códigos de Ética profissionais. A saúde, nesse mesmo período, também vivenciou esse dimensionamento, pois contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população e das propostas governamentais que contribuíram com uma dimensão política. Entraram em cena personagens como profissionais da saúde, sujeitos sensibilizados com o movimento sanitário, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos, que, como mencionado anteriormente, vivenciavam um processo de amadurecimento (MOTA, 2006).

Dentre os objetivos desses novos personagens, destacam-se: a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social, o financiamento efetivo e a democratização do poder social através da materialização de novas formas de gestão, com a elaboração dos conselhos de saúde. Constata-se que muitos dos objetivos mencionados tornaram-se viáveis através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A efetivação dessas conquistas e de uma saúde pública tornou-se possível pelas contribuições e participação de diferentes sujeitos, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que apresentou como tema central a saúde como direito inerente à cidadania.

As contribuições dessa Conferência transformaram-se em possibilidades através da Constituição Federal de 1988, que representou no plano jurídico a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais. A Constituição de 1988 trouxe à tona a política de saúde em sua lógica pública, mas esse foi um processo de discussão amplo e cheio de disputas entre os que defendiam a Reforma Sanitária e aqueles que eram favoráveis à lógica da comercialização dos serviços (VASCONCELOS, 2003). A Constituição ampliou também as ações de órgãos como o Ministério Público diante da garantia de direitos quando eles se encontram ameaçados, fato que contribuiu com a ampliação de sua participação na vida dos sujeitos através de um maior controle sobre situações individuais (PERIN, 2010, p. 102).

No campo da saúde, o documento atendeu às reivindicações do movimento sanitário, em detrimento dos interesses empresariais do setor hospitalar. Os principais aspectos do texto, em sua relação com a área da saúde, são: o direito universal à saúde e o dever do Estado; a superação de discriminações entre rural e urbano e segurado e não segurado; a constituição do

SUS e a formação de uma rede integral de atendimento; a participação do setor privado de forma complementar; e a proibição da comercialização de sangue.

Os princípios estabelecidos pela Constituição, em seu artigo 196, sinalizam os aspectos que envolvem a política de saúde no Brasil. Os princípios da descentralização, da regionalização e da participação da comunidade reiteram a importância do controle social realizado pela sociedade, ao mesmo tempo que ressaltam o desenvolvimento de ações voltadas ao contexto histórico e que exigem uma análise de indicadores epidemiológicos e dos perfis populacionais (BRASIL, 1988). A descentralização é compreendida através de seu caráter político-administrativo e enfatiza a necessidade de esforços a serem realizados pela União, Estados e Municípios, no sentido de orientar a implementação dos serviços de saúde.

Como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriam-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 221).

Esse avanço foi reiterado através da elaboração de textos legais, como a Lei 8.080 e a Lei 8.142, de 1990 (BRASIL, MS, 1990). A Lei 8.080 regulou, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde; ressaltou que a saúde é um direito do ser humano e um dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; trouxe à tona as diretrizes da política de saúde brasileira, através dos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, direito à informação, participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

Na prática, os princípios da política de saúde distanciam-se da realidade em razão da escassez de recursos, da fragilidade das gestões e da dificuldade em ser realizado um controle sobre a alocação de recursos. Os hospitais “portas abertas” aproximam-se do princípio da universalidade do acesso, ao permitirem um atendimento sem-limite, mas, ao mesmo tempo, não contribuem com o incremento de outras alternativas para a saúde, como a ampliação das estruturas hospitalares, da capacidade de atendimento das unidades básicas de saúde e a própria criação de novos hospitais. Nessas instituições, em detrimento de um atendimento sem-limite, vivencia-se um processo que associa o acesso à internação hospitalar com o sofrimento físico e psíquico, decorrente da longa espera pela liberação de leitos.

Em razão da atual configuração da área da saúde, que sinaliza uma contradição entre os princípios da saúde pública e as condições ofertadas à população de um modo geral, ressalta-se a contribuição da atenção básica para a realização de uma aproximação entre os aspectos que envolvem a saúde e a vida cotidiana. A Portaria 2.488, de 2011, representa uma conquista para todos: profissionais da saúde, gestores e usuários dos serviços de saúde, pois aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com a promulgação desse documento, a atenção básica se aproximou cada vez mais da população, através de diretrizes como: a territorialização, a formação de equipes interdisciplinares, o estudo acerca das necessidades de determinada parcela da população e o direcionamento das ações a partir das demandas de determinado território, que requer a realização de uma investigação sobre o perfil dos usuários.

A atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 1).

A atenção básica representa uma conquista dos diferentes protagonistas do processo de construção e desenvolvimento da saúde brasileira, sendo que o assistente social também participou do contexto histórico de lutas relacionado com o processo de trabalho profissional. A participação do Serviço Social no processo democrático de decisão, que vivenciava a população na época, só foi possível graças às transformações que estavam ocorrendo no interior da profissão. A década de 90 representou um importante avanço no Serviço Social, mediante a realização de um movimento de ruptura com as práticas conservadoras. A representação dessa intenção de ruptura está presente no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993) e, conseqüentemente, no Projeto Ético-Político Profissional, que tem como finalidades: o reconhecimento da liberdade como valor central, o compromisso com a emancipação, a autonomia e a plena expansão dos indivíduos sociais, a dimensão política a favor da equidade e da justiça social e a ampliação e consolidação da cidadania (NETTO, 1999).

Para além das particularidades que norteiam a prática cotidiana dos assistentes sociais, Netto (1999, p. 155) ressalta que, do ponto de vista do exercício profissional, o projeto implica “o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento

intelectual do assistente social”. O Projeto Ético-Político do Serviço Social orienta o fazer profissional e está relacionado com um projeto de ordem societária, tendo em vista que os seres humanos atuam teleologicamente, ou seja, expressam objetivos, metas e fins, assim como a categoria profissional.

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elege os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases de suas relações com os usuários de seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (NETTO, 1999, p. 144).

Mais do que expressar uma relação com um projeto societário, o projeto ético-político expressa uma vinculação com um projeto de transformação da sociedade. Essa vinculação revela uma dimensão política e um direcionamento da prática profissional, que também pressupõe, nas palavras de Teixeira e Braz (2009, p. 4), a compreensão de que “As demandas que se apresentam a nós manifestam-se, em sua empiria, às vezes, revestidas de um caráter mistificador [...]” e que “essas demandas devem ser processadas teoricamente”.

No que se refere às transformações societárias e sua relação com o Serviço Social, o panorama do contexto histórico atual revela o fenômeno do envelhecimento populacional enquanto fato social. Na tentativa de proporcionar alternativas para a faixa a partir dos 60 anos, cada vez mais ações têm sido desenvolvidas com o objetivo de possibilitar a participação social do idoso. O aumento da expectativa de vida é tema frequente de discussões realizadas por pesquisadores e pela própria sociedade.

Alguns fatos ilustram a tentativa constante de serem realizadas novas abordagens investigativas acerca do tema, para que sejam delimitadas perspectivas para esta etapa da vida associadas a melhorias nas condições de vida da população. Assim, são características que ilustram o aumento do número de idosos no Brasil: a velocidade do envelhecimento populacional brasileiro, a heterogeneidade da velhice, as condições socioeconômicas dos idosos que interferem na vivência da velhice, o aumento da procura pelos serviços de saúde, a fragilidade do idoso que acarreta transformações sociais, como o crescimento do número de cuidadores e a procura contínua pela institucionalização como uma estratégia das famílias.

A Europa levou cem anos para envelhecer; no Brasil, isso demorou apenas três décadas, a partir de 1970. O Brasil se encontra em profunda transformação socioeconômica, impulsionada pela mudança na base da pirâmide etária. A porcentagem de crianças e

adolescentes menores de 19 anos era de 40,1% em 1999, sendo que em 2009 esse número diminuiu para 32,8 %. A Síntese de Indicadores do IBGE (2010) sobre as condições de vida da população brasileira demonstra que, enquanto a população considerada jovem diminuiu, o número de idosos com 70 anos ou mais cresce vertiginosamente.

Outro ponto que merece ser destacado refere-se ao considerável incremento da população idosa de 70 anos ou mais de idade. Em 1999, a PNAD apontava para um total de 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto para 2009 a população atinge a um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1%. A redução da população de crianças e jovens e o conseqüente aumento da população adulta e idosa estão associados à queda continuada dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida (BRASIL, 2010, p. 28).

A Síntese de Indicadores do IBGE também apresenta outros dados referentes ao idoso brasileiro quanto ao provimento financeiro familiar, a feminização da velhice e escolaridade. As mulheres são a maioria (55,8%), assim como os brancos (55,4%), sendo que 64,1% ocupam a posição de pessoa de referência no domicílio. A escolaridade dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa: 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Pouco menos de 12% viviam com renda domiciliar *per capita* de até ½ salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados (IBGE, 2008).

A Síntese apresenta os dados referentes à saúde do idoso brasileiro cujos resultados foram divulgados na publicação *Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. De acordo com os resultados desse estudo, apenas 22% da população com 60 anos ou mais declararam não possuir doenças e quase metade dos idosos cerca de 49% declarou possuir mais de uma doença crônica (IBGE, 2008). Dessa forma, os gastos em saúde aumentam substancialmente em razão da proporção do número de idosos. Dois fatores contribuem para o aumento da procura de serviços de saúde por parte do idoso: o crescimento do número de pessoas muito idosas e um maior número de idosos debilitados, apesar dos avanços na área tecnológica e das campanhas preventivas. Eleva-se cada vez mais o número de cuidadores de idosos, sendo que geralmente esses cuidados são assumidos por pessoa da família, em razão dos altos custos para a manutenção de profissionais capacitados para o cuidado. Uma outra alternativa para os idosos que já se encontram fragilizados, em virtude do desenvolvimento de patologias previamente incapacitantes ou incapacitantes, a institucionalização se configura como uma das principais alternativas das famílias (FAGUNDES, 2013). A convivência com doenças incapacitantes, a transformação dos membros familiares em cuidadores e a

institucionalização dos idosos em lares de longa permanência, configuram um contexto de vulnerabilidade social que se acentua através das condições econômicas das famílias.

O envelhecimento implica em aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, o qual interage com processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida e com as condições do estilo de vida atual. Em maior ou menor grau, aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento, geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade (RODRIGUES, NERI, 2012, p. 2130).

A fragilidade do idoso é um dos elementos que incidem sobre a vulnerabilidade social. Portanto, vulnerabilidade social do idoso e fragilidade do idoso são conceitos diferentes, mas que apresentam uma relação de proximidade. Enquanto a fragilidade do idoso está relacionada a uma vulnerabilidade de natureza biológica, a vulnerabilidade social representa um conceito mais ampliado que envolve questões físicas e sociais, como a história de vida e o estabelecimento de relações. Alguns autores como Bós (2011) e Lana (2013) denominam a fragilidade do idoso enquanto uma síndrome clínica caracterizada por “diminuição de reserva e pela resistência reduzida” (LANA, 2013, p. 13). Embora a fragilidade do idoso esteja relacionada a perda da capacidade funcional, aspectos sociais como a história de vida e as experiências dos sujeitos determinam a sua ocorrência em menor ou maior grau.

Tanto a fragilidade do idoso quanto a vulnerabilidade social fazem parte do atual cenário do envelhecimento populacional brasileiro, permeado por dilemas e desafios para pesquisadores, idosos, famílias, equipes multidisciplinares, profissionais e, de um modo geral, para a sociedade. O controle da gestão das políticas sociais e a participação em grupos de discussão são condicionantes para as perspectivas dos idosos do futuro, ao mesmo tempo em que já se visualiza um momento de transição, de ressignificação dos significados desta etapa da vida. A ressignificação dos significados da velhice permitirá a implementação de projetos que possibilitem o desenvolvimento de ações voltadas à garantia de condições básicas de vida. Essa ressignificação de concepção deve abranger a heterogeneidade deste grupo específico e não apenas focalizar aspectos econômicos de grande divulgação, que trazem consigo a mensagem da participação social por intermédio da aquisição e do consumo de bens e serviços. A saúde também tem o seu significado ressignificado, ao passo que se ampliam os canais de participação popular. Em um movimento contrário, constata-se a complexidade que envolve o acesso aos serviços de saúde, o que também interfere no processo saúde-doença

diante de suas implicações. A fim de possibilitar o atendimento das necessidades da população de forma ampliada, a integralidade surge com a intenção de ressaltar que as pessoas devem ser atendidas em todas as suas necessidades.

O princípio imprime uma ampliação do entendimento de necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, bem como pressupõe a articulação da saúde com outras políticas para assegurar a qualidade de vida das pessoas (SILVEIRA, 2013, p. 104).

Iniciativas de outros países são exemplos de como a dependência na velhice tem adquirido notoriedade na atualidade. O atendimento em domicílio, específico para idosos que vivenciam algum tipo de dependência, já é realizado em países como a Suécia e a Dinamarca desde 1995. Nessa época, cerca de 11% dos idosos suecos utilizavam dos serviços de atenção domiciliar, em contrapartida a 23% dos dinamarqueses. A Alemanha atualmente disponibiliza, em troca de contrapartida financeira de seguros de saúde privados, a contratação de um seguro de dependência com a mesma companhia seguradora. Consideram-se dependentes para esse tipo de seguro as pessoas idosas que, devido a uma doença física ou mental, demandem ajuda para realizar atividades recorrentes da vida diária, por um período de pelo menos seis meses. Para além disso, ter um plano de saúde na Alemanha é obrigatório para todos os cidadãos. Cada um dos planos de saúde oferece ao segurado um nível de cobertura específico que fica a cargo dos serviços de saúde estipulados pelo governo. Como todos os cidadãos possuem um plano de saúde, eles podem optar pelos profissionais e instituições aos quais desejam vincular-se.

No dia 11 de março de 1994, foi aprovado pelo Parlamento Alemão o seguro para atendimento na velhice, o seguro de cuidados (“Pflegeversicherung”), que tem como um dos seus objetivos criar um fundo de aposentadoria para os cuidadores de idosos familiares. O seguro é um dos pilares do sistema de seguridade social alemão e surgiu da necessidade de incorporação dessa demanda no contexto das políticas sociais daquele país.

O chamado “Pflegeversicherung” é considerado o quinto pilar do sistema de seguridade social da Alemanha, ao lado dos seguros de aposentadoria, saúde, desemprego e contra acidentes. Discutiu-se muito sobre sua necessidade, já que a expectativa de vida – e, com ela, o risco de se tornar dependente de atendimento na terceira idade – aumenta constantemente nos países industrializados. Havia consenso de que os idosos desamparados não deveriam ser condenados a viver de esmolas da assistência social. Havia uma tendência ao chamado “desmantelamento social”, que ameaçava benefícios do tipo auxílio-escola, auxílio-moradia, seguro-desemprego, ajuda a imigrantes estrangeiros e outros mais.²

² CRIADO seguro para atendimento na velhice:1994. Disponível em: www.dw.de/1994-criado-seguro-para-atendimnto-na-velhice/a-781636. Acesso em: 12 de setembro de 2014.

Nesse sentido, observa-se diferenças entre os seguros de saúde e também do fundo de aposentadoria para cuidadores na Alemanha com relação à atenção domiciliar no Brasil. O atendimento domiciliar na Alemanha encontra-se vinculado ao seguro de cuidados e é parte da rede de serviços para idosos dependentes. Em complementação ao atendimento em domicílio, constata-se também uma preocupação com os cuidadores mediante contrapartida financeira. Como toda a população encontra-se vinculada a um seguro de saúde público e privado, destaca-se a amplitude dos serviços prestados, conforme a necessidade de acompanhamento continuado e independentemente de critérios como o território e as condições de moradia. Destaca-se a necessidade da incorporação das preocupações relacionadas à velhice e a dependência em um cenário mais amplo que culmine com um planejamento progressivo com relação a essa etapa da vida.

Especificamente no que se refere ao atendimento em domicílio, observa-se semelhanças nas modalidades de atendimento entre Alemanha e Brasil. Assim como as modalidades de atenção domiciliar brasileira, o atendimento em domicílio da Alemanha trabalha com a definição de níveis de atenção; é considerado de grau 1, um nível de assistência moderada, sendo que necessitam desse tipo de atendimento todas as pessoas que demandam ajuda pelo menos uma vez ao dia. No grau 2, as pessoas já necessitam de uma assistência mais contínua, com a necessidade de ajuda para a realização de cuidados básicos três vezes ao dia. E, por fim, no grau 3, os pacientes necessitam de auxílio 24 horas por dia. No grau 3, o tempo de cuidado não pode ser inferior a 5 horas. Na Alemanha, a inclusão da população como beneficiária desse tipo de serviço depende de uma contrapartida financeira através do pagamento do seguro de cuidados e representa uma forma de planejamento dos cidadãos quanto ao envelhecimento e à possibilidade da vivência dessa etapa da vida associada a uma determinada organização.

Outro exemplo de assistência ao idoso dependente pode ser visualizada nos Estados Unidos, onde existem hoje cerca de 20 mil empresas de assistência domiciliar à saúde e a grande maioria dos atendimentos é realizada pelos serviços de enfermagem, classificando esses atendimentos como de baixa complexidade. Esse sistema recebe o financiamento das seguradoras de saúde americana. Os pacientes com doenças crônicas são o alvo desse programa de atenção à saúde, com necessidade de longa permanência no leito e que apresentem dificuldade de exercer a sua independência (AMARAL, 2001).

Os critérios para definir a necessidade de ajuda e assistência centram-se em quatro tipos de atividades da vida diária, sendo três delas relacionadas aos cuidados pessoais básicos – higiene pessoal, alimentação e locomoção e uma ligada às atividades instrumentais – as tarefas rotineiras (BATISTA; JACCOUD; AQUIRIO, 2008, p. 48).

A frequência e o tempo de cuidado determinam o grau de dependência e o nível de assistência a serem disponibilizados pelos seguros de saúde. Nos Estados Unidos, a modalidade de proteção social para os idosos dependentes é pública para aquele grupo que não se encontra coberto pelas modalidades privadas; são modalidades de atendimento em domicílio público a *Medicare* e a *Medicaid*. As duas modalidades se diferenciam com relação ao tipo de assistência a ser prestada, sendo a *Medicare* de curta duração e a *Medicaid* para pacientes que necessitam de cuidados mais intensivos e de longa duração. As duas formas de atendimento em domicílio podem ser complementadas pelo Programa de Cobertura Total para Idosos (PACE) que inclui a realização de serviços sociais, terapias, cuidado pessoal, serviços de apoio, acompanhamento com nutricionista, aconselhamento, terapias recreativas e refeições (BATISTA; JACCOUD; AQUIRIO, 2008).

Os diferentes modelos de atenção ao idoso dependente revelam uma preocupação com as questões que envolvem o envelhecimento populacional em suas perspectivas futuras no que se refere a projeções etárias, prevenção de doenças e, principalmente, quanto à efetiva materialização de cuidados intensivos. No que se refere ao Brasil, a realidade do idoso brasileiro e as características que envolvem essa parcela populacional evidenciam-se através dos estudos realizados até o presente momento, como os resultados oriundos dos Censos demográficos. Em razão disso, os desafios que perpassam a questão do envelhecimento populacional evidenciam-se através dos dados atuais e das projeções futuras. Entretanto, esses dados por si só não viabilizam a construção de um conjunto de ações ou de um sistema voltado à prevenção de riscos inerentes à velhice ou à propagação de doenças mais comuns a essa faixa etária. Por esse motivo, visualiza-se a carência de iniciativas destinadas ao planejamento dessa etapa da vida como parte da organização e preocupação da própria sociedade.

As abordagens investigativas desenvolvidas até o presente momento, sobre o envelhecimento populacional em suas múltiplas dimensões, têm contribuído com um olhar mais atento para as transformações societárias, com a construção de políticas sociais que sinalizam também mudanças significativas para a própria sociedade ao tentar garantir direitos. A relação entre política social e pesquisa gerontológica tem possibilitado conquistas como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), símbolo do envelhecimento populacional brasileiro e que

tem como uma de suas finalidades a busca pelo estabelecimento de uma relação mais humanizada da sociedade com o idoso, realizada mediante o convívio intergeracional. Por desvendar aspectos da realidade cotidiana, a pesquisa torna-se fundamental na busca de novos significados, de outros caminhos a serem percorridos, de novas discussões a serem realizadas; e, ao trazer à tona dados do contexto histórico, permite pensar no dinamismo dos fatos, das estruturas, das políticas sociais, das relações que são reconfiguradas através da mudança de valores, das revoluções tecnológicas, das crises.

Não resta dúvida, portanto, a contribuição da pesquisa para a proteção dos direitos humanos do idoso, mas sinaliza-se que a criação de políticas sociais precisa encontrar fundamentos no planejamento e organização da sociedade e em outras questões essenciais, como a família, o trabalho e a aposentadoria, como destacam Cortelletti, Casara e Heredia (2007).

Entretanto, ao se levantarem dados dessa natureza, é inevitável que o olhar agudo do pesquisador veja iluminada outras questões essenciais, constitutivas da problemática geral. Entre essas questões, verifica-se a evolução histórica de conceitos como o de família, trabalho, aposentadoria e autonomia, para citar alguns (HERÉDIA, CORTELLETTI; CASARA; 2007, p. 7).

A evolução histórica dos conceitos revela alterações nos valores sociais e representa importantes transformações societárias que atingem as relações sociais cotidianas. O aumento do número de idosos tem contribuído, por exemplo, com a acumulação de papéis sociais familiares – filhos tornam-se também cuidadores, assim como idosos desempenham o papel de avós e provedores familiares –, em razão da manifestação das expressões da questão social, como: o desemprego, a pobreza e a própria solidariedade familiar assumida enquanto estratégia, diante da complexidade que envolve o cotidiano dos sujeitos.

A condição econômica do idoso sugere a ocorrência de oscilações e inconstâncias relacionadas a um determinado contexto histórico, à história de vida e seus aspectos mais variados, conquistas, perdas, projeções futuras, metas alcançadas, experiências, papéis desenvolvidos, acontecimentos variados. A identidade social refere-se à reflexão do próprio idoso sobre o processo de envelhecimento e sobre a velhice que está diretamente relacionada à atribuição de significados formulados socialmente, os quais acabam por incidir no estabelecimento de ações e na formulação de expectativas e projetos de vida.

Os fatores relativos à estrutura de serviços pressupõem a realização de questionamentos sobre as alternativas propostas aos idosos e de que forma a sociedade tem preconizado organizar-se para adaptar-se à realidade do envelhecimento populacional. A

autoimagem, a autoestima e a socialização são conceitos que se assemelham à identidade social, porém são mais subjetivos e que fazem parte da compreensão da heterogeneidade da velhice. Tais conceitos não independem da história de vida, das experiências, das condições econômicas da identidade social, da estrutura de serviços e da participação social. A socialização representa essa participação realizada por intermédio do convívio intergeracional, seja no espaço doméstico ou nas redes secundárias (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

A complexidade e o desafio da construção de políticas sociais para o idoso resultam dessas múltiplas dimensões, ora revelando a gama de possibilidades e de aspectos que envolvem o envelhecimento humano, ora sinalizando a relevância de um trabalho multidisciplinar e de políticas sociais que valorizem a participação comunitária e que, por vezes, aponta para a dificuldade de se abranger tamanha diversidade. A realidade do aumento da expectativa de vida acena para as possibilidades de mudança e transformação, que ocorrem em função do envelhecimento populacional. Moura e Souza (2012) apresentam dois desafios considerados de extrema relevância na velhice: a autoimagem e a socialização.

Há dois desafios que interferem e são influenciados pelas questões político-econômicas direcionadas à velhice: a autoimagem e a socialização, a autoimagem do velho é um desafio no sentido de que reflete a forma como a sociedade trata o idoso, podendo mudar de grupo social para grupo social. Já a socialização na velhice é um desafio por duas razões: primeiro, porque são inevitáveis as mudanças em suas relações sociais ao adentrar a velhice, com conseqüências por vezes negativas à sua autoimagem e saúde em geral; a segunda diz respeito à forçosa crença de que o idoso se tornará uma pessoa “nova” somente se ingressar em grupos específicos para sua faixa etária, considerados por muitos como a única saída para a velhice com problemas de socialização (MOURA; SOUZA, 2012, p. 173).

Nessa lógica, a autoimagem abrange a percepção da sociedade sobre o idoso, determinada por uma crença que resulta de uma visão geral estabelecida coletivamente e reproduzida por seus membros. Essa percepção sugere uma aproximação com a homogeneidade, ao associar a velhice a aspectos já consolidados, como a perda da capacidade funcional e a atribuição de novos papéis, únicos e exclusivos, como o cuidado com as gerações mais novas. A autoimagem não é independente da socialização, sendo que ambas complementam-se ao implicarem o bem-estar e a própria saúde do idoso. Quando a autoimagem adquire características negativas não possibilita que se consolide a socialização, ou seja, a participação no meio social e o convívio intergeracional, fundamentais para o estabelecimento de relações sociais.

Na contramão do processo de isolamento social, ocasionado pela não socialização e resultante de uma autoimagem negativa sobre a velhice, a Política Nacional do Idoso

(BRASIL, 1994) apresenta como principal objetivo garantir os direitos da pessoa idosa mediante a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade da população a partir dos 60 anos. A autonomia representa a liberdade de escolhas dos sujeitos e, mais do que isso, a existência de possibilidades que permitam a opção por alternativas diversas. Oferecer essas condições com ampla liberdade de escolhas a todos os sujeitos é um dos pressupostos da socialização mencionada anteriormente.

No que se refere ao idoso, essa autonomia associada à socialização está relacionada ao convívio intergeracional, fundamental para a participação social e o compartilhamento de experiências de vida. Portanto, o conceito de autonomia vai muito além do conceito de independência, esse último mais relacionado aos estímulos físicos e à fragilidade do idoso. Entretanto, ambos os conceitos são relevantes no tocante à qualidade de vida, como ressaltam Moura e Souza (2012, p. 175): “A autonomia e independência são importantes na qualidade de vida social. Autonomia é a capacidade de tomar decisões e executá-las, enquanto independência envolve conformação física, mental e social para realizar atividades cotidianas”.

As políticas sociais para idosos devem contemplar essas diferenças entre os sujeitos, tendo em vista que alguns idosos apresentam autonomia e independência preservadas, assim como outros convivem apenas com sua independência ou autonomia; também existem idosos que não desfrutam mais de nenhuma das duas condições, necessitando por completo do auxílio da família, cuidadores e ou profissionais capacitados. Para avaliar o grau de dependência desses idosos, necessita-se de uma avaliação funcional por meio da análise da realização das atividades básicas, das atividades instrumentais e das atividades avançadas da vida diária. As atividades básicas da vida diária relacionam-se ao autocuidado, sendo ações representativas dessas atividades os hábitos de vestir-se e alimentar-se. As atividades instrumentais contemplam as ações realizadas na comunidade e que revelam o desenvolvimento de relações sociais e da participação. As atividades avançadas revelam um perfil de idoso mais inserido no meio social e que possui concepções distintas sobre a velhice, pois é capaz de automotivar-se através da realização de atividades de lazer e da participação em grupos de idosos. Os idosos que realizam atividades avançadas da vida diária estão inseridos nesse processo transitório de busca de novos significados à velhice (DORNELLES; COSTA, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em 2006, é uma conquista fundamental para a população a partir dos 60 anos no que se refere aos seus direitos de saúde. Algumas conquistas já haviam sido contempladas através do Sistema Único de

Saúde (SUS) e da Lei Orgânica da Saúde, marcos importantes da política de saúde no Brasil que têm como finalidade: o acesso universal a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a busca por garantir a integralidade da atenção. Posterior a essas conquistas, assinala-se a importância da implementação da Política Nacional do Idoso (1994), que forneceu subsídios para que horizontes fossem alargados para a construção da PNSI. Tanto a PNI como a PNSPI são o resultado dos debates sobre o envelhecimento populacional e a constituição desses documentos representa um importante avanço para o processo de ressignificação dos significados da velhice.

A PNSPI tem como objetivo garantir o direito à saúde à população a partir dos 60 anos. Para contemplar as subjetividades de uma parcela populacional que vivencia a velhice de formas tão distintas, a PNSPI evidencia as seguintes diretrizes: Promoção do Envelhecimento Saudável, Manutenção da Capacidade Funcional, Assistência às Necessidades de Saúde do Idoso, Reabilitação da Capacidade Funcional Comprometida, Apoio ao Desenvolvimento de Cuidados Informais, Capacitação de Recursos Humanos Especializados e Apoio a Estudos e Pesquisas.

A promoção do envelhecimento saudável engloba a adoção de hábitos saudáveis e a socialização de conhecimento para a população das medidas a serem adotadas. Posterior à prevenção, a manutenção da capacidade funcional está relacionada à prevenção de agravos à saúde e à detecção de problemas de saúde instalados. Em decorrência da manutenção de cuidados específicos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais auxilia no processo de recuperação no qual se desenvolvem parcerias entre profissionais da saúde e pessoas próximas, responsáveis pelos cuidados diretos aos idosos. A assistência às necessidades de saúde do idoso pode ser garantida através da identificação da ocorrência de patologias na velhice e dos serviços de saúde mais acessados pela pessoa idosa, com vistas a qualificar os já existentes.

Nesse cenário, a capacitação de recursos humanos especializados contribui para a melhoria do acesso da população aos serviços, através do investimento em formação profissional e educação permanente. A efetividade da PNSPI depende do apoio a estudos e pesquisas que deverão concentrar-se em quatro grandes linhas de pesquisa: estudos do perfil de idosos em diferentes regiões do país, avaliação da capacidade funcional e prevenção de agravos, através, por exemplo, das campanhas de vacinação, modelos de cuidado e hospitalização e alternativas de assistência hospitalar (FURTADO, 2013).

Constata-se, ainda, através de uma breve análise das diretrizes da PNSPI, o zelo à saúde da pessoa idosa mediante a observância de diferentes aspectos, tais como: a prevenção,

os cuidados ministrados em ambiente doméstico, os cuidados realizados em âmbito hospitalar e o apoio às pesquisas e estudos que devem ter como finalidade a identificação de perfis dessa população e também a busca por informações sobre os serviços de saúde mais utilizados. A socialização de conhecimentos específicos sinaliza uma aproximação com a realidade dos cuidadores de idosos, cada vez mais presente no cotidiano dos sujeitos que convivem com limitações físicas. Além dos aspectos mencionados, a PNSPI ressalta também o conceito de humanização da saúde, o que implica a valorização dos diferentes sujeitos, usuários e profissionais.

Entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BOCCA, 2012, p. 27).

Além da PNSPI, ainda no ano de 2006, outra conquista importante para o idoso foi alcançada mediante a publicação do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. O documento estabelece como uma das seis prioridades a saúde do idoso e, em especial, a implantação da PNSPI. O documento engloba também o Pacto pelo SUS, que estabelece como prioridades: a implementação de um projeto permanente de mobilização social, a saúde como um direito de cidadania, a garantia do incremento de recursos orçamentários e a aprovação do orçamento do SUS. (BRASIL, MS, 2006).

Depois de alguns anos da implantação do SUS no Brasil, o Pacto pela Saúde representou um importante documento que teve por finalidade subsidiar os novos caminhos a serem percorridos pelos serviços de saúde, posterior a uma análise da abrangência das ações. O documento em si reforça as diretrizes do SUS e ressalta aspectos a serem contemplados, exemplificados pelas prioridades, sendo uma delas a saúde da pessoa idosa. A publicação reforça ainda um olhar atento à realidade, voltado, por exemplo, ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, ao grande número de internações/reinternações realizadas em sua maioria pela população idosa.

A procura do idoso por serviços de saúde é o resultado do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas que atingem com mais frequência essa parcela populacional. Essas doenças caracterizam-se por não serem transmissíveis e por exigirem um acompanhamento constante, pois, em razão de sua natureza, não têm cura e estão associadas a comorbidades. Outra característica das doenças crônicas é que estão associadas também a um processo incapacitante, que pode vir a ocasionar a fragilidade do idoso, acompanhada do

desenvolvimento de uma dependência física, que dificulta ou impede o desempenho de atividades cotidianas, fatos que incidem sobre a qualidade de vida. Como resposta e alternativa à dependência da pessoa idosa, a PNSPI apresenta como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS” (BRASIL, 2006). Considera-se como fatos inerentes à criação da Política e à análise do contexto histórico que possibilitou a sua publicação: o contínuo processo de envelhecimento populacional, os avanços no campo da gestão em saúde, o conhecimento atual da ciência, a busca pela qualidade dos serviços prestados à população idosa e pela participação ativa na sociedade, fomento à saúde na velhice e à criação de um entorno propício ao envelhecimento, em contrapartida a uma escassez de recursos destinados ao idoso.

Além dos fatos mencionados, de extrema relevância para a criação de políticas sociais para o idoso, a PNSPI (2006) reafirma também a existência de desafios que clamam por respostas e alternativas, dentre eles: a insuficiência de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil e de equipes interdisciplinares e multidisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Embora afirme a insuficiência de serviços de cuidado domiciliar, a Política não avança nas discussões sobre a amplitude dos serviços prestados e não aponta a atenção domiciliar como uma alternativa central. Ao contextualizar as demandas das pessoas idosas mais frágeis, são mencionados aspectos dessa realidade, como a incapacidade funcional decorrente do aumento de doenças e a consequente dependência. Nesse sentido, a dependência é compreendida como “expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde” (BRASIL, 2006). Sobrecarrega a família, ao descrever a necessidade de enfrentamento de desafios, pois determina que é a “executora do cuidado”, ao mesmo tempo que ressalta a insuficiência dos serviços de cuidado domiciliar e a urgência em ser estabelecido um suporte qualificado aos responsáveis por esses cuidados. Portanto, o documento reforça a centralidade da família junto à rede de suporte social existente. Entretanto, o grande desafio sinalizado no documento refere-se ao próprio envelhecimento populacional que, por si só, desafia a construção de políticas sociais, seja pela velocidade da consolidação do aumento da expectativa de vida, seja pela heterogeneidade deste grupo etário, somente para citar alguns aspectos significativos.

Como estratégia de intervenção, o documento propõe a propagação de ações que contemplem a atenção integral à saúde da pessoa idosa com foco no usuário e na perspectiva de seus direitos, necessidades, preferências e habilidades. Para isso, destaca a importância da

abordagem global e em caráter interdisciplinar e multidimensional, como aspectos que devem envolver a prática profissional.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados (BRASIL, 2006, p. 6).

A abordagem global mencionada aproxima-se do princípio da integralidade em saúde, ao evidenciar os aspectos que influenciam o cotidiano do idoso. Sinaliza-se também a necessária capacitação profissional das equipes, a fim de que se adaptem às demandas específicas decorrentes das necessidades dessa população e reconheçam a rede de suporte social existente. Todas essas iniciativas não superam a centralidade do estímulo ao autocuidado e, principalmente, dos cuidados administrados por membros familiares, sendo uma das alternativas apontadas a criação de grupos de autoajuda. A criação de grupos de autoajuda reitera a responsabilização das famílias e o seu papel de centralidade na manutenção de cuidados no espaço doméstico.

Para além das alternativas presentes no documento, reafirma-se que o aumento dos serviços de cuidado domiciliar e a inserção de novos profissionais nas equipes tornam-se alternativas que urgem, pois implicam a qualidade dos serviços prestados e a abrangência das ações. A não contratação de novos profissionais e a manutenção dos serviços de cuidado domiciliar existente condicionam a redução do número de pessoas a serem atendidas, em contrapartida à demanda em expansão e ao próprio envelhecimento populacional.

Outro dado importante refere-se ao percentual de idosos que convivem com limitações físicas, conforme dados do IBGE compilados na publicação denominada “Sobre a Condição de Saúde dos Idosos: indicadores selecionados” do ano de 2010. O estudo demonstra que a taxa de incapacidade funcional é maior entre os idosos com menor renda, variando de 20% a 39% enquanto os idosos de maior renda varia de 6% a 33%. (BRASIL, 2009). Esse dado ressalta a importância da reprodução de ações destinadas a estimular a capacidade funcional do idoso, independentemente de sua condição econômica.

Quanto à Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999), à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e ao próprio Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), verifica-se a

necessidade de estudos que contemplem a efetividade desses documentos na vida cotidiana de seu público-alvo e de sua rede de relações. A PNI tem como princípio norteador a defesa dos direitos sociais do idoso, cabendo à família, à sociedade e ao Estado zelar pela materialização dessa conquista. Entretanto, observa-se também nesse documento uma grande e complexa responsabilidade centralizada nas famílias, a quem compete zelar quase integralmente com condições dignas de vida os idosos brasileiros, mesmo quando não dispõem de recursos para tanto. No caso do idoso, a família é fundamental para a manutenção de condições essenciais, quando se reporta à relação entre envelhecimento e fragilidade.

A PNI fundamentou, posteriormente, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), sendo esse último complementar aos seus objetivos, diretrizes e eixos norteadores no que se refere, principalmente, à penalização daqueles que não respeitam as condições de sujeito de direito dos idosos brasileiros. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso inova em sua abrangência e torna passíveis de punição os crimes realizados contra a pessoa idosa. Outra característica inovadora diz respeito ao atendimento prioritário a ser realizado, não somente no que compete aos serviços públicos e privados quanto à prioridade na realização de políticas públicas, destinação de recursos, viabilização de formas alternativas de participação e também destaca o convívio intergeracional e a garantia de acesso à rede de serviços de saúde.

Configuram-se como direitos fundamentais ao idoso: o direito à vida; à liberdade; ao respeito e à dignidade; aos alimentos; à saúde; à educação; à cultura; ao esporte e ao lazer; à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação e ao transporte. No direito à saúde, encontra-se preconizada a assistência domiciliar para a população que necessitar e estiver incapacitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados. São complementares ao direito à saúde e fundamentais para a sua materialização premissas como: o direito a acompanhante, a proibição de discriminação dos idosos em planos de saúde, o direito de optar pelo tratamento de saúde que considerar cabível. Destaca-se como um dos principais avanços, também, a notificação dos casos de violência pelos serviços de saúde. Quanto ao contexto mais abrangente, é garantido ao idoso o atendimento integral de sua saúde do âmbito do Sistema Único de Saúde. Entretanto, observa-se, ainda, que muitos desafios apresentam-se à atenção integral ao idoso, tanto nas unidades de saúde quanto no contexto mais amplo, que está diretamente relacionado a condições de vida mais dignas e que perpassa outros direitos sociais para além da saúde.

3.2 A centralidade da hospitalização como alternativa aos agravos de saúde

O debate acerca dos direitos da pessoa idosa perpassa o atual contexto histórico, no qual se evidencia uma preocupação com o aumento da expectativa de vida, que adquire visibilidade através da organização de congressos, da criação de grupos de discussão, da realização de artigos e produções científicas, os quais abordam, direta ou indiretamente, a temática do envelhecimento populacional. Constata-se nas discussões contemporâneas a opção por um direcionamento sobre os desafios e alternativas para a garantia da qualidade de vida da pessoa idosa. Essa preocupação pode ser constatada através da consolidação de importantes avanços para a população a partir dos 60 anos, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a recente Portaria 963 de 2013, que reestrutura a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

Essas importantes conquistas sociais convergem, em sua principal diretriz, à defesa dos direitos da pessoa idosa e à garantia de que suas necessidades sejam contempladas por intermédio de melhorias: nas relações geracionais e intergeracionais, na superação de contextos em que impera a violência, na eliminação do preconceito, na garantia da prioridade de atendimento nos serviços de saúde e na garantia por um atendimento em saúde, para além da hospitalização e direcionado à manutenção de cuidados específicos no espaço doméstico.

Pesquisas sobre a utilização de serviços de saúde por parte da população idosa são realizadas em decorrência dos índices de hospitalização e de reinternações frequentes. Nessa linha, destaca-se a criação do Comitê Temático Interdisciplinar Saúde do Idoso, no ano de 2004, que apresentou como objetivo avaliar os agravos e a capacidade funcional dos idosos. Como indicadores de saúde, para a realização do estudo, foram utilizados dois parâmetros distintos: “Mobilidade e Incapacidade Funcional” e o “Uso de Serviços de Saúde”. Os indicadores de incapacidade funcional utilizados foram: Autoavaliação da Saúde e Doenças Crônicas. Complementares a esses indicadores, os parâmetros para avaliação do uso dos serviços de saúde foram: Número de Consultas Médicas, Filiação a Plano Privado de Saúde, Taxa de Hospitalizações no Âmbito do SUS, Custo Médio das Hospitalizações no Âmbito do SUS e Custo por Habitante das Hospitalizações no Âmbito do SUS. Desde já, observa-se uma preocupação com os custos da utilização frequente dos serviços de saúde e indicadores centralizados em questões financeiras, em detrimento da não inclusão de indicadores relacionados à qualidade dos serviços prestados e daqueles relacionados às alternativas a internação hospitalar (IBGE, 2013).

Como resultados do estudo realizado pelo Comitê Temático Interdisciplinar Saúde do Idoso, sobre as condições de saúde da população idosa, constatou-se a existência de uma relação entre a autoavaliação dos idosos entrevistados e a sua saúde com as suas condições econômicas, declarando-se insatisfeitos, em maior número, aqueles com renda *per capita* mensal de até um salário mínimo. Condições econômicas estáveis incidem sob as condições de vida, no que se refere à própria obtenção de conhecimento e informações sobre prevenção e tratamentos de saúde.

Nesse quadro em que se desenha o atual contexto da saúde no Brasil, verificam-se as transformações ocasionadas pela transição epidemiológica, que está relacionada à diminuição dos casos de doenças infecciosas e ao aumento de pessoas portadoras de doenças crônicas, que exigem a realização de um tratamento contínuo e que culminam com um número mais expressivo de hospitalizações. Com o passar dos anos, as doenças crônico-degenerativas tendem a agravar-se, assim como os idosos portadores passam a conviver com múltiplas patologias – outro fator que incide nas internações contínuas e no uso dos serviços de saúde.

Sobre as características dos idosos que fizeram parte do estudo, ressalta-se essa relação entre condições de saúde e a frequência de hospitalizações e rehospitalizações, como um dos aspectos relacionados ao envelhecimento populacional. A maioria dos idosos entrevistados, 66%, já realizaram mais de 3 internações hospitalares ao longo da vida. As respostas ao questionamento quanto ao número de internações sinalizaram uma frequência elevada de hospitalizações, exemplificadas por expressões como “já perdi a conta” ou “eu não lembro quantas já realizei, mas foram várias”. Destaca-se também como elemento determinante das reinternações o fator idade, sendo que 80% dos entrevistados possuem 80 anos ou mais. O aumento do número de idosos em idade avançada é um dos determinantes do envelhecimento populacional brasileiro, ao mesmo tempo que se ressalta a vulnerabilidade desse grupo etário e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. O quadro a seguir demonstra a relação entre as reinternações frequentes e o perfil dos idosos entrevistados, com destaque para o gênero, faixa etária e a divisão entre hospitalizações públicas e privadas.

Quadro 3 – Características dos sujeitos do estudo e sua relação com a frequência e o perfil das hospitalizações

	Gênero	Idade	Internações	Perfil da hospitalização
Sujeito 01	Masculino	75	Menos de 3 internações	Privada
Sujeito 02	Masculino	91	Mais de 3 internações	Privada
Sujeito 03	Feminino	82	Menos de 3 internações	Privada
Sujeito 04	Feminino	82	Mais de 3 internações	Privada
Sujeito 05	Feminino	86	Mais de 3 internações	Privada
Sujeito 06	Feminino	88	Mais de 3 internações	Privada
Sujeito 07	Feminino	81	Mais de 3 internações	Privada
Sujeito 08	Masculino	80	Mais de 3 internações	Privada
Sujeito 09	Masculino	83	Mais de 3 internações	Pública
Sujeito 10	Feminino	81	Mais de 3 internações	Pública
Sujeito 11	Masculino	82	Menos de 3 internações	Pública
Sujeito 12	Feminino	83	Mais de 3 internações	Pública
Sujeito 13	Masculino	80	Menos de 3 internações	Pública
Sujeito 14	Masculino	72	Menos de 3 internações	Pública
Sujeito 15	Feminino	75	Mais de 3 internações	Pública

Fonte: A autora (2014)

O perfil das hospitalizações demonstra que, em ambos os casos, prevalece um contexto de reinternações, independentemente de repasse financeiro. Sobre a relação entre faixa etária e hospitalizações contínuas, o custo de internação *per capita* aumenta com o passar dos anos, passando de noventa e três reais, para os idosos até os sessenta e nove anos, para cento e trinta e cinco reais, entre aqueles que possuem oitenta anos ou mais. O aumento da população idosa pressupõe o crescimento do número de idosos em idade avançada, considerados mais vulneráveis em razão de sua capacidade funcional, associada, muitas vezes, à convivência com patologias (IBGE, 2013).

Diante de alguns aspectos que compõem os resultados da abordagem investigativa mencionada, constata-se a grande procura por serviços de saúde realizada por idosos. Conforme dados do Comitê Temático Interdisciplinar Saúde do Idoso, o aumento de políticas

de promoção e prevenção da saúde seriam alternativas viáveis diante da convivência com múltiplas patologias crônicas.

A ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequências do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como grandes desafios para o sistema de saúde. Um fato relevante, no entanto, é a demonstração de que políticas de promoção e prevenção de saúde estão provando eficácia em todo o mundo. Estudos mais recentes confirmam essas tendências e indicam redução do declínio funcional entre os idosos, o que aponta na direção de uma população mais saudável (IBGE, 2009, p. 10).

Ainda no que se refere aos resultados do estudo do IBGE, constata-se a relação entre condições sociais e econômicas e a autopercepção dos idosos entrevistados em relação à saúde. Verifica-se a ocorrência de um número elevado de doenças em pessoas que apresentam idade mais avançada, principalmente de patologias em que se constata a necessidade de tratamento contínuo. Observa-se, também, que o estudo poderia contemplar outras alternativas à hospitalização para além da prevenção, conceito bastante trabalhado nos serviços de saúde no âmbito do SUS e que ainda carece de amplitude. Entretanto, o que deve ser considerado igualmente são os riscos inerentes à realização de internações hospitalares frequentes, do ponto de vista físico e biológico, pois a hospitalização apresenta faces distintas – tanto pode propiciar a recuperação quanto o agravamento das condições de saúde da pessoa idosa.

Permanece uma lacuna na atenção integral ao idoso e um desafio para os profissionais que trabalham em ambientes hospitalares. Dentre esses profissionais, observam-se, com maior presteza, as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais que trabalham em ambientes hospitalares. Apresenta-se como um desafio aos profissionais do Serviço Social continuar a buscar estratégias para a consolidação da relativa autonomia profissional, a fim de subsidiar ações que privilegiem as demandas dos usuários. A articulação entre o particular e o universal, o contexto sócio-histórico permite que estratégias sejam consolidadas e faz do assistente social um pesquisador da realidade em que está inserido.

A articulação das mediações particulares, individuais ou coletivas, exigidas pelo trabalho cotidiano, com as exigências do contexto econômico, político, imaginário, ideológico é que vai permitir a construção de estratégias no tempo social, familiar e específico colocado pelos usuários na relação com a intervenção profissional/institucional. Essa perspectiva que esteve sempre implícita em nossos trabalhos não descarta o papel ativo dos atores sociais nem as condições em que atuam (FALEIROS, 2001, p. 31).

O olhar atento para as condições do contexto histórico atual permite desvendar a realidade e formular estratégias de intervenção. No que se refere à participação comunitária, esse processo de mudança está atrelado ao entendimento crítico sobre a realidade que nos cerca, sob o ponto de vista das relações sociais, das condições econômicas, das demandas sociais e da vivência do cotidiano que, por si só, está permeado de desafios. Quanto à prática profissional, ela se encontra inserida em um contexto ambíguo, pois tanto podem ser formuladas perspectivas para a intervenção profissional mediante o que já está consolidado e como resposta ao instituído, ao mesmo tempo em que a atividade profissional é socialmente determinada (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

Incidem sobre a prática profissional aspectos da realidade institucional, da sociedade capitalista e do projeto profissional, os quais direcionam o exercício profissional coletivamente. Dessa forma, não se pode pensar a profissão sem essa relação com o contexto que a particulariza. Um contexto em que a participação social é premente impulsiona um exercício profissional voltado para a mobilização e organização coletiva. São esses movimentos de participação que impulsionam a criação de novas políticas sociais e que, no campo da saúde, possibilitam a gestão dos serviços e melhores condições no atendimento das demandas de segmentos da população, como o idoso.

A abordagem realizada com a população idosa exige dos profissionais, que compõem as equipes de saúde, um olhar diferenciado sobre o aumento da expectativa de vida em seu contexto macrossocietário e, do ponto de vista do usuário, questões econômicas, sociais, físicas e psíquicas. Para que o convívio com o adoecimento na velhice seja prevenido, dois grandes mitos devem ser continuamente evitados. O primeiro deles refere-se à crença de que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, afirmação que impediria a realização de tratamentos de saúde quando necessário. O segundo mito é o de tratar o envelhecimento enquanto uma doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sintomas relacionados à senescência. Os dois mitos expressam uma contradição, pois o envelhecimento é confundido com o adoecimento, ao mesmo tempo que todos os sintomas são relacionados apenas à velhice, oportunizando a propagação da afirmação “faz parte desta etapa da vida”. O aparecimento de sintomas, comumente confundidos com patologias, induz à utilização cada vez maior dos serviços de saúde por parte dos idosos. Essa realidade suscita o questionamento sobre a qualificação do atendimento recebido por essa parcela populacional, seja na atenção básica ou nas instituições hospitalares, e propicia a discussão sobre: “De que forma os profissionais

qualificam o exercício profissional para o atendimento da demanda da população a partir dos 60 anos?''.

Com a finalidade de atender à demanda oriunda do aumento da expectativa de vida, constata-se a realização de um debate aprofundado sobre a relação entre saúde e envelhecimento populacional, que possibilitou o surgimento de conquistas como: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; de documentos como o Pacto pela Vida; e a edição especial do Caderno de Atenção Básica, destinado à problematização de assuntos relacionados ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa.

A procura pelos serviços de saúde representa uma importante transformação societária, principalmente para a área da saúde, que vivencia um aumento da formação profissional de médicos geriatras, destinados a atender a essa demanda cada vez mais explícita. Constata-se a relevância da socialização de informações sobre os cuidados em saúde e o suporte emocional a ser proporcionado para familiares e profissionais cuidadores, sob a forma de uma política de saúde ou até mesmo através da realização de um repasse financeiro aos cuidadores e as famílias com a finalidade de subsidiar os custos decorrentes do processo de adoecimento do idoso. No que se refere à realidade do cuidador, observa-se o convívio com situações desafiadoras, tanto física quanto emocionalmente. Os familiares brasileiros ostentam a função de cuidadores desassistidos e desprotegidos do apoio de programas governamentais efetivos, os quais deveriam fornecer subsídios e orientações para a prática do cuidado e também proporcionar condições financeiras para que as famílias ou os próprios idosos possam arcar com os custos oriundos dos tratamentos de saúde. Sem suporte social, esses cuidadores são obrigados a renunciar ao emprego, às relações sociais e, em algumas situações, às relações familiares. Essas modificações que ocorrem na vida do cuidador podem ocasionar sobrecargas físicas, emocionais e financeiras (TEIXEIRA, 2007).

A tarefa do cuidado exige não só a posse de conhecimentos específicos como a dedicação, por vezes, integral e fundamental para a manutenção da qualidade de vida de outro indivíduo, que depende da atenção dispensada pelo cuidador para sobreviver. Assim como aumenta o número de cuidadores, cresce também a disposição por parte dos pesquisadores em investigar esse crescimento da tarefa do cuidado. O debate sobre o exercício do cuidado, relacionado à saúde da pessoa idosa, tem contribuído com a criação de grupos para cuidadores e ações destinadas à formação e socialização de conhecimento sobre rotinas e cuidados específicos. A realização de ações destinadas a esse público pode possibilitar a superação da realidade dos cuidadores, ainda desassistidos através do aumento da visibilidade dessa importante tarefa, destinada principalmente aos idosos em idade mais avançada que já

representam 12,5% da população idosa brasileira, conforme dados do IBGE. A população com idade mais avançada representa 1,1% da população total brasileira e, conforme projeções, tende apenas a aumentar com o passar dos anos (IBGE, 2010).

O aumento do número de idosos em idade avançada e a responsabilização das famílias revelam a necessidade da criação de ações destinadas aos cuidadores, os quais devem especializar-se na manutenção de cuidados específicos, o que reforça a importância da socialização de conhecimento e do convívio com profissionais como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fundamentais até mesmo para o manuseio de equipamentos que garantam a sobrevivência de alguns idosos, como as sondas para alimentação e os respiradores. Destaca-se a materialização de algumas iniciativas, no que se refere à qualificação dos serviços de saúde, como a educação permanente e o acolhimento aos usuários, realizados de forma mais humanizada. As equipes de saúde aproximam-se da realidade dos usuários ao realizarem visitas domiciliares, ao esclarecer os familiares sobre as condições de saúde do paciente e do auxílio na organização para o período pós-hospitalar. A Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2004) possibilitou a visualização da importância de uma concepção de saúde integrada, da valorização profissional e do trabalho em equipe através de uma perspectiva integral.

As ações e serviços de saúde não existem de forma isolada, dependem de intervenções profissionais em todos os níveis do sistema, pressupondo a efetivação da comunicação no atendimento às reais demandas de saúde da população. A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva da integralidade, requer uma visão de totalidade do sistema por parte de todos os envolvidos, em sua composição, questão retomada pela Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p. 15).

Todos os profissionais da saúde têm sido convidados a participar do processo de humanização em saúde, pois sua materialização depende do envolvimento de diferentes atores. Contrariamente a esse processo de envolvimento dos profissionais e sua relação com a saúde pública, constata-se a efetivação de um movimento de privatização e de qualificação dos espaços privados, que garantem de forma mais efetiva o acesso à saúde enquanto um bem de consumo. O contexto histórico da saúde no Brasil sinaliza a existência de um movimento de privatização dos serviços e o conseqüente ônus aos usuários, o que pressupõe a dificuldade de acesso à prevenção e ao tratamento quando não observada a ocorrência da inclusão em convênios particulares. A realidade da saúde condiciona as demandas dos usuários, sendo que essas ultrapassam a preocupação com condições clínicas e de recuperação, como a própria

complexidade que envolve o acesso e as condições em que são ofertadas as ações e que, conseqüentemente, influenciam na qualidade dos serviços ofertados.

A universalidade e a integralidade são princípios do Sistema Único de Saúde e visam superar critérios de inclusão e exclusão, para além da mercantilização dos serviços, ao ressaltar que a saúde é um bem comum a todos. A universalidade faz referência ao acesso aos serviços de saúde em todos os seus níveis e a integralidade refere-se justamente à articulação conjunta de todos os serviços prestados e das ações realizadas. A participação nos processos de gestão e controle social pela população também diferencia o sistema brasileiro de saúde, ao aproximar os sujeitos a interesses comuns que repercutem na vida cotidiana, conforme texto da Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 instituiu um novo reordenamento para o setor saúde, ao propor um desenho particular a aspectos ético-políticos e técnico-operativos fundamentais. Universalizou o direito à saúde, acenando para o pleno acesso aos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. De forma positiva, definiu espaços para a gestão democrática dos serviços de saúde, com a possibilidade legal da participação popular, instituindo constitucionalmente o controle social, realizado por diferentes sujeitos sociais (BRAVO, 2010, p. 45).

O texto foi inovador ao universalizar o direito à saúde para além de critérios de exclusão e ampliar o controle dos serviços através de uma gestão democrática que implica na legalidade da participação popular. Foram estabelecidos critérios como território para o mapeamento das necessidades da população, mas esses mesmos critérios limitam o acesso de alguns serviços como o atendimento domiciliar ou as próprias visitas domiciliares. No caso do atendimento em domicílio, a dificuldade de locomoção da população as Unidades Básicas de Saúde é um dos aspectos que determinam a inclusão em serviços de atenção domiciliar. Portanto, embora o texto inove ao fazer referência à universalidade da saúde e ao definir a responsabilização do Estado com relação à garantia desse direito, ainda perduram critérios para a inclusão da população em determinados serviços, principalmente os de menor abrangência. Fora isso, deve-se mencionar a atual configuração dos serviços de saúde como um desafio para o acesso da população de um modo geral, como a concentração de hospitais e da atenção básica em regiões mais populosas em contrapartida a uma carência de estrutura em territórios afastados dos grandes centros urbanos. Essa concentração de serviços em determinados territórios contribui com o aumento do número de internações hospitalares, na medida em que ações de prevenção são realizadas, na maioria das vezes através dos serviços de atenção básica.

Associada às questões mencionadas, a centralidade da hospitalização no sistema de saúde e, em especial no que se refere às implicações decorrentes do envelhecimento populacional, ressalta-se que as condições ofertadas nos hospitais não são as mesmas encontradas pelos idosos em seu espaço doméstico, no que se refere à manutenção de cuidados específicos, como também pela atenção recebida, pela alimentação, pelo convívio geracional e intergeracional e pelo estabelecimento de relações. Esse contexto configura um processo de hospitalização no qual o idoso sente-se seguro, pois essa determinada realidade lhe permite estabelecer um convívio social através do compartilhamento de experiências oriundas do próprio adoecimento. Contraditoriamente, esses mesmos idosos são aqueles que possuem uma visão bastante negativa sobre a velhice e a exemplificam como a perda total de perspectivas de vida.

Ainda no que se refere à hospitalização do idoso, pode-se afirmar que melhorias das condições de vida no espaço doméstico contribuem para a diminuição do número de internações e reinternações. A saúde tem a sua identidade determinada por transformações societárias, como: o próprio aumento da expectativa de vida, a agudização da questão social em sua relação capital e trabalho, o que ocasiona a degradação social, a exclusão e a pobreza.

Como se vê a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no século XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, é necessário aprender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade (SIMÃO, 2010, p. 159).

A saúde do idoso envolve a realização de uma abordagem coletiva em diferentes espaços, pressupondo iniciativas, como: a socialização do conhecimento efetivada em fóruns de discussão e através das orientações aos familiares/cuidadores; a conscientização sobre a heterogeneidade da velhice a ser realizada no ambiente escolar e acadêmico; e a criação de novos espaços que objetivem o convívio geracional, a socialização de experiências, as formas de enfrentamento à violência e os direitos do idoso. Essas iniciativas tornam-se viáveis com o envolvimento coletivo da sociedade como um todo, com a realidade do envelhecimento populacional e com a vivência de dificuldades e carecimentos por parte do idoso; essa constatação importante incide sobre os significados atribuídos à velhice pelos próprios protagonistas dessa etapa da vida. A viabilidade das propostas só é possível, também, com a disponibilização de recursos que contribuam com o bem-estar e a qualidade de vida do idoso.

As ações mencionadas devem ter algumas características importantes como apresentar uma dimensão para além das hospitalizações e da institucionalização em lares de longa permanência, e apresentar, como principal finalidade, o oferecimento de condições para a vivência do bem-estar e da qualidade de vida perante a fragilidade ocasionada pelo adoecimento (FREITAS, 2011).

Conforme Freitas (2011), existem quatro fatores que impulsionaram e impulsionam os estudos sobre a velhice, tais como: a pressão exercida pelo envelhecimento populacional, o clamor da sociedade sobre os desafios gerados pela velhice e o interesse dos profissionais da saúde, dos pesquisadores e das universidades sobre o processo de envelhecimento, que representa amplo campo de investigação científica e a busca de soluções dos problemas que afligem a população idosa.

A realização de processos investigativos sobre o contexto macrosocietário abrange a relação entre saúde e envelhecimento populacional, que está relacionada ao acesso aos serviços e à vulnerabilidade da rede de apoio existente. Ou seja, novamente reafirma-se a necessária relação entre os estudos sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento populacional em uma perspectiva de intervenção na realidade, de contribuição para além da sensibilização com o tema. No campo da saúde, sinaliza-se a contribuição dos estudos de áreas específicas, como a Geriatria e a Gerontologia, que têm sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos, a participação e contribuição de diferentes disciplinas realizadas através de olhares diversos sob o mesmo fenômeno, como Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, dentre outras.

A contribuição do olhar de diferentes áreas do conhecimento ocorre tanto na pesquisa como no campo da intervenção. No que se refere à hospitalização do idoso, esse processo exige dos profissionais da saúde empenho na manutenção dos cuidados, dedicação para a realização de uma abordagem diferenciada e atenta às limitações ocasionadas pela velhice e/ou pelo adoecimento. As reinternações frequentes conduzem ao estabelecimento de relações de proximidade, que representam uma forma de ressignificação do processo de hospitalização, mas também, nesse mesmo processo, podem vir a serem estabelecidos estigmas com relação às hospitalizações contínuas e em relação à socialização das histórias de vida dos sujeitos. O estigma que a sociedade contemporânea designa à pessoa idosa está relacionado ao processo de envelhecimento e decorre da não aceitação das diferenças, que dissemina uma tendência a propagar também uma percepção homogênea sobre os diferentes grupos populacionais. O estigma que caracteriza o envelhecimento populacional brasileiro descarta uma visão heterogênea da velhice, pois representa uma estratégia de ressignificação dos significados

socialmente difundidos sobre essa etapa da vida. Dessa forma, exclui “o que de fato torna um sujeito único”, conforme Tolotti (2007).

A sociedade contemporânea designa como marca essencial a eterna juventude e condena a velhice em função de sua abominação, ao aspecto físico do velho, a uma reclusão pela aparente impossibilidade de se manter atual e, finalmente, por pertencer à última categoria no qual o ser humano pode ser inserido. Percebe-se que as classificações do estigma são correspondentes ao processo de envelhecimento. Consequentemente, na maior parte dos casos, uma ruga suprime uma vida e, ao tentar anular a diferença que cada sujeito porta, o imaginário social usa a lógica paranoica, exclui aquilo que é diferente e só reconhece o igual, não o semelhante, mas o igual no sentido homeomórfico, e exclui o que de fato torna um sujeito único, ou seja, sua singularidade (TOLOTTI, 2007, p. 38).

A história de vida do idoso influenciará significativamente as perspectivas do período pós-hospitalar associada à manutenção de vínculos familiares, às condições financeiras, aos recursos existentes e ao grau de dependência física. As instituições de longa permanência prestam serviços de caráter privado, em sua maioria, e incluem diferentes sujeitos. Essas instituições carregam consigo um vínculo com a oferta de serviços de saúde, tendo em vista tratar-se de um público-alvo que vivencia o processo de adoecimento ou as limitações oriundas da velhice.

A constituição das clínicas de repouso inevitavelmente inclui indivíduos com diversos históricos educacionais, étnicos, ocupacionais, religiosos e sociais e níveis de renda. Elas são qualquer coisa, menos comunidades ou lares. A falta de um senso de comunidade é enfrentada em algumas instituições pela adoção de rituais ou práticas explícitas, voltadas para a construção de um senso de comunidade, mas, muitas vezes, pouco ou nada é feito para incentivar, ou mesmo permitir, o desenvolvimento de relacionamentos ou associações significativas entre os próprios residentes (MORAGAS, 2004, p. 126).

A procura pelas Instituições de Longa Permanência ocorre principalmente quando há o agravamento das condições de saúde do idoso e a complexidade que envolve a realização da atenção a longo prazo no espaço doméstico, pressupondo a criação da figura do cuidador, geralmente pessoa da família, que administra cuidados específicos, sem o apoio de profissionais capacitados e das próprias instituições hospitalares (FAGUNDES, 2013).

Nos casos em que a hospitalização exige uma maior organização da família, profissionais como os assistentes sociais participam desse processo, no qual aspectos da realidade evidenciam-se, como: o desconforto vivenciado durante a hospitalização, a carência de recursos de ordem financeira, o rompimento de vínculos familiares, o desconhecimento sobre os recursos comunitários, o medo da perda de capacidades ou o sentimento que o surgimento da dependência ocasiona. Nesses casos, o idoso busca um alicerce para a

superação de suas necessidades e para o retorno à sua estabilidade emocional e física. No que toca à família, seus membros recorrem às equipes de saúde e, nesse caso específico, ao Serviço Social, pela instabilidade gerada pelo processo de adoecimento do idoso e pela necessidade de reorganização familiar, com a configuração de novos papéis como o de cuidador.

Conclui-se que a relação entre o profissional assistente social e a hospitalização do idoso é um campo permeado pelo binômio contraditório possibilidades/desafios, sendo que por vezes as demandas se complementam e, por outras, a relativa autonomia profissional pressupõe a centralidade de uma demanda em detrimento da outra. O alinhamento da prática profissional com importantes documentos como o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e a Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), representa importante estratégia, pois sinaliza as possibilidades de trabalho do Assistente Social. Também contextualiza a prática profissional a sagacidade do profissional em encontrar novos horizontes mediante o desenvolvimento de abordagens investigativas realizadas no cotidiano, assim como da compreensão da realidade em movimento.

3.3 Significados do processo de hospitalização e alternativas ao cuidado hospitalar sob o olhar dos sujeitos do estudo

A intenção de desvendar os significados do processo de hospitalização, em razão das vivências de idosos e familiares, representa uma possibilidade de identificar os aspectos que envolvem o acesso aos serviços de alta complexidade. A hospitalização do idoso condiciona os significados atribuídos à velhice, associada ao processo de adoecimento e a vulnerabilidades diversas, como a fragilidade da rede de suporte social existente. Outros aspectos envolvem o processo de hospitalização, como a dependência/semidependência, que geram limitações na independência e autonomia dos sujeitos. A própria inserção em ambientes hospitalares condiciona o idoso ao cumprimento de normas institucionais e a rotinas previamente estabelecidas, que acabam incidindo na sua autonomia. Essa percepção sobre a hospitalização explicita-se através da exposição oral dos idosos entrevistados, quando, por diversas vezes, mencionam o desejo de retornar ao espaço doméstico.

Estou sendo bem cuidada aqui. Preciso do hospital para me recuperar. Estou com muita vontade de retornar para minha casa. Tenho vontade de continuar fazendo as mesmas coisas de antes (Sujeito 04).

A hospitalização é só para realizar o tratamento. Para mim é uma coisa boa, porque se a gente não se sente bem então tem que internar. Eu me sinto bem aqui, mas tenho desejo de retornar para minha casa. Estou esperando a minha alta ansiosamente. (Sujeito 10).

Para mim significa um sacrifício. Tenho pavor de estar internado, pois me considero preso aqui, mas, ao mesmo tempo, tenho que estar aqui. Isso é a lei da vida (Sujeito 14).

A internação me trouxe estresse. A enfermaria onde estamos não tem sossego que deveria ter para os pacientes. Cada enfermaria dessas tem 6 pacientes, cada um com um tipo de doença. E se a gente tem algum tipo de doença, a gente tem que ter calma. A gente quer sossego e normalmente não existe nesta enfermaria, devido à televisão ligada, pessoas conversando e risadas dos próprios auxiliares de enfermagem. Todos falam gritando e isso me causa muito estresse (Sujeito 15).

A hospitalização altera a rotina do idoso e incide sobre a autonomia vivenciada no espaço doméstico, através das associações realizadas entre a hospitalização e o interesse de retornar para casa e até mesmo a atribuição de uma relação com o termo “sacrifício” e com a vivência de estresse elevado. Constata-se, nas exposições realizadas, a alteração de rotina materializada durante o processo de hospitalização através da necessidade da permanência em um ambiente adverso e fechado, no qual ocorre também o estabelecimento de relações complexas.

Por outro lado, os significados da hospitalização podem estar associados contraditoriamente a um momento de estabilidade, tanto para idosos como para familiares, pois é através do acesso a esse serviço de alta complexidade que possibilidades de superação de contextos de vulnerabilidade são materializadas. Para esses idosos e familiares, alteram-se consideravelmente os significados atribuídos ao processo de hospitalização.

É um descanso. Eu me sinto mais relaxado. O meu genro é que diz que eu vou para o Hospital para relaxar. Eles também relaxam, pois aqui estou seguro e tenho tudo o que preciso (Sujeito 02).

Ele é muito bem tratado aqui no hospital, principalmente por parte das enfermeiras e dos médicos. Acredito que no caso da pessoa idosa deve-se ter mais cuidado e atenção. Se ele não quer uma coisa devemos insistir com outra. Como no caso das refeições hospitalares que ele implica bastante (Familiar 01).

O hospital representa o local onde tenho que me agarrar quando estou doente, para me manter tomando medicamentos. Eu procuro me cuidar quando estou numa fase difícil de doença. Procuro, nesse caso, me poupar. Para mim a internação é uma coisa boa, porque se a gente não se sente bem então tem que internar. Eu me sinto bem aqui (Sujeito 03).

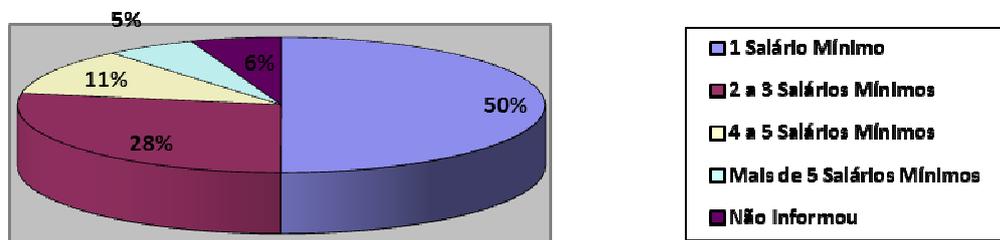
Aqui eu dou uma descansada, pois não me preocupo com nada. Quando estou em casa me preocupo com o filho. Às vezes, ele chega atrasado e vai para uma reunião. Nesse momento, eu fico em casa sozinho e fico nervoso. Então, quando ele chega, eu me tranquilizo mais (Sujeito 11).

Aqui é uma tranquilidade. A gente acredita que ela está em boas mãos. Não tem problema, pois ficamos mais sossegados do que ela estar em casa. A gente acha que às vezes não teremos tempo de socorrê-la. Ficamos mais tranquilos quando ela está aqui (Familiar 05).

Ela veio fazer um exame de rotina e o médico solicitou que ela ficasse internada, aguardando os resultados do procedimento. Exame de rotina ela realiza a cada seis meses, mas nem sempre permanece internada quando faz exames. Agora, devido aos problemas respiratórios que ela possui, o médico solicitou a baixa. Eu acho a hospitalização uma coisa boa, pois encontramos pessoas conhecidas. Quanto à parte médica são todos meus amigos. Nos sentimos em casa aqui e com segurança. Qualquer intercorrência, chamamos uma enfermeira ou o médico. Se o médico particular dela não estiver aqui, tem o de plantão. Então, nos sentimos seguros quando ela está aqui e por isso ela interna diversas vezes (Familiar 07).

Evidencia-se a relação realizada pelos idosos e familiares entre o processo de hospitalização e a segurança proporcionada pela manutenção de cuidados específicos em um ambiente propício a intercorrências, assim como pela possibilidade de dispor de condições melhores do que aquelas provenientes do espaço doméstico, como a facilidade de acesso ao tratamento. Com relação às possibilidades associadas à hospitalização, destaca-se a instabilidade financeira como uma das características dos idosos entrevistados que influenciam os significados atribuídos.

Gráfico 1 – Renda



Fonte: Pesquisa “Para Além do Cuidado Hospitalar: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar”.

Com relação à renda, quase metade dos entrevistados relatou receber apenas um salário mínimo. Esses idosos não manifestaram a possibilidade da contratação de um cuidador, após a alta-hospitalar, pois não possuem condições financeiras de arcar com os custos desse tipo de serviço. Apesar da instabilidade econômica, todos os idosos do estudo no momento da hospitalização requeriam alguma forma de cuidado específica após a alta, devido à diminuição da autonomia ou independência. As dificuldades econômicas vivenciadas pelos idosos tendem a aumentar em decorrência do convívio com doenças crônico-degenerativas e em consonância com a responsabilização das famílias, que tendem a organizar-se entre seus membros para o período pós-hospitalar. Quando a contratação de um cuidador não torna-se

viável, institui-se a figura de um cuidador familiar. Todo esse contexto em que se verifica a carência de ordens diversas, tanto em vista de fatores econômicos quanto de sobrecarga familiar, sendo que ambos estabelecem uma relação de reciprocidade, culmina com um maior número de internações hospitalares. O sentimento de segurança produzido durante o processo de hospitalização do idoso, comprova a necessidade de organização dos serviços. Ainda no que se refere à renda, a maioria dos idosos entrevistados, 54%, tem os valores econômicos vinculados ao recebimento de aposentadoria enquanto 20% recebem pensão, e 26% recebem os dois benefícios. Desse contingente, 77% recebem de 1 a 3 salários mínimos. Sobre o provimento financeiro familiar, a abordagem investigativa comprovou que 40% dos idosos entrevistados são provedores financeiros e 60% auxiliam nas finanças. O quadro a seguir revela a participação econômica do idoso no espaço doméstico.

Quadro 4 – Participação econômica na família e a possibilidade da contratação de cuidador

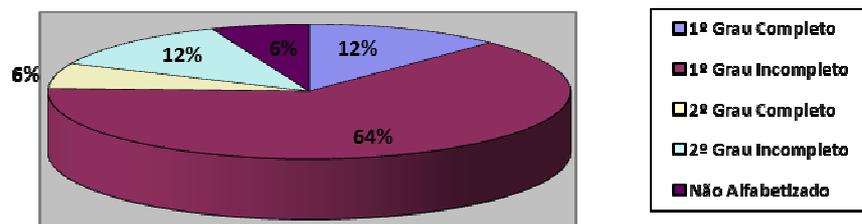
	Participação econômica na família	Possibilidade da contratação de cuidador após a alta
Sujeito 01	Provedor Financeiro	Não
Sujeito 02	Auxilia nas Finanças	Sim
Sujeito 03	Provedora Financeira	Não
Sujeito 04	Auxilia nas Finanças	Sim
Sujeito 05	Auxilia nas Finanças	Sim
Sujeito 06	Provedor Financeiro	Não
Sujeito 07	Auxilia nas Finanças	Sim
Sujeito 08	Auxilia nas Finanças	Não
Sujeito 09	Auxilia nas Finanças	Não
Sujeito 10	Auxilia nas Finanças	Não
Sujeito 11	Provedor Financeiro	Não
Sujeito 12	Provedora Financeira	Não
Sujeito 13	Auxilia nas Finanças	Não
Sujeito 14	Auxilia nas Finanças	Não
Sujeito 15	Provedora Financeira	Não

Fonte: A Autora (2014).

Ao mesmo tempo em que possibilita um novo papel do idoso também no espaço doméstico, o provimento financeiro familiar contribui para a vivência de processos de violência, principalmente de ordem financeira representada pela exploração, o que acontece de forma mais velada. Ao assumir esse novo papel de provedor financeiro familiar, o idoso torna-se responsável pelo sustento de seus familiares e essa situação provoca a necessária reinserção no mercado de trabalho, ou o prolongamento do tempo de trabalho, como ocorre nas situações de complementação das aposentadorias. Especificamente para os idosos que vivenciam um processo de adoecimento, essa reinserção no mercado de trabalho torna-se improvável. Contraditoriamente, são esses idosos que necessitam ter condições de prover os cuidados em saúde, principalmente com relação a medicamentos, consultas médicas e acompanhamento médico contínuo. Entretanto, muitos apresentam uma renda já comprometida diante do suprimento de necessidades familiares.

Outras características dos idosos referem-se à baixa escolaridade e ao estado civil, sendo que quase metade dos entrevistados são viúvos. Os dados revelam características comuns aos idosos brasileiros, decorrentes de aspectos como a escolarização precária e a sobrecarga dos cuidados, principalmente por parte dos companheiros e filhos. O gráfico a seguir sintetiza a escolaridade dos idosos entrevistados, com destaque em sua maioria para a não conclusão do ensino fundamental (64%).

Gráfico 2 – Escolaridade



Fonte: Pesquisa “Para Além do Cuidado Hospitalar: significados do processo de hospitalização do idoso e o contexto da atenção domiciliar”.

A baixa escolaridade revela um aspecto comum do envelhecimento populacional e também uma questão cultural decorrente do contexto histórico em que o idoso de hoje esteve inserido, com a valorização do trabalho e também do trabalho doméstico. A escolaridade incide sobre os significados atribuídos à hospitalização, pois o saber possibilita o

conhecimento sobre os direitos sociais e sobre outras formas alternativas de cuidado. Quanto ao estado civil, 46% dos idosos declararam-se viúvos, 33% são casados, 14% são solteiros e 7% são divorciados. As perdas também representam uma realidade do idoso e são aspectos comuns inerentes ao envelhecimento. Por outro lado, as perdas sinalizam a sobrecarga de um dos membros familiares em sua maioria esposos(as) e filhos(as).

A hospitalização também adquire a roupagem de uma estratégia que tem como finalidade a superação de sentimentos como a solidão. Nesse caso, a vivência de uma rotina adversa, decorrente da própria hospitalização, contribui para a presença do estabelecimento de relações e para a própria autonomia do idoso. A hospitalização também aparece como uma estratégia das famílias, pois possibilita que se reorganizem para o período pós-hospitalar. A internação hospitalar também é sinônimo de segurança para os familiares entrevistados, pelo “sossego” e “segurança” proporcionados; justamente por se apresentarem condições adversas no período de hospitalização, possibilitam um maior controle sobre as condições de saúde do idoso.

Constata-se a sobrecarga das famílias tanto nos cuidados diários quanto no que se refere à sua responsabilização perante a manutenção de condições de vida dignas para os seus membros. Evidencia-se essa sobrecarga através da exposição oral dos familiares ao mencionarem que durante a hospitalização sentem-se seguros pelos cuidados disponibilizados. Na hospitalização, os cuidados administrados no espaço doméstico geralmente realizados por familiares passam a ocorrer em ambiente específico e com o auxílio dos profissionais da saúde. Portanto, evidencia-se para além da sobrecarga das famílias a responsabilização pelos cuidados administrados no espaço doméstico, que gera contraditoriamente um sentimento de insegurança e que evidencia a necessária incorporação de novas possibilidades de intervenção diante da realidade vivenciada pelas famílias. A referência à hospitalização como “uma coisa boa” aparece muito vinculada também à possibilidade de serem estabelecidas relações com profissionais da saúde, como também pelo acesso ao tratamento, à vinculação de uma concepção de saúde associada aos serviços de alta complexidade, e à vivência de experiências diversificadas para além das rotinas estabelecidas no espaço doméstico.

A vivência de expressões da questão social, como a escassez de recursos financeiros, o provimento financeiro familiar por parte do idoso e a própria fragilidade da rede de suporte social, também torna a sobrecarga das famílias uma das expressões da questão social acompanhada pelas incertezas e pela responsabilização dos seus membros. O despreparo dos cuidadores também é um desafio para as famílias e ressalta a importância de que

conhecimentos práticos e teóricos são fundamentais para o entendimento do processo de adoecimento. A socialização de conhecimento representa uma condição mínima para que as famílias tenham condições de compreender as condições de saúde do idoso. O desconhecimento das famílias é oriundo também de um movimento de negação dessa importante condição através da sua não materialização, como é o caso das instituições hospitalares que não informam as famílias sobre o cuidado e as transformações decorrentes da perda de capacidades do idoso. Toda essa tensão, que é motivo de sofrimento pelas famílias, torna a tarefa do cuidado ainda mais desafiadora e os membros familiares ainda mais sobrecarregados e ainda mais responsáveis por ofertar condições mínimas de sobrevivência ao idoso dependente.

Prover cuidados diários ao idoso passa a ser uma tarefa nova e desafiadora para a família, cujos membros subitamente são transformados em cuidadores, não raras vezes sem preparação, conhecimento ou suporte adequados para assumir tal papel, o que implica prejuízos para sua qualidade de vida e a qualidade de cuidado. Ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, o cuidador passa a ter restrições em relação à própria vida, o que contribui para o aparecimento da sobrecarga. Esse fenômeno pode ser definido, como problemas oriundos do processo de cuidar, sejam eles físicos, psicológicos ou emocionais, sociais ou financeiros (LOUREIRO; FERNANDES, 2013, p. 1.135).

Os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais ou financeiros, embora possam ser ressaltados durante a tarefa do cuidado, como destacado por Loureiro e Fernandes (2013), são anteriores a esse processo, pois representam as condições com as quais a sociedade convive de forma geral e são frutos de um contexto histórico mais amplo. Apesar da socialização de conhecimento representar elemento fundamental da tarefa do cuidado, contraditoriamente, a sua reprodução eleva ainda mais a responsabilização da família como principal núcleo de apoio social, o que acaba por inibir o papel do Estado na defesa dos interesses da população. A socialização de documentos como o Guia Prático do Cuidador formulado pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2008) evidencia ainda mais a responsabilização familiar e, ao mesmo tempo, diante da realidade do cuidador, revela aspectos importantes que podem proporcionar qualidade de vida ao idoso, como a socialização de conhecimento sobre os cuidados no domicílio com pessoas acamadas, sobre os serviços disponíveis e direitos da pessoa idosa e do cuidador e também quanto à prevenção, evitando, dessa forma, o surgimento de novas patologias.

Sobre a ressignificação do processo de hospitalização do idoso e sua associação com perspectivas e possibilidades, destaca-se a ausência de referenciais teóricos que discutam os significados desse período sobre esse prisma. Constata-se, sobremaneira, a socialização de dados sobre o acesso aos serviços de saúde e sua relação com o envelhecimento populacional,

com destaque para as reinternações frequentes realizadas pela população idosa. Por esse motivo, verifica-se a necessidade da realização de estudos sobre o significado da hospitalização para o idoso brasileiro, que contemple a rede de suporte social existente e que, cada vez mais, atente para o cotidiano dos sujeitos, no qual se evidencia a existência de carências diversas.

Um conjunto de fatores contribui para essa ressignificação do processo de hospitalização, dentre os quais constata-se a associação entre a saúde e a cura de patologias. Nesses termos, a hospitalização surge como uma estratégia mediante a reprodução de uma concepção centralizada na resolução de problemas de saúde, ligada aos serviços de alta complexidade. Ao mesmo tempo, o período de hospitalização proporciona condições que os demais serviços de saúde não contemplam, como a realização de um cuidado específico e contínuo que possibilite o estabelecimento de uma relação com os profissionais de saúde. O estabelecimento dessa relação entre o público-alvo dos serviços e os profissionais da saúde é o objetivo da atenção básica, embora ainda verifique-se a sua fragilidade quanto à extensão do atendimento. Nesses casos, a atenção domiciliar também surge como uma alternativa para além da hospitalização, pois propicia o acesso a um atendimento mais específico em saúde, com características de atenção básica, pela manutenção de cuidados no espaço doméstico e, ao mesmo tempo, mais complexo pela necessidade de organização profissional.

A identificação entre a hospitalização do idoso e o conjunto de fatores que contribui para a ressignificação dos serviços de alta complexidade é fruto também da vivência de experiências significativas e comuns. O elemento transversal à exposição dos idosos entrevistados e familiares refere-se à vivência da velhice e do adoecimento, concomitantemente. As falas são atravessadas por essa relação entre os elementos particulares do cotidiano dos sujeitos e que se encontram imbricados em sua associação com o adoecimento. As alterações significativas com relação à autonomia e, principalmente, independência dos idosos hospitalizados evidencia-se através da diminuição ou total ausência da realização de atividades diárias, o que conduz a uma realidade de dependência.

Eu realizava apenas o serviço de casa. Agora eu preciso de auxílio, mas faço sozinha. Como tenho problemas de saúde, não consigo fazer tudo. Eu costumo ir ao médico só quando sinto alguma dor. Adiei tanto que estou com infecção urinária (Sujeito 04).

Antes fazia as atividades de casa. Agora para caminhar necessito do auxílio de uma bengala. Faz dois anos que tive um acidente vascular cerebral e comecei a apresentar dificuldades para me locomover (Sujeito 06).

Fazia todas as atividades sozinho, mas agora necessito da ajuda dos filhos. Eu estou bastante debilitado e preciso de auxílio até mesmo para a locomoção. Nessa última internação que eu senti um problema nas pernas e um início de glaucoma. Eu operei

a visão o ano passado e não resolveu. Tive dois derrames cerebrais e isso dificultou bastante (Sujeito 08).

Antes passeava bastante com os netos. Foi ficando mais difícil de caminhar, pois quando fui hospitalizada anteriormente tive um derrame e um infarto. Nesse momento, precisei da ajuda da minha filha. Ela me ajuda a caminhar e realizar minha higiene pessoal (Sujeito 12).

Ela não consegue realizar atividades sem auxílio, pois ela caminha muito pouco. Agora praticamente ela só utiliza cadeira de rodas. Ela fica na poltrona, vê televisão e faz tricô. No dia a dia, quem cuida dela é minha irmã (Familiar 04).

O processo de adoecimento relacionado à velhice acarreta mudanças significativas no cotidiano do idoso e das famílias, culminando com a organização de estratégias para a manutenção de cuidados. O auxílio realizado por membros familiares possibilita ao idoso a vivência de um pouco mais de independência. Sobre as relações familiares dos idosos entrevistados, 86% consideraram suas relações familiares satisfatórias em contrapartida a 14%, que manifestaram ser parcialmente satisfatórias ou insatisfatórias. Esse dado comprova a participação da família no cuidado ao idoso dependente, que decorre de um convívio mais intenso realizado durante a hospitalização e, principalmente, no espaço doméstico. Essa participação da família também se torna bastante efetiva durante o processo de hospitalização, sendo que 55% dos familiares relataram permanecer em tempo integral e, assim, realizar um acompanhamento contínuo em relação ao paciente. Esse acompanhamento em tempo integral faz parte de um planejamento e organização familiar que se estabelece por intenção da família ou da própria equipe. As solicitações das equipes de saúde ocorrem, principalmente, com o agravamento da dependência do idoso, que culmina com a diminuição da capacidade funcional. Nesse sentido, as famílias auxiliam no cuidado também durante a hospitalização, principalmente com relação aos cuidados em higiene e quanto à diminuição dos riscos de queda. Apenas 27% dos entrevistados residem sozinhos, enquanto 83% residem com filhos(as) ou esposos(as). Os dados comprovam a necessidade da participação familiar na vida dos sujeitos do estudo, como uma estratégia de sobrevivência diante da dependência ocasionada pelo processo de adoecimento.

A vulnerabilidade da vivência de uma velhice, associada às fragilidades oriundas do desenvolvimento de patologias, encontra-se no próprio acesso aos serviços de saúde de alta complexidade e na centralidade da organização familiar, por vezes considerada alternativa única. Observa-se a ocorrência de uma participação efetiva das famílias ao longo do processo de hospitalização do idoso e também no período pós-hospitalar, vista e reproduzida através de um sentido natural como sendo algo inerente à existência humana.

As famílias que não dispõem de condições financeiras para arcar com os custos que envolvem os cuidados em saúde encontram-se mais vulneráveis à centralidade da organização

familiar e mais propensas a transformá-la em alternativa única diante de um processo de dependência. A dependência envolve as mudanças de rotina que incidem sobre a autonomia e a independência dos idosos. O elemento que sintetiza a dependência, conforme Agich (2008), é a perda de confiança que pode ocorrer para o idoso, através da reprodução da construção cultural sobre o envelhecimento populacional, como também com a diminuição das capacidades físicas típicas do processo de adoecimento.

No curso do envelhecimento, porém, a dependência começa com a diminuição dos poderes de confiança em si. O problema não é confiança em si como tal, mas, antes, com o fato de que a confiança em si define o valor individual. Carecer da capacidade de ter confiança em si contribui para o sentimento de falta de valor experimentado por muitas pessoas idosas. Se a identidade e o valor estão fundados na capacidade de se autossustentar, então a debilidade e a incapacidade física podem comprometer a percepção de valor pessoal, justamente por comprometerem a confiança em si (AGICH, 2008, p. 116).

Para além das observações feitas pelo autor, que relaciona a perda de capacidade física e a própria percepção dos idosos sobre essa etapa da vida, decorrente de uma construção social, a diminuição dos poderes de confiança e dos valores individuais sintetiza parte de um processo de dependências diversas, como a existência de uma rede de apoio consolidada. A centralidade da organização familiar para a manutenção de cuidados específicos com o idoso também representa um processo de dependência e vulnerabilidade.

Para os idosos, a organização familiar é essencial até mesmo pela necessidade da manutenção e estabelecimento de relações no espaço doméstico; entretanto, pode tornar-se tarefa árdua em razão da própria atribuição de novos papéis e pela diminuição da autonomia e independência vivenciadas remotamente. A subjetividade do sujeito idoso é ameaçada pelas transformações ocasionadas pelo processo de adoecimento, pois adquire novas roupagens que lhe dão um sentido de maior fragilidade e dependência.

Eu acho que atrapalho a vida delas, porque não caminho e locomovo-me apenas em cadeira de rodas. Passo o dia inteiro no meu quarto fazendo tricô sozinha. Para fazer qualquer coisa, necessito de ajuda e sinto-me constrangida de pedir auxílio aos meus familiares. Às vezes, prefiro ficar quieta. Eu digo que “é o fim da vida” (Sujeito 05). Eu caminho muito pouco. Sempre perguntei para a minha filha se precisava de ajuda em alguma coisa. Até pouco tempo eu ajudava muito e depois foi diminuindo. Eu não posso ajudar mais. Eu não tomo mais banho sozinha, pois me locomovo com o elevador. Não gosto de pedir auxílio para realizar as atividades que sempre fiz do meu jeito (Sujeito 07).

Ainda, verifica-se a reprodução de significados preestabelecidos sobre a velhice e o processo de envelhecimento. A velhice, associada ao adoecimento, adquire concepções ainda mais carregadas de significados, reproduzidos como verdades constituídas socialmente. A

sensibilização com a temática e a preocupação com a vivência de uma velhice e adoecimento com qualidade de vida representa uma alternativa à atribuição de significados repletos de mitos e distante da realidade dos protagonistas desses processos. Esses significados, reproduzidos socialmente, minam o advento de novas perspectivas para um envelhecimento saudável, pela falta de expectativas futuras associadas ao processo de adoecimento do idoso. Por esse motivo, o processo de adoecimento torna-se transversal às exposições dos idosos e familiares e representa característica comum ao contexto dos sujeitos entrevistados: a diminuição da independência e autonomia, o aumento da dependência, a necessidade da organização familiar, a ausência de perspectivas de vida e a atribuição de significados bastante particulares em relação à velhice.

Eu acho uma fase um pouco difícil. A gente nota que a velhice não é bem aceita pela sociedade e pela própria família que, muitas vezes, não tem paciência (Sujeito 02).

A idade vai chegando e algumas doenças vão aparecendo. É a carga pesada nas costas da gente, porque não nos sentimos bem. Tudo acontece. Tenho problemas na coluna, pois tive muitos acidentes (Sujeito 04).

Eu gosto de falar que é o fim do mundo. Eu nunca bebi e nunca fumei e agora estou nessa situação. A gente atrapalha os outros. Eu não faço nada na minha casa. Moro com as filhas e os netos e ela é quem faz tudo e eu é que não faço nada. Antes cozinhava e fazia comida e agora não faço absolutamente nada (Sujeito 07).

Nem sei mais o que pensar. Vamos ver se agora eu me recupero e consigo fazer mais alguma coisa. Não tenho vontade nem de comer. De tarde, a filha me faz uma canja e esse é o único alimento que eu como. Para mim a velhice está significando doença, pois quando a gente é jovem não tem (Sujeito 08).

A fé me ajuda a enfrentar o adoecimento. Hoje mesmo o padre esteve aqui e benzeu a gente. Eu acho que não estamos preparados para o envelhecimento e temos de nos preparar. A gente sempre trabalha e eu nunca parei para analisar quando vi já estava velha e com doenças junto (Sujeito 10).

A associação entre a velhice e o adoecimento evidencia-se através das exposições que remetem a condições particulares e sentimentos diversos, oriundos da complexidade que envolve os diferentes aspectos dessa relação. Nesse contexto, os significados atribuídos à velhice não são fruto apenas de uma construção social e cultural, pois se soma a esse estereótipo a vivência de um cotidiano bastante centralizado no adoecimento e nas transformações decorrentes da própria organização familiar. Ressalta-se a preocupação de alguns idosos com a disposição de novos papéis familiares, constituídos a partir das limitações físicas decorrentes do adoecimento e que também acarretam mudanças no papel do idoso na família, tendo em vista que o estabelecimento de relações perpassa a questão da autonomia e da independência. Ressalta-se, sobretudo, a relevância do convívio intergeracional, realizado predominantemente no espaço doméstico e mediante o

estabelecimento de relações familiares, como uma característica do envelhecimento populacional.

É no espaço da família que o idoso permanece por maior tempo e tendo o maior contato com as diversas gerações. Hoje, com o fenômeno da longevidade, existe a possibilidade da convivência até quatro gerações no mesmo domicílio. O apoio dado pela família é fundamental para que esse idoso possa se sentir integrado e útil, além de influenciar fortemente nas questões de autonomia e independência do mesmo (AREOSA, 2012, p. 131).

A contribuição da família para a manutenção da autonomia e da independência do idoso supervaloriza-se em detrimento, também, de uma construção social e cultural enraizada socialmente, que delega funções às famílias, tornando-as responsáveis por suprir as diversas demandas provenientes de um contexto de incertezas e privações. As novas responsabilidades assumidas pelas famílias, em decorrência desse contexto de vulnerabilidades, destacam-se nas entrevistas realizadas através de expressões como “carga pesada”, “fim do mundo” expõem as particularidades da relação envelhecimento e adoecimento.

Destaca-se, ainda, nos depoimentos, a preocupação de alguns dos idosos entrevistados com relação a essa etapa do ciclo vital, principalmente no que se refere ao que segue: “Velhice não ser aceita na sociedade”; “A gente atrapalhar os outros”; e “Quando a gente é jovem não tem doença”. As percepções mencionadas culminam com o entendimento do sujeito 07: “Eu acho que não estamos preparados para o envelhecimento”, o qual sintetiza, em breves palavras, o contexto vivenciado pelo fenômeno do envelhecimento populacional e as discussões atuais sobre as alternativas para a incorporação social de um aumento significativo do número de idosos. Urgem serem realizadas essas discussões no tempo presente, tendo em vista que os valores predominantes na velhice são contrários aos que predominam na sociedade, realidade que requer o convívio entre aspectos tão controversos.

A velhice constitui uma etapa vital que pode ter elementos de desenvolvimento pessoal, embora este desenvolvimento vá em direção contrária aos valores predominantes na sociedade atual: força, trabalho, poder econômico e político. Os idosos podem oferecer pouco a estes valores, mas o tema importante numa sociedade democrática e pluralista consiste em saber se os valores de uma minoria – população produtiva ativa devem dirigir os valores da maioria (crianças, jovens, desempregados, idosos) – população passiva não produtiva (MORAGAS, 2004, p. 31-32).

A existência de valores tão contrários e a construção cultural, reproduzida socialmente sobre os significados da velhice, atrelada à vinculação, à inércia e à falta de perspectivas futuras, culminam com a fragilidade da organização da própria sociedade quanto à manifestação de possibilidades para a inserção do idoso. Cria-se, portanto, o mito de uma

velhice negativa, pela contraposição dos valores predominantes na sociedade, embora muitos dos valores atribuídos ao idoso representem uma visão equivocada dessa etapa da vida. Por esse motivo, as transformações na construção cultural sobre a velhice representam a aceitação das diferenças, o que acarreta mudanças quanto à predominância de valores reproduzidos socialmente. Uma forma de superar a complexidade que envolve a dependência do idoso é justamente a aceitação da diferença e o reconhecimento de suas potencialidades. “Se os idosos fragilizados ou incapacitados parecem impotentes, eles podem ser capacitados justamente por seu reconhecimento como pessoas responsáveis” (AGICH, 2008, p. 157).

A família tende a se organizar para ofertar os cuidados necessários ao idoso e, dessa forma, contribuir para o reconhecimento de suas potencialidades. O reconhecimento das potencialidades do idoso pode ocorrer no espaço doméstico, através do convívio intergeracional e também do desenvolvimento de sua subjetividade que significa a sua identidade pessoal e o papel que ocupa na família e na comunidade. A organização familiar também representa um momento de descobertas e de estabelecimento de vínculos familiares de natureza diversa, em que os filhos e netos podem vir a ocupar o papel de cuidadores.

Nunca permaneci como acompanhante no leito, mas agora vou ficar por solicitação do médico. Ele teve um agravamento da sua condição de saúde e por isso não para deitado. Ele tem risco de queda do leito. Eu e os filhos vamos permanecer ao seu lado (Familiar 01).

Depois da internação, ele continuará morando comigo e com os filhos. Caso a situação se agrave, meu filho falou sobre a possibilidade de contratar uma pessoa para cuidar dele. Eu estou velha para assumir tudo isso (Familiar 02).

Nós sempre fomos muito cuidadosas com ele, porque tivemos sempre o pensamento de retribuir tudo o que fizeram pela gente. Está mais do que na hora de cuidarmos dele, principalmente agora que está necessitando. Não podemos abandoná-lo. Esse é o pensamento de todos os filhos. Nós estamos sempre em “roda” (Familiar 09).

A gente se organiza para vê-la; uma fica, depois a outra fica. Necessitamos contratar uma pessoa para cuidá-la, pois já não consegue fazer mais nada. A irmã mora com ela. Ficou com ela quando o meu pai faleceu. Nós somos muito unidas e sempre nos ajudamos (Familiar 04).

O dia a dia é muito corrido, mas, como ela mora perto da minha casa, às vezes, eu passo lá. Não posso ir todos os dias, pois o meu marido tem Alzheimer e fica durante o dia em um asilo. Pela manhã, às 6 horas, quando vou trabalhar, o levo. Depois, quando eu saio do serviço, eu o busco. Parece uma creche. Dessa forma, fica difícil vê-la todos os dias, por isso pensei em contratar um cuidador (Familiar 05).

Teremos de ter mais cuidados. Nós precisaremos contratar uma pessoa para ficar permanentemente com ela. Eu até parei de trabalhar, porque a gente não encontrou ninguém que se dispusesse a cuidar dela. Não seria a mesma coisa que a gente cuidando dela (Familiar 07).

A minha filha pega o dinheiro e com o que ela precisar ela gasta. Eu tenho tudo dentro de casa. Tenho médico, remédio e carro para me locomover. Caso precise ir ao hospital, meu genro me leva ou os meus netos. Tudo é com eles e não me falta nada. Aliás, me falta o mais importante que é a saúde (Sujeito 11).

As preocupações dos familiares referem-se à organização quanto ao período pós-hospitalar, à organização durante o período de hospitalização do idoso e à contratação de cuidadores. Essas preocupações parecem ser motivadas pela intenção de “não abandonar” o idoso nesse momento complexo que representa a hospitalização e que pressupõe o agravamento das condições de saúde do paciente. A permanência de uma acompanhante no leito está garantida pelo Estatuto do Idoso através do artigo 16, que reafirma que: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante [...]”. Entretanto, constata-se que, muitas vezes, esse direito passa a ser reconhecido pelas equipes de saúde como uma exigência, principalmente nos casos em que os idosos encontram-se acamados e dependentes. Camarano (2013) ressalta esse aspecto contraditório entre o documento legal e a leitura realizada pelas equipes de saúde na produção bibliográfica intitulada “Estatuto do Idoso: avanços com contradições”.

Embora o referido artigo refira-se ao direito a acompanhante, os hospitais, em especial os públicos, estão exigindo a presença contínua de um acompanhante. Este passa a ser responsável por tarefas antes exercidas por funcionários do hospital, como dar banho e alimentar o idoso. Ou seja, a preocupação do Estatuto em “proteger” o idoso e manter os vínculos familiares resulta em mais responsabilidade e sobrecarga sobre os seus familiares (CAMARANO, 2013, p. 20).

A autora posteriormente ressalta a importância de serem realizadas mudanças no Estatuto e destaca a necessidade de ser revista a participação da família na vida do idoso para além de uma realidade que coloca a organização familiar como estratégia central, em todos os sentidos. Para tanto, seriam necessárias também alterações no artigo 3º, parágrafo 5º, que cita: “[...] a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto das que não a possuam [...]” (BRASIL, 2003). Evidencia-se a responsabilização das famílias pelo cuidado ao idoso independentemente da inexistência de vínculos familiares e da própria história de vida dos sujeitos. Essa responsabilização evidencia-se no ambiente hospitalar quanto às demandas dos usuários e às demandas institucionais através de suas contradições e objetivos tão distintos como o bem-estar do idoso e a liberação de leitos hospitalares. Com relação à inexistência de vínculos familiares em detrimento da história de vida dos sujeitos, mesmo com o predomínio dessas condições, as famílias tendem a participar da hospitalização do idoso e, principalmente, do processo de organização e tomada de decisão com relação à alta hospitalar a pedido das próprias instituições. A tomada de decisão também torna-se responsabilidade da família e ocorre

principalmente quando o idoso encontra-se mais vulnerável e frágil em razão das condições de saúde em que se encontra.

Neste caso, o Estatuto responsabiliza a família pelo cuidado do idoso dependente, sem lhe oferecer nenhuma ajuda. Dados os valores culturais, o cuidado recai sobre a mulher, ou seja, desresponsabiliza o Estado da função de cuidar, mas lhe atribui a responsabilidade de fiscalizar e punir. Isto significa desconsiderar as mudanças na família, no papel social da mulher e no envelhecimento da própria população idosa (CAMARANO, 2013, p. 21).

Por outro lado, a organização familiar realizada no período de hospitalização pode servir como base para o planejamento dos cuidados no período pós-hospitalar, tais como: a realização de visitas frequentes, a atribuição de tarefas, o revezamento para execução delas e a contratação de um cuidador. Ressalta-se a disponibilidade dos familiares entrevistados no que se refere à execução de atividades novas, decorrentes das transformações consolidadas na rotina das famílias. Verifica-se, também, a ocorrência de estímulo aos vínculos, já consolidados pelo convívio mais intenso, o que possibilita o estabelecimento de relações intergeracionais.

Como o estudo objetivou identificar os significados do processo de hospitalização, tanto para idosos como para familiares, evidencia-se a participação da família nesse período e, em razão disso, pode-se observar o planejamento acerca do período pós-hospitalar. As reinternações frequentes caracterizam a identidade dos idosos entrevistados nesse espaço de tempo, no qual se verifica um predomínio do adoecimento sob outros aspectos da vida cotidiana. Em razão do acesso aos serviços de alta complexidade e de sua frequência, alguns familiares manifestaram o não planejamento do período posterior à hospitalização devido à prévia organização familiar.

Como ela ficou internada por diversas vezes, nós já possuímos uma noção do que ela necessita, principalmente com relação à alimentação. Ela permanece internada porque ela está recebendo um antibiótico. No momento em que acabar a dosagem da medicação, ela retornará para casa. Daí já volta à rotina dela novamente e a nossa de cuidados também. Tem um irmão nosso que dorme na casa com eles e toma todos os cuidados necessários (Familiar 10).

Já somos sócios do hospital há muitos anos. A gente sempre vem aqui e é bem atendido. Hoje ficarei aqui até tarde e à noite não precisa. Quando ele voltar para casa, continuaremos nos organizando quanto aos cuidados, pois já temos uma rotina do que ele precisa (Familiar 02).

A frequência da realização das internações determina o estabelecimento de uma rotina familiar e um planejamento prévio acerca do cotidiano marcado pelo acesso contínuo aos

serviços de alta complexidade. A inserção da hospitalização na vida cotidiana das famílias incide sobre os significados atribuídos a esse processo, devido ao estabelecimento de uma rotina e às próprias relações constituídas no ambiente hospitalar.

Para além do cuidado hospitalar, os significados da hospitalização para idosos e familiares aparecem como uma alternativa diante da vivência do processo de adoecimento, pelo sentimento de segurança proporcionado pela rede de atenção criada em torno das condições de saúde do idoso. Consta-se a transversalidade da hospitalização como elemento comum aos sujeitos entrevistados, e condicionante para o entendimento sobre outros aspectos que envolvem a vida cotidiana, como: a compreensão dos idosos sobre a velhice, sobre a rede de apoio familiar, sobre perspectivas futuras e sobre o processo de dependência. A frequência em que ocorre o acesso aos serviços de alta complexidade – hospitalização – contribui para a ressignificação desse processo, no qual se evidencia a existência de rotinas preestabelecidas e o distanciamento do espaço doméstico. Os significados da hospitalização encontram-se condicionados à percepção social de que representa alternativa central diante das fragilidades ocasionadas pelo processo de adoecimento, visto essa que representa uma construção social, mas também demonstra a necessidade de interlocução do Estado com o fenômeno do envelhecimento populacional e suas interfaces.

3.4 Rede de suporte social ao idoso dependente: a centralidade da organização familiar

O acesso da população aos serviços de saúde apresenta progressos, em razão de uma nova concepção de saúde socializada através dos programas e iniciativas voltadas à prevenção e que, conseqüentemente, objetivam melhorias na qualidade de vida. Ainda sobre o campo da saúde, muito tem sido realizado pelas unidades básicas, através do atendimento das necessidades de comunidades específicas, também privilegiando iniciativas voltadas à socialização de informações e à prevenção de doenças, resultados positivos que contribuem para o prolongamento da vida.

A vivência dessa etapa da vida está condicionada a uma série de fatores que delimitam suas características e que podem ser bastante subjetivos. Protagonizar esse momento da existência humana com qualidade de vida pressupõe condições financeiras estáveis, acesso à saúde, alimentação e moradia adequadas, relações familiares e lazer. Esses condicionantes são oportunizados pelo Estado, pela família e pelo próprio sujeito e tendem a influenciar na vivência dessa etapa da vida. Para Moragas (2004, p. 18), “A idade constitui um dado

importante, mas não determina a condição da pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam”.

Para caracterizar a vivência dessa etapa da vida, associada à participação social, a OMS definiu uma concepção do que representa o conceito de envelhecimento ativo. O envelhecimento considerado ativo está diretamente interligado à questão da participação contínua e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo, ou seja, de exercer a independência e a autonomia na tomada de decisão. Permite, conforme Seandolara (2012, p. 64), que “as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades [...]”. O envelhecimento ativo pode aplicar-se tanto aos sujeitos quanto a grupos populacionais e contempla em sua concepção a heterogeneidade da velhice. A vivência do envelhecimento ativo pode ser realizada tanto por idosos independentes e autônomos como por aqueles que apresentam certa dependência para a realização de atividades diárias.

A existência de políticas públicas voltadas à população a partir de 60 anos destaca a materialização de conquistas como a Política Nacional do Idoso – PNI (BRASIL, 1994), que almeja assegurar os direitos desse contingente populacional, garantindo a sua participação efetiva no meio social, tendo como pilares a família, o Estado e a sociedade. O Estatuto do Idoso privilegia a convivência com familiares, ao mesmo tempo que se configura como um importante aparato regulador da negligência e dos maus-tratos. A materialização do Estatuto ainda encontra-se distante de ser efetivada, em decorrência do desconhecimento da própria população em relação a sua existência e/ou ao seu conteúdo. Destaca-se a inexistência de legislação específica destinada aos idosos acometidos por patologias, ao mesmo tempo que se visualiza o início de um movimento de discussão entre diferentes setores, para a criação de espaços voltados à formação de uma rede de suporte social ao idoso dependente. Esse movimento ocorre no Município através da formação de um grupo de trabalho composto por profissionais de diferentes hospitais de Porto Alegre. A formação desse grupo sinaliza uma preocupação dos profissionais com a rede de suporte social ao idoso dependente, e tem por finalidade a garantia de melhoria nas condições de vida do idoso no período pós-hospitalar.

A atual normatização que garante a criação e a manutenção de Instituições de Longa Permanência (ILPIs), denominada de Regulamento Técnico para Funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, restringe a inclusão de idosos totalmente dependentes, mesmo aqueles considerados mais vulneráveis. O Regulamento Técnico define as modalidades de ILPIs conforme o grau de

dependência/independência do idoso: a modalidade 1 contempla idosos independentes; a modalidade 2 atende idosos dependentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle de profissionais da área da saúde; e a modalidade 3, que pode ser considerada a mais complexa, possibilita o atendimento de idosos dependentes que necessitem de assistência total em pelo menos uma atividade diária.

O atendimento em instituições de longa permanência encontra-se normatizado pela Portaria 073, de 2001, que dispõe sobre as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, as quais são complementares à Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Esse documento apresenta uma série de iniciativas destinadas a contemplar os idosos em suas múltiplas demandas e está organizado por modalidades. As modalidades de atendimento ao idoso presentes na Portaria são: residência temporária, família natural, família acolhedora, república, centro de convivência, centro dia, casa lar, assistência domiciliar e atendimento integral institucional. Cada modalidade de atendimento apresenta critérios de inclusão para ingresso da população idosa e o documento dispõe de normas para funcionamento desses serviços, inclusive no que se refere à sua estrutura física. O estabelecimento dessas normas representou uma importante iniciativa para a materialização dos princípios da PNI (BRASIL, 1994), ao se aproximar do contexto dos idosos brasileiros e também de suas singularidades.

Quanto às modalidades de atendimento à pessoa idosa, algumas destinam-se a idosos dependentes, como as residências temporárias, os centros-dia, a assistência domiciliar e o atendimento integral institucional. As residências temporárias são denominadas locais para moradia destinados a idosos dependentes ou semidependentes e tem como um de seus objetivos “Oferecer à família que cuida do idoso dependente ou semidependente a oportunidade de suspensão temporária dessa sobrecarga face a sua situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2001, p. 5). A justificativa para a criação das residências temporárias é a existência de um número significativo de idosos com alta hospitalar sem condições de retorno imediato ao espaço doméstico. Diferencia-se da assistência domiciliar que exige a presença de um cuidador previamente identificado, ao prestar atendimento ao idoso mesmo nas situações em que o membro familiar encontra-se incapacitado de exercer a tarefa do cuidado temporariamente. O tempo de duração da moradia provisória é de 60 dias, dentro dos quais é estimulada a organização familiar para a manutenção do idoso no espaço doméstico.

Diferentemente das residências temporárias, os centros-dia deveriam atender idosos dependentes e independentes que, por carências diversas, não podem ser atendidos em seu

domicílio, como no caso da ausência de familiares. Um dos objetivos do programa é manter os idosos junto às famílias, sendo que eles apresentam diminuição da capacidade funcional e não dispõem de condições de receber atendimento integral em domicílio. Nesse espaço, devem ser desenvolvidas ações de assistência, saúde, lazer, atividades sócio-ocupacionais, de acordo com a necessidade dos usuários. Em contrapartida, o atendimento domiciliar possibilita a criação de um espaço de prestação de serviços de acordo com as necessidades do idoso no espaço doméstico. Diferencia-se dos centros-dia pela possibilidade da tarefa do cuidado ser exercida junto à família no espaço comum a todos, a moradia. Destaca ainda mais a singularidade dos sujeitos pelo planejamento do cuidado ser realizado de acordo com demandas específicas e centralizadas em um único idoso. A manutenção das singularidades da pessoa idosa é um dos objetivos dessa modalidade de atendimento à pessoa idosa, que depende da presença de um cuidador.

O atendimento integral institucional ao idoso constitui-se na alternativa mais acessada pelas famílias e pelos idosos, em detrimento da oferta de serviços, principalmente aqueles com características privadas. É destinado a pessoas idosas dependentes ou não e também pode ser público. Embora, no caso do idoso dependente e especificamente no município de Porto Alegre, essa modalidade não exista em seu caráter inteiramente público.

Ainda sobre a constituição da rede de suporte social no município de Porto Alegre, constata-se a inexistência de residências temporárias para idosos e os centros-dia atendem apenas idosos independentes. A Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) é responsável pela execução da política de assistência no município e apresenta um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos. O Serviço conta com grupos de convivência que organizam eventos e ações como o Fórum do Idoso e o Jornal do Idoso. Para além dos grupos de convivência, a Fundação conta com o projeto das casas lares para idosos que está em fase de implementação, que visa oferecer um espaço de acolhimento para idosos independentes e que estejam sem recursos para a manutenção de condições básicas de vida. Dessa forma, destaca-se a inexistência de ações organizadas pelo município e voltada para idosos dependentes. A sociedade civil, dessa forma, questiona-se sobre as alternativas aos idosos acometidos por patologias e também sobre a rede de apoio necessária para o fortalecimento da família, sinalizando a importância do acompanhamento familiar e da manutenção de cuidados específicos.

Nesse cenário, em que o envelhecimento populacional caracteriza-se enquanto uma transformação societária, o idoso tem ocupado um papel importante em diferentes espaços, dentre eles na família. A garantia do sustento familiar, atribuída ao rendimento do idoso,

também está relacionada ao fenômeno do desemprego estrutural que atinge principalmente os jovens. A dependência financeira da família não permite, muitas vezes, ao idoso usufruir do salário e/ou aposentadoria, podendo representar um distanciamento com relação à qualidade de vida, à realização de atividades de lazer e ao suprimento de necessidades básicas (WAJNMAN; OLIVEIRA, 2004). Por outro lado, o envelhecimento associado à vivência de certo grau de dependência também exige da família suporte financeiro para arcar com os custos que envolvem o próprio uso dos serviços de saúde, a compra de medicações, a institucionalização, a necessidade de cuidados específicos, a remoção e o tratamento de saúde, de uma forma geral.

Algumas alternativas para o acompanhamento de idosos dependentes têm sido discutidas pelos profissionais da Saúde e Assistência, como a criação de Casas de Acolhimento e a disponibilização de leitos de longa permanência nos hospitais. Todas essas alternativas estão direcionadas a um acompanhamento a ser realizado fora do espaço doméstico. Atualmente, fazem parte da rede de suporte social voltada para o idoso dependente as ações realizadas por equipes da atenção domiciliar, a qual se configura como principal alternativa às reinternações frequentes e aos cuidados específicos a serem administrados ao idoso, acometido por patologias no espaço doméstico. Entretanto, ainda encontra-se bastante territorializada e limitada a idosos que possuem um cuidador que se responsabiliza pelo acompanhamento realizado pela equipe de atenção domiciliar. A atenção domiciliar no âmbito do SUS tem como diretrizes: a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade da assistência; a constituição de equipes multidisciplinares e interdisciplinares; e o estímulo à participação da comunidade e dos profissionais envolvidos.

Os idosos e familiares entrevistados também foram questionados com relação à rede de suporte social acessada; apenas 20%, 3 idosos, manifestaram ter recorrido alguma outra ferramenta da rede. Nesse caso, todos os 3 idosos manifestaram terem recorrido à farmácia do estado, sendo que não foi realizada qualquer menção a outras formas de atendimento como projetos sociais, instituições de longa permanência, encaminhamentos ao Conselho do Idoso ou a participação em grupos de convivência. Esse dado revela a centralidade da hospitalização na vida dos sujeitos, o desconhecimento ou o desinteresse com relação aos encaminhamentos a serem realizados através da rede de apoio existente e a fragilidade do suporte social ao idoso. Quanto aos que já fizeram ou continuam acessando à farmácia do estado, constata-se a transversalidade do adoecimento na vida dos sujeitos e uma relação com a saúde voltada ao tratamento e à cura de patologias. Nenhum dos idosos e familiares entrevistados relatou qualquer atendimento por parte do Serviço Social. Realidade que consolida ainda mais o

desconhecimento acerca dos direitos sociais e reafirma uma organização familiar prévia decorrente de internações contínuas. São esses mesmos idosos e familiares que relataram desconhecer os documentos legais, principalmente a PNI e a PNSPI, sendo que todos expressaram “nunca ter ouvido falar”. Com relação ao Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a maioria dos entrevistados, 83%, sabe de sua existência, mas relata desconhecer o seu conteúdo. Todo esse contexto reafirma a realidade das reinternações frequentes e os significados atribuídos a hospitalização. Esse acesso permeia a fragilidade da rede de suporte social, a centralidade na família, o desconhecimento acerca dos direitos sociais e dos documentos legais que norteiam a atual configuração do envelhecimento populacional.

No Brasil, a proteção social para o idoso está garantida através da Constituição de 1988, no artigo 230, quando reconhece como dever da família, da sociedade e do Estado a proteção das pessoas idosas, sendo assegurada a participação comunitária e a promoção de sua dignidade e bem-estar (BRASIL, 1988). No Estatuto do Idoso, a proteção social é garantida através da prioridade de atendimento nos serviços públicos, no acesso gratuito a medicamentos, na proibição de reajustes em planos de saúde por idade e nos transportes urbanos e interestaduais. O marco político institucional que orienta as políticas sociais dirigidas a esse segmento da população é a Política Nacional do Idoso, que prevê a organização de Conselhos e a participação de organizações governamentais e não governamentais no atendimento e oferta de serviços (BRASIL, 1994). Portanto, cabe ao Estado, às instituições e ao Sistema Único de Saúde a oferta de serviços de saúde, bastante utilizados pelos idosos devido à frequência dos atendimentos e internações (CAMARANO; 2004).

Afinal, como pensar saúde sem a compreensão dos aspectos biopsicossociais, dispensando uma atenção adequada em relação às condições de vida da população? Por isso, ressalta-se a importância da terminologia “envelhecimento ativo” quanto à consolidação de novas práticas que redimensionam a Política de Saúde do Idoso. Ainda, constata-se a precariedade da rede de suporte social voltada ao idoso considerado dependente. No atual contexto, considera-se como rede de suporte social ao idoso acometido por patologias a organização familiar, a hospitalização, a institucionalização, a judicialização da demanda (encaminhamento aos órgãos competentes) e a atenção domiciliar. A atual conformação da rede de apoio pode ser visualizada através da expressão oral dos sujeitos entrevistados e do cotidiano profissional, sendo esse marcado por tensões entre demandas institucionais, demandas dos usuários e desafios profissionais.

A família pode ser considerada rede de apoio primária. A família tem circulado pelos diversos espaços sociais e tem adquirido um papel de destaque, no que se refere à organização para a superação de situações complexas, como a dependência e o agravamento das condições de saúde da pessoa idosa. Destaca-se o importante papel da família na recuperação do idoso em processo de adoecimento e, principalmente, a sua participação no período de hospitalização. A família tende a organizar-se quanto à manutenção de cuidados específicos a serem administrados no espaço doméstico ou em instituição especializada. Apesar da relevância de seu papel social, destaca-se a necessidade da criação de uma política destinada ao atendimento integral à família.

No que se refere à organização familiar estratégica, destaca-se a compreensão de que a realidade vigente permite a reflexão a partir de uma construção coletiva da sociedade. Reitera-se que não há concordância com uma visão padronizada de família, que lhe atribui um modelo específico, compreendendo as suas formas de organização através de transformações. Constata-se a sua relevância enquanto coletivo e a sua força como fator motivacional para a organização dos movimentos de resistência.

Os estudos relacionados à família e dedicados ao desvendamento de suas particularidades, cada vez mais, adquirem destaque. A organização familiar é bastante dinâmica e encontra-se atrelada ao contexto histórico no qual está inserida. Nesse cenário, novos condicionantes são impostos ao âmbito familiar, fruto dos contextos de crise econômica e dos aspectos culturais. A família configura-se como um importante espaço de promoção do convívio intergeracional, permeiam suas relações laços de solidariedade, amizade e de vínculo bastante intensos. É na família que dificuldades são superadas, através do estabelecimento de relações protetoras.

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

Existem duas etapas da vida em que a presença da família torna-se fundamental para a própria sobrevivência, a infância e a velhice, associadas à dependência e à perda de autonomia. A velhice, quando acompanhada por uma debilidade acentuada, propagadora de limitações físicas que geram dependência para a realização de atividades diárias, exige cuidados redobrados a serem dispensados por profissionais capacitados e/ou pela família, a qual acaba por responsabilizar-se com a atenção a ser dispensada.

A superação de conflitos e problemáticas que se desenvolvem no interior do contexto familiar faz com que a organização coletiva de seus membros busque alternativas e formas de enfrentamento. Em decorrência do processo natural de envelhecimento, com o passar dos anos, no interior da família, novos papéis são atribuídos: os pais deixam de garantir os cuidados necessários à sobrevivência de seus filhos para promover a educação dos netos, enquanto os filhos tornam-se os provedores da progressiva existência humana das figuras paternas. Mesmo não participando do processo produtivo, os idosos ainda são grandes garantidores do provimento financeiro e responsáveis pela renda mensal da família brasileira. As necessidades humanas ainda são vislumbradas através da promoção dos mínimos sociais, enquanto a provisão social básica encontra-se se distante da realidade dos cidadãos (PEREIRA, 2008).

Do ponto de vista do idoso, principalmente nas situações associadas à dependência física, os vínculos familiares são estritamente importantes, pois, além da garantia da sobrevivência, permitem a formulação de novas expectativas de vida que promovem o prolongamento existencial. A solidão associa-se a um risco maior de institucionalização do idoso, ao agravamento de patologias e, conseqüentemente, à finitude existencial.

Devemos, no entanto, considerar quem é a família do velho. Para um bebê, a família pode se resumir ao pai e à mãe. Para um adolescente, ela será ampliada, acrescentando-se irmãos, tios, avós, primos, etc. O mesmo acontece para o adulto jovem. À medida que vamos envelhecendo, vemos a família se alterando e, em especial, a posição de cada membro dentro dela. Os papéis vão se modificando e a relação de dependência torna-se diferente. Para o velho, a família passa a ser os filhos, os netos, os bisnetos e os outros parentes de idades inferiores à dele. Ele, que já teve filhos sob seu cuidado e dependência, agora é quem necessita de assistência e torna-se mais dependente (ZIMMERMAN, 2000, p. 51).

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

Quando o idoso já não possui autonomia para realizar escolhas, a família tende a optar pela manutenção dos cuidados no espaço doméstico ou pela institucionalização em lares de longa permanência. A organização familiar e a institucionalização são considerados elementos da rede de suporte social ao idoso dependente. A organização familiar constitui-se como principal elemento dessa rede, pois é considerada rede de apoio primária. A família tem

circulado pelos diversos espaços sociais e tem adquirido um papel de destaque, no que se refere à organização para a superação de situações complexas, como a dependência e o agravamento das condições de saúde da pessoa idosa.

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

A judicialização da demanda representa uma estratégia adotada tanto pelas famílias quanto pelas equipes de saúde. Refere-se à vivência de um momento complexo ou de um conflito, como a pertinência da realização de cuidados específicos e a inexistência de recursos para a manutenção dessa atenção integral no espaço doméstico ou em instituição especializada. Nesses casos, cabe ao assistente social a emissão de um relatório social que tem por objetivo comunicar as entidades competentes, como o Ministério Público e a Promotoria de Direitos Humanos, sobre toda a situação vivenciada para a realização de encaminhamentos e acompanhamento destas experiências.

A hospitalização pode representar para a família uma oportunidade de estabilidade, devido aos tratamentos despendidos para com o idoso, que estão relacionados à segurança, ao zelo, ao convívio, à saúde e, principalmente, à atenção das equipes de saúde. Destaca-se, quanto às características dos familiares que participam do processo de hospitalização do idoso, uma preponderância de pessoas do sexo feminino, filhas e esposas, em comparação à incidência de pessoas do sexo masculino (ANDREATTA, 2011). A hospitalização também se torna elemento da rede de suporte social e estratégia frente às mudanças ocasionadas pelo adoecimento.

Ao longo do período de hospitalização, a presença da família contribui não só para a manutenção de cuidados essenciais, mas também com a possibilidade de serem formuladas pelos idosos novas expectativas em relação ao tratamento. No estudo denominado “Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso” (ANDREATTA, 2011), os idosos entrevistados manifestaram, através de depoimentos, a importância da permanência de seus familiares durante a hospitalização, compreendida principalmente enquanto um “estímulo”. Os familiares demonstraram participar ativamente do período de internação dos idosos, como também manifestaram as formas de organização referentes ao período pós-hospitalar.

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

As discussões atuais sobre a rede de suporte social, destinada ao idoso dependente, devem ser fomentadas pela realização cada vez mais expressiva de abordagens investigativas, que contemplem os idosos acometidos por patologias. Configura-se como desafio na prática profissional o desenvolvimento de ações voltadas ao idoso dependente, em contrapartida à ausência de recursos e à precariedade dos meios existentes.

4 A ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE: ALTERNATIVAS ÀS REHOSPITALIZAÇÕES

Para além da hospitalização, enquanto importante rede de apoio aos idosos acometidos por patologias, o estudo se propôs a investigar a atenção domiciliar enquanto parte da rede de apoio existente. Nesse contexto, a atenção domiciliar é entendida como uma alternativa à centralidade da hospitalização do idoso, principalmente pelas suas finalidades estarem relacionadas ao princípio da integralidade que representa um dos alicerces do SUS. Neste capítulo, além das potencialidades da atenção domiciliar enumeradas pelos próprios profissionais da equipe, ressaltam-se suas limitações, principalmente no que se refere à existência de critérios de exclusão que cerceiam a amplitude das ações e a inexistência de recursos materiais disponíveis. A atenção domiciliar é vista também sob o olhar de dois pacientes idosos, vinculados ao Programa pesquisado e que sintetizam, de alguma forma, o trabalho realizado através do atendimento em domicílio, auxiliando no processo de discussão sobre novas perspectivas da área da saúde.

Neste capítulo, também são abordados os aspectos contraditórios da atenção domiciliar como a relação entre integralidade em saúde e a sobrecarga familiar. A ampliação da atenção domiciliar é discutida através do Programa Melhor em Casa, que estabelece a atenção domiciliar como principal alternativa as rehospitalizações frequentes. Destaca-se outro aspecto contraditório da atenção domiciliar em razão da relação entre humanização do atendimento e a diminuição de custos. Evidencia-se a realização de uma problematização entre possibilidades e desafios da atenção domiciliar, evidenciando-se as tensões entre suas finalidades e critérios de inclusão e em contraste com as experiências descritas.

4.1 Contexto da atenção domiciliar: perspectivas e desafios no âmbito do SUS

No Brasil, a atenção domiciliar é fruto de um processo histórico de transformações na área de saúde e está relacionada ao contexto da Reforma Sanitária. Na década de 20, observa-se um primeiro movimento da atenção domiciliar realizado mediante o trabalho de enfermeiras visitadoras, que tinha por objetivo conhecer epidemiologicamente a população. A atenção domiciliar só foi constituída como um conjunto de projetos em nível nacional através da Portaria 2.416, de 23 de março de 1998 (BRASIL, MS, 1998), que considerou as contribuições da internação domiciliar para a humanização do atendimento e acompanhamento dos pacientes dependentes do hospital, e priorizou a desospitalização

mediante a consolidação dos atendimentos domiciliares. Essa portaria já indicava a existência de prioridades para a inserção dos pacientes na modalidade. Dentre esses critérios, destaca-se o quesito idade, acima de 65 anos, e as reinternações frequentes (pelo menos três no mesmo ano e pela mesma causa).

Portanto, constata-se que esse documento representa um marco para a atenção domiciliar no Brasil e relaciona diretamente os atendimentos em domicílio com a questão da desospitalização. Observa-se, também, que já havia uma preocupação na época em que a Portaria foi criada com a questão do envelhecimento populacional e, principalmente, com as reinternações frequentes realizadas por idosos, o que culminou com o estabelecimento de prioridades.

Com o advento da “Portaria da Desospitalização”, foram criadas diversas experiências autônomas no país, inclusive a do Programa de Atenção Domiciliar pesquisado. Essa Portaria foi substituída posteriormente pela Portaria 2.529, de 2006, e atualmente pela Portaria 963, de 27 de maio de 2013, que está em vigor e, como mencionado anteriormente, estabelece os parâmetros para as equipes de atenção domiciliar. Define que a atenção domiciliar é substitutiva aos leitos de baixa e média complexidade, complementar à rede básica, e deverá contemplar os pacientes agudos e crônicos agudizados (em crise e que necessitam de atendimento por um tempo limitado). Também prevê o atendimento aos pacientes crônicos complexos, que representam os pacientes “moradores de Hospital e UTI”, e que apresentam um tempo indeterminado de atendimento, o que pressupõe uma hospitalização a longo prazo. Todos os sujeitos vinculados ao programa devem possuir condições clínicas de receber o atendimento em domicílio, primeiramente a ser garantido pela equipe de saúde e posteriormente pelas unidades básicas e pela família.

A atenção domiciliar apresenta como diretrizes a integralidade e a humanização, que envolvem aspectos como a centralidade da atenção básica como ordenadora dos cuidados, a articulação com outros pontos de atenção à saúde, a estruturação conforme os princípios de ampliação do acesso, acolhimento e equidade, adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e dessa forma, estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos. Conceitos contemporâneos, como a integralidade e a humanização, dependem de ações concretas e representam um desafio profissional. A integralidade e a humanização na saúde pressupõem debates mais ampliados, que vão além de uma assistência curativa e de aspectos biológicos e perpassam diversos fatores como os modos de organização social e a responsabilização do Estado sobre uma política de saúde integrada.

A saúde passa a ser entendida como resultante dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de diversos fatores, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. Cabe assim ao Estado dar condições efetivas para que a saúde possa garantir melhores condições de vida, refletindo na alimentação, lazer, transporte, emprego, moradia, por meio da luta cotidiana e do exercício ao direito de cidadania (HOFFMANN, 2011, p. 24).

A compreensão sobre a organização social e a participação do Estado, assim como, sobre sua responsabilidade com relação à política de saúde contribuem para a percepção acerca de suas implicações cotidianas, principalmente quanto à influência com relação às condições de saúde dos sujeitos. A integralidade está presente no Sistema Único de Saúde através de seu caráter universal, oriundo da descentralização político-administrativa e de uma responsabilidade do Estado, na garantia de que todos sejam atendidos. Entretanto, pode-se visualizar na prática que, contraditoriamente, alguns de seus princípios acabam sendo superados devido à longa espera por atendimento em locais inapropriados; à superlotação que condiciona as internações prolongadas nas unidades de emergência; à necessidade de contratação de mais profissionais diante da natureza dos serviços prestados; e/ou à indisponibilidade de atendimento especializado, que inviabiliza o tratamento do paciente em seu município de origem. Pode-se incluir também, no que se refere aos recursos humanos, o desafio da educação permanente em saúde, que permite maior qualificação profissional, visão do todo e entendimento do sistema. Quanto ao idoso, todos esses condicionantes inerentes a um atendimento universal em saúde acabam por ser ainda mais temerosos, em se tratando de uma parcela populacional que tem utilizado com mais frequência o atendimento de alta complexidade.

A Portaria 2.529, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, MS, 2006), utilizou-se dos princípios e diretrizes da Lei 8.080/90, universalidade do acesso, integralidade de atenção e descentralização político-administrativa, para instituir a internação domiciliar no âmbito do SUS. A internação domiciliar é compreendida como o conjunto de atividades desenvolvidas no domicílio a pessoas que exijam intensidade de cuidado e que possam receber esse tipo de atendimento fora dos hospitais. As equipes multiprofissionais são compostas por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem e destaca-se, também, a presença de equipes de apoio compostas por outros profissionais de nível superior. Os idosos devem ser prioritariamente contemplados por ordem de eleição e dependem de avaliação médica. Ressalta-se a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais que compõem as equipes e que se encontram vinculados aos hospitais e unidades básicas de saúde, contudo as

ações empreendidas não contemplam os pacientes com necessidade de enfermagem intensiva e que são considerados ainda mais vulneráveis. Um dos critérios para a inclusão na modalidade é a presença contínua de um cuidador que se responsabilize integralmente pelo paciente e que esteja à disposição da equipe (BRASIL, MS, 2006). A internação domiciliar é uma modalidade de atendimento em domicílio e contempla os sujeitos que necessitem de um atendimento mais contínuo. O Programa de Atenção Domiciliar pesquisado é um exemplo de internação domiciliar vinculado a uma instituição hospitalar.

A Portaria 963 (BRASIL, MS, 2013), de 27 de maio de 2013, substitui a Portaria 2.529, que institui a atenção domiciliar e as portarias posteriores que alteraram e acresceram dispositivos, tais como: a portaria 2.029, de 24 de agosto de 2011; a portaria 2.527, de 27 de outubro de 2011; e a portaria 1.533, de 16 de julho de 2012. A Portaria 963 classifica a atenção domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2013). As alterações realizadas pelo documento incidem sobre a constituição das equipes de atenção domiciliar e contribuem com o incremento de mais profissionais. Apesar da atenção básica ser compreendida como central para a organização dos serviços de saúde, o documento não prevê que esse seja um dos requisitos para a criação de serviços de atenção domiciliar municipais. São requisitos para que o município possua um serviço de atenção domiciliar estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e possuir hospital de referência. Dessa forma, a Portaria se contradiz ao ressaltar a importância da atenção básica para a organização do setor saúde e não referenciar como requisito para a criação de serviços de atenção domiciliar à presença de uma Unidade Básica de Saúde. Por esses motivos, destaca-se que o advento da Portaria esteve acompanhado por avanços e contradições, oriundas dessa proximidade e ao mesmo tempo distanciamento com relação à atenção básica.

Diante dessa redefinição, compreende-se por atenção domiciliar: “[...] um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013). Dessa forma, essas ações têm como objetivo:

A reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

Cada programa de atenção domiciliar é constituído por duas equipes diferenciadas: a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). A EMAD é a principal responsável pelo cuidado e é constituída por: um ou dois médicos, um ou dois enfermeiros, três ou quatro técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta ou assistente social. Com o intuito de apoiar as atividades desenvolvidas pela equipe responsável pelo atendimento, a EMAP tem uma composição mais reduzida, pois conta com a presença de três profissionais que podem ser escolhidos entre as ocupações de: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. A intervenção dos profissionais da EMAP ocorre a partir da demanda da equipe responsável pelo atendimento, que avalia a pertinência da contribuição de profissionais da equipe de apoio, conforme as necessidades das famílias.

A atenção domiciliar é dividida por modalidades conforme a necessidade de cuidados; para realizar essa inserção, é necessária uma avaliação das condições de saúde dos sujeitos. Na modalidade de Atenção Domiciliar 1 (AD 1), o público atendido é o compreendido pelos sujeitos que apresentam problemas de saúde controlados e que não conseguem deslocar-se até o Posto de Saúde. Na modalidade de Atenção Domiciliar 2 (AD2), o público atendido corresponde aos sujeitos que convivem com patologias, que possuem dificuldade de locomoção até o Posto de Saúde e que necessitem do auxílio de terceiros. Ressalta-se que no caso da modalidade AD2 é indispensável a presença de um cuidador identificado. A modalidade de Atenção Domiciliar 3 (AD 3) corresponde aos cuidados a serem administrados continuamente e é destinada aos sujeitos que não conseguem locomover-se até o Posto de Saúde e que necessitam até mesmo de aparelhos para sobreviver. Também nesses casos faz-se necessária a presença de cuidador identificado e que esteja presente no momento da visita da equipe de saúde (BRASIL, 2013).

Essa classificação diz respeito ao momento em que ocorrem os cuidados em domicílio, no período pré-hospitalar e pós-hospitalar. No período pré-hospitalar, os atendimentos em domicílio ocorrem por intermédio da Atenção Básica, nos casos em que as unidades de saúde observam a necessidade de acompanhamento no espaço doméstico. Nessa lógica, permanecem os critérios de territorialização, conforme a capacidade de atendimento de cada programa de atenção domiciliar. O atendimento domiciliar é realizado através da modalidade AD 1 e AD 2, menos complexas e que contemplam os sujeitos que possuem problemas de saúde controlados ou que tenham uma impossibilidade física de remoção até as unidades básicas de saúde. Quando o sujeito encontra-se na modalidade AD 2 e migra para a modalidade AD 1, em razão da recuperação de suas capacidades físicas, a responsabilidade

sobre os cuidados em saúde fica a cargo da unidade básica de saúde e também do interesse do paciente em prosseguir com o acompanhamento médico. Dessa forma, constata-se o estabelecimento de uma relação direta entre a atenção domiciliar e a atenção básica, sendo que ambas se complementam ao proporcionar a integralidade do cuidado em saúde. Conforme o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, para contemplar as finalidades da atenção domiciliar, principalmente no que se refere a um atendimento humanizado em saúde, é fundamental uma atenção básica resolutiva.

Por fim, ressaltamos que para o bom funcionamento da Atenção Domiciliar como um modelo substitutivo e humanizado das práticas de saúde é essencial uma atenção básica qualificada e resolutiva. Mesmo quando o paciente está inserido na modalidade AD 2 e AD 3, isto é, quando a equipe de atenção básica não é a responsável direta pelo cuidado do paciente em Atenção Domiciliar, esta deve acompanhar e apoiar a EMAD e a EMAP no cuidado, caso o paciente em Atenção Domiciliar faça parte de sua população adscrita. Assim, quando o paciente estabiliza e migra da modalidade AD 2 ou AD 3 para a modalidade AD 1, a equipe de atenção básica deve assumir a responsabilidade sobre o seu cuidado (BRASIL, 2013, p. 6).

Ressalta-se a complementariedade das formas de atendimento, mesmo nas modalidades de atenção domiciliar 2 e 3. Entretanto, o atendimento realizado em domicílio após a alta hospitalar apresenta características mais complexas. No atendimento pós-hospitalar, geralmente, os sujeitos encontram-se mais dependentes (acamados) e os cuidados em saúde caracterizam-se pelo uso de equipamentos específicos, como a sonda para alimentação e o oxigênio domiciliar. A alta domiciliar da modalidade AD 3 é mais complexa em razão da manutenção de cuidados específicos e maior tempo de recuperação. Constata-se a ocorrência de cuidados em domicílio prolongado, em razão das condições de saúde e da falta de recursos comunitários e financeiros das famílias.

Os objetivos da modalidade de atenção domiciliar no âmbito do SUS centralizam-se em 4 eixos, quais sejam: desospitalização, a superação dos processos de “alta precoce”, a diminuição das reospitalizações e a humanização do atendimento e tratamento em saúde. A atenção domiciliar contribui com a “desospitalização” através de um atendimento realizado em domicílio, que contempla uma visão integral sobre o processo de adoecimento como o próprio reconhecimento dos recursos acessados pelas famílias. A pesquisa de mestrado intitulada *Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso* (ANDREATTI, 2011) demonstra a existência de uma ressignificação sobre a internação hospitalar, muitas vezes realizada em uma mesma instituição e considerada positiva pelos idosos do estudo. O desenvolvimento de processos de “alta precoce” sugere economicidade dos serviços prestados, urgência pela liberação de leitos e, ao mesmo tempo,

pode vir a ocasionar a rehospitalização. Tanto a desospitalização quanto a superação da “alta precoce” contribuem para a ocorrência de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações. O atendimento em domicílio contribui para a realização de um trabalho mais humanizado, sendo determinante para o alcance de seus objetivos a realização de uma intervenção interdisciplinar. Essa contribuição para o estabelecimento de uma visão integral em saúde evidencia-se através das experiências realizadas com os idosos, que possuem vínculo com a atenção domiciliar e que expressaram, durante os atendimentos realizados, essa visão mais humanizada dos cuidados em saúde.

A atuação das equipes de atenção domiciliar é variável, podendo ser desde as visitas realizadas no domicílio como também os cuidados mais intensivos com a instalação de um aparato médico-hospitalar de densidade. Os critérios de inclusão e exclusão são divergentes e definidos de acordo com as lógicas pertinentes a cada local. Geralmente, exige-se a presença de um cuidador previamente identificado, que se responsabilize pela manutenção dos cuidados no espaço doméstico. O cuidador é o responsável também por estar presente no momento em que os atendimentos em domicílio são realizados e configura-se como pessoa de referência para o recebimento de orientações sobre os cuidados em saúde. Durante os atendimentos em domicílio, o cuidador é capacitado para a tarefa do cuidar, que também pressupõe uma sensibilização com o processo de adoecimento, de tratamento, de recuperação e de reabilitação do paciente.

O trabalho desenvolvido durante o atendimento em domicílio centraliza-se em cuidados específicos e também nas rotinas das famílias. Durante o atendimento, são problematizadas as alternativas de cuidado diretamente relacionadas ao empenho que sejam colocadas em prática. A efetividade dos atendimentos realizados em domicílio depende da manutenção dos cuidados cotidianos. Entretanto, as famílias apresentam um cotidiano permeado por desafios decorrentes de um contexto mais amplo, permeado por carências diversas. Apesar das implicações do contexto histórico no qual as famílias encontram-se inseridas, observa-se um exercício profissional que se distancia dessa realidade e que se aproxima do controle social. Verifica-se também a atribuição de papéis à família, principalmente no que se refere à sua centralidade na garantia de direitos de populações diversas, dentre elas a de idosos. O seu papel de centralidade amplia-se ao ser depositada na família a responsabilização quanto à superação de contextos adversos. Ressalta-se também a heterogeneidade da família como uma estratégia para o exercício profissional em

contrapartida à normatividade e a estabilidade que predominam atualmente, conforme destaca Miotto (2004).

Assim, o exercício profissional com famílias ainda se movimenta através de processos pautados nos padrões de normatividade e estabilidade. Ou seja, as ações continuam calcadas na perspectiva da funcionalidade e relacionadas aos processos de integração e controle social. Dessa forma, tira-se de foco a discussão da família no contexto de uma sociedade desigual e excludente, fortalece-se, direta ou indiretamente, uma visão da família como produtora de patologia e busca-se a “pacificação artificial” das famílias (MIOTTO, 2004, p. 4).

No que se refere às atribuições das famílias e especificamente dos cuidadores quando inseridos na atenção domiciliar, destacam-se contradições entre as contribuições da socialização de conhecimento como uma estratégia para a manutenção do idoso no espaço doméstico e, por outro lado, à responsabilização exclusiva dos membros familiares, que apresenta a mesma finalidade. Por esse motivo, destaca-se um posicionamento nem messiânico e nem fatalista quanto à associação entre atenção domiciliar e alternativas à hospitalização. Esse posicionamento decorre também da falta de dados estatísticos que comprovem a diminuição do número de internações e de custos decorrentes das rehospitalizações. Mesmo nas situações em que a atenção domiciliar está vinculada à internação hospitalar, sendo esse um critério para inserção da pessoa idosa, não existem dados que comprovem a sua relação com a desospitalização. A qualidade do atendimento realizado em domicílio é garantida pela humanização do cuidado que sugere um novo conceito de saúde realizado através de uma aproximação com a realidade dos idosos e familiares. Por esse motivo, a doutoranda optou pela visualização desse processo, através do acompanhamento de duas visitas domiciliares.

As equipes de atenção domiciliar, vinculadas a uma instituição hospitalar específica, atendem sujeitos que não correm riscos de saúde em detrimento da desospitalização. Nesses casos, o atendimento em domicílio é realizado com o intuito de proporcionar o prosseguimento dos cuidados para além da hospitalização, e as ações adquirem um caráter de internação domiciliar.

As modalidades de atenção domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Ocorrem no domicílio e compreendem os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. No caso específico da internação domiciliar, esta deve atingir o conjunto de usuários possível, que possa beneficiar-se de cuidados no domicílio, que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser desospitalizado sem risco (BRASIL, 2006, p. 18).

O atendimento realizado no domicílio recebe algumas denominações, tais como assistência domiciliária, internação domiciliária e *home care*. A assistência domiciliária apresenta um caráter ambulatorial e, nesse modelo de atendimento, podem ser desenvolvidas diversas ações de caráter continuado. As ações têm por objetivo promover ou restabelecer a saúde e o bem-estar do público atendido, e, dentre as ações, destaca-se a visita domiciliar realizada por equipe multiprofissional, que pode ser realizada pelas unidades básicas de saúde. Diante dessa situação, determinado programa de atenção domiciliar só assume os cuidados quando a atenção básica não apresenta condições de fazê-lo, pela demanda excedente ou pela necessidade de contratação de mais profissionais, somente para mencionar alguns exemplos de demandas da saúde. Além da visita domiciliar, podem ser desenvolvidas ações como: consulta com profissional específico, realização de procedimentos definidos e acompanhamento sistemático também à família, com caráter orientativo. A assistência domiciliária pode se desenvolver durante a internação domiciliar, com vistas a promover a saúde dos sujeitos no contexto da habitação. Entretanto, a internação domiciliar envolve procedimentos mais complexos e exige a atenção em tempo integral ao sujeito com quadro clínico que dependa de um cuidado mais específico e individualizado (FUCHS, 2012).

A concepção de internação domiciliar sugere a assistência personalizada, centrada no assistido, envolvendo a família, contextualizada, com cuidados especializados, sistemáticos integrais e realizados no domicílio com supervisão e ação de equipe de saúde específica (FUCHS, 2012, p. 322).

A atenção domiciliar apresenta critérios para a sua constituição enquanto Programa, como: a existência de profissionais capacitados, suporte técnico e logístico, referência para atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida, referência ambulatorial, realização de procedimentos específicos e acompanhamento pós-alta em domicílio. Do ponto de vista político-institucional, Fuchs (2013) aponta duas motivações para a criação e desenvolvimento da atenção domiciliar, a redução de custos com as internações e o reordenamento do modelo técnico-assistencial. Esse reordenamento pressupõe o rompimento de práticas clínico-individualistas, centralizadas na cura de patologias e na hospitalização como única alternativa aos agravos de saúde. O trabalho desenvolvido através da atenção domiciliar contribui para o bem-estar e qualidade de vida do idoso acometido por patologia(s).

O trabalho é humanizado e busca a integralidade do cuidado. Dentro do domicílio, é possível perceber e auxiliar em outras dificuldades. O paciente idoso não é privado do convívio de familiar e da rotina. Não fica exposto a riscos “provenientes do ambiente hospitalar” e consegue fazer as adaptações necessárias ao cuidado. A atenção domiciliar confere a recuperação mais rápida e eficiente da autonomia do idoso e é capaz de envolver mais pessoas no cuidado e, de outra forma, constitui a rede de atenção por ser a transição entre rede básica e hospitalar (Fisioterapia).

O trabalho contribui para o bem-estar e a qualidade de vida do paciente idoso através de orientações e do acompanhamento do tratamento. Também informando constantemente à família e ao paciente sobre o que pode ser realizado para melhorar a qualidade de vida e prestar orientações sobre os recursos sociais, como através do encaminhamento aos órgãos competentes. É reforçada a prevenção de problemas que podem vir a surgir (Medicina).

O trabalho desenvolvido pela nutrição é direcionado aos pacientes com dificuldade de locomoção. O diferencial do trabalho é a assistência humanizada e integral ao paciente, contemplando a família e viabilizando o acesso aos medicamentos, materiais e insumos necessários. O paciente permanece no conforto de seu lar, evitando complicações relacionadas à hospitalização (Nutrição).

O trabalho qualifica o cuidado, à medida que estão orientados quanto aos seus direitos e rede de atendimento da qual possam acessar. As reuniões familiares permitem auxílio na organização do cuidado. O grupo auxilia para que tenhamos um espaço para os cuidadores, o que também qualifica a atenção prestada (Serviço Social).

Destaca-se o cuidado em saúde através de ações para além da cura e tratamento de patologias, mediante: o trabalho humanizado, a integralidade do cuidado, o convívio familiar e a manutenção da rotina, o envolvimento da família, o encaminhamento a rede de atenção básica através do trabalho realizado em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, a realização de orientações sobre os recursos existentes, a viabilização do acesso aos medicamentos necessários, a prevenção de riscos gerados pela hospitalização e o auxílio na organização do cuidado realizado através de abordagens coletivas realizadas no domicílio e em espaços de discussão, como a formação de um grupo de cuidadores. Os depoimentos revelam as particularidades profissionais e a contribuição de diferentes áreas nas ações que envolvem o cuidado em domicílio. Constata-se que a orientação familiar e a manutenção de cuidados em domicílio são aspectos comuns ao trabalho desenvolvido e envolvem todos os profissionais da equipe. Ações como a formação e o desenvolvimento de um grupo de cuidadores auxiliam nos aspectos comuns que envolvem a atenção domiciliar e pressupõem um entendimento em saúde para além da hospitalização, centralizado no convívio diário, na manutenção de uma rotina e na continuidade do estabelecimento de relações familiares.

O trabalho desenvolvido na atenção domiciliar pressupõe um perfil profissional engajado com os condicionantes que envolvem a saúde, que supera a lógica dos consultórios, atendimentos ambulatoriais e aqueles decorrentes da hospitalização. Representa uma junção desses serviços de saúde com a dimensão de uma intervenção realizada em domicílio, a qual sugere o conhecimento do profissional acerca da organização familiar, de sua rotina e de seus

desafios diários. A equipe de saúde insere-se no cotidiano familiar ao realizar suas ações em um espaço de convívio comum a todos; há o reconhecimento da história de vida das famílias e de seu papel determinante para as condições de saúde do idoso. A organização familiar está relacionada com a história de vida de seus membros e com a forma com a qual constituíram suas relações ao longo da vida.

Para além do histórico familiar e de um cotidiano permeado por carências diversas, a atenção domiciliar enquanto estratégia de intervenção supera o tratamento e a recuperação física, pois tem por finalidade o acesso à informação e aos direitos, realizado através da articulação com a rede de suporte social existente. São ações desenvolvidas no domicílio em caráter multidisciplinar, conforme relato dos profissionais entrevistados: atendimento multiprofissional, visitas domiciliares, orientações diversas, fornecimento de materiais e medicações, restabelecimento do vínculo do paciente com a atenção básica, desenvolvimento de atividades de educação para o cuidado, organização ergonômica, capacitação de cuidadores e ações de denúncia.

O atendimento multiprofissional (Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Fisioterapia) efetiva-se através da realização de reuniões semanais entre a equipe, sendo que os profissionais são divididos por grupos de trabalho, organizados conforme as características da população atendida. Assim como o atendimento multiprofissional, as visitas domiciliares também são realizadas regularmente, conforme avaliação da equipe e condições de saúde. Os sujeitos que necessitam de cuidados continuados, que dependem da organização familiar, podem receber visitas mais frequentes e regulares. As visitas tendem a diminuir conforme a orientação familiar e a melhora das condições clínicas.

As orientações realizadas em domicílio apresentam diferentes finalidades, como a socialização de informações sobre o uso de medicamentos, a realização de curativos e cuidados clínicos. São socializadas também orientações sobre a melhor forma de realizar os curativos, explicações sobre a utilização de sondas e o manejo de pacientes traqueostomizados (procedimento cirúrgico realizado em pacientes que apresentam insuficiência respiratória).

Observa-se um movimento para além da orientação, que inclui o fornecimento de receitas e de medicações, de difícil acesso nas Unidades Básicas de Saúde. Orientações gerais podem ser realizadas pelos profissionais que compõem a equipe e contribuem para o acesso à rede de suporte social existente, a uma alimentação adequada e à realização de fisioterapia motora no domicílio ou com profissional específico.

Após o recebimento da alta domiciliar, a continuidade do tratamento médico depende do contato com a atenção básica. Caso a unidade básica de saúde não contemple as

necessidades em saúde de determinado sujeito, este continua recebendo o atendimento em domicílio. Dessa forma, o vínculo com a atenção domiciliar permanece por tempo indeterminado. O restabelecimento do vínculo com a atenção básica ocorre através da marcação de consultas realizadas ao longo do período em que o sujeito permanece vinculado à atenção domiciliar, mas principalmente no período após a alta domiciliar, em que dará prosseguimento ao tratamento em saúde. No caso da alta domiciliar, as condições de saúde são informadas à unidade básica de saúde de referência, pela equipe do PAD (Programa de Atenção Domiciliar), como uma forma de vincular o sujeito e sua família aos recursos de saúde existentes.

A visita domiciliar é a técnica utilizada pela atenção domiciliar como forma de garantir o atendimento em domicílio. Faz parte da visita domiciliar o desenvolvimento de diversas ações, dentre elas a realização de atividades de educação para o cuidado e autocuidado; essas ações são realizadas pela equipe com a presença do cuidador responsável. O desenvolvimento de atividades de educação para o cuidado e autocuidado consiste em socializar informações e orientações sobre procedimentos específicos a serem realizados rotineiramente. Nesse momento, é estimulado o desenvolvimento da autonomia do sujeito através de sua recuperação/reabilitação e da manutenção das capacidades físicas e intelectuais que preserva.

Durante o desenvolvimento dessas ações de educação, pode ser realizada a avaliação quanto às atividades de vida diária, suporte familiar e socioeconômico e história de vida das famílias. A avaliação pode ocorrer ao longo de todo o processo que envolve a atenção domiciliária e tem início com a assinatura do Termo de Compromisso do cuidador, sendo efetivada em todas as visitas domiciliares realizadas.

A organização ergonômica do domicílio tem como objetivo auxiliar na recuperação física e envolve o familiar nas tarefas de cuidado. Essa forma de organização altera a disposição dos móveis e contribui com melhorias na estrutura do domicílio, que possam vir a contribuir na recuperação e, conseqüentemente, evitar situações pontuais, como quedas, que podem provocar o agravamento de condições de saúde. As alterações mencionadas fazem parte do treinamento e capacitação de cuidadores.

Além dessa atividade, o treinamento de cuidadores é realizado ao longo de todas as visitas domiciliares e auxilia os cuidadores e demais familiares a responsabilizarem-se pelo cuidado de forma consciente e da melhor maneira possível. Os cuidadores devem estar dispostos e cientes da importância de seu papel para o desenvolvimento dos cuidados em domicílio e para a manutenção do paciente no espaço doméstico, evitando, dessa forma, as

reinternações. Pode ocorrer, durante o treinamento, a necessidade de ser realizada reunião de familiares com o intuito de delegar papéis e provocar o envolvimento familiar para que todos os membros da família participem da tarefa do cuidado. A efetividade dessas abordagens depende do grau de envolvimento e sensibilização da família quanto ao adoecimento e também às estratégias de superação.

Além das ações desenvolvidas especificamente no domicílio, os profissionais da equipe destacaram a importância da realização de seminários permanentes, que auxiliam os próprios profissionais a dar continuidade a um processo de educação permanente e fomentam a multidisciplinaridade.

Para além das visitas domiciliares, as ações de denúncia aos órgãos competentes ocorrem quando são evidenciadas situações de extrema vulnerabilidade como a violência, negligência e maus-tratos. Podem ser acionados órgãos como a Delegacia do Idoso, o Ministério Público, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), a Delegacia da Mulher, o Conselho Tutelar etc.

O Assistente Social que compõe a equipe de atenção domiciliar pode contribuir com o trabalho multidisciplinar preconizado, através de saberes particulares, auxiliando na análise das condições locais e da organização familiar, tais como questões habitacionais, sociais e culturais. O profissional, nesse contexto, observa a singularidade que compõe a vida do usuário, como questões territoriais, a partir de uma contextualização mais ampla da realidade, mediante a constatação de processos gerais vivenciados em sociedade, como a questão das pré-concepções estabelecidas sobre a velhice e que geram, muitas vezes, processos de exclusão e situações de violência, abandono e isolamento social.

Além disso, o profissional pode auxiliar na vinculação do idoso e cuidador com a equipe e com o atendimento disponibilizado, através de ações de sensibilização quanto à continuidade do trabalho desenvolvido. No que se refere ao Serviço Social, suas referências histórico-conceituais partem do entendimento da profissão enquanto uma totalidade histórica, ou complexo de determinações, que transformam as suas determinações constitutivas e na totalidade como profissão; ao mesmo tempo, exerce influência nas transformações qualitativas das totalidades concretas em que se insere (CARDOSO, 2007).

Um dos desafios profissionais para o Assistente Social inserido nas equipes de atenção domiciliar refere-se à ampliação dos critérios de inclusão, mediante a constatação de que os idosos mais vulneráveis são aqueles que não dispõem de cuidadores e que necessitam de cuidados contínuos a serem administrados a longo prazo. Critérios como a necessidade de o paciente idoso encontrar-se estabilizado, a existência de infraestrutura adequada no domicílio

e a presença de um cuidador responsável limitam a abordagem com idosos que se encontram à mercê de agravantes como a solidão, a pobreza e a saúde debilitada.

Atualmente, observa-se a incorporação da atenção domiciliar ao programa do governo federal denominado “Melhor em Casa”. O Programa Melhor em Casa representa uma importante iniciativa que estimula a criação de um número mais elevado de equipes de Atenção Domiciliar e as incorpora à Rede de Atenção às Urgências (Programa SOS Emergências), através da Portaria 1.208, de 18 de junho de 2013. O estabelecimento dessa relação entre o Programa Melhor em Casa, que incorpora a atenção domiciliar, e o Programa SOS Emergência tem por objetivo a diminuição do número de pacientes aguardando por atendimento médico nas emergências, a redução da incidência das internações/reinternações e de internações consideradas desnecessárias, o abreviamento das hospitalizações e a humanização do cuidado (BRASIL, 2013).

Em razão dessa incorporação, cada hospital que compõe o Programa SOS Emergências contará com uma equipe de atenção domiciliar. Essa incorporação também permite a contratação de mais profissionais para compor as equipes e pode incidir na ampliação do acesso aos serviços.

Entre os objetivos da integração destacam-se a busca ativa de pacientes elegíveis, o apoio e matriciamento das equipes do hospital para identificação destes usuários e a desospitalização segura e efetiva, articulada e integrada com a rede de saúde do território³.

O principal objetivo do Programa é a diminuição do número de hospitalizações e, principalmente, a redução de custos gerados pelas mesmas. O Portal do Ministério da Saúde informa que o desenvolvimento da atenção domiciliar poderá contribuir com “a economia de até 80% dos custos de um paciente, quando comparado ao custo desse mesmo paciente internado em um hospital”⁴.

Entretanto, em princípio esses dados não podem ser comprovados pela inexistência de dados estatísticos que certifiquem a relação entre a atenção domiciliar e a diminuição do número de internações. Destacam-se outros avanços do Programa caracterizados como benefícios pelo Ministério da Saúde, tais como: a ampliação da assistência no SUS a pacientes com agravos; o bem-estar proporcionado pela assistência no domicílio e sua relação com a recuperação física do paciente; a redução de infecções de pacientes no pós-operatório; e

³ PROGRAMA Melhor em Casa. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidada/melhor-em-casa> Acesso em: 12 dez. 2013.

⁴ PROGRAMA Melhor em Casa. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidada/melhor-em-casa> Acesso em: 12 dez. 2013.

melhorias na gestão e regulação dos serviços de urgência, em detrimento do incentivo ao atendimento em domicílio⁵.

Os avanços conquistados pelo incentivo às ações de atenção domiciliar culminam com o estabelecimento de uma nova forma de prestar assistência em saúde. No caso do idoso, constata-se sua influência sobre os serviços de saúde ofertados, pela grande demanda oriunda das doenças crônico-degenerativas e pela procura por atendimento especializado. Todo o processo de manutenção de cuidados em saúde envolve uma equipe profissional comprometida com a promoção de melhorias na qualidade de vida de idosos bastante debilitados.

Como a própria concepção de saúde envolve diferentes aspectos, o exercício profissional em caráter multidisciplinar contribui para a materialização de uma visão integral em saúde e evidencia o sujeito como um todo articulado. A própria organização da sociedade influencia nas condições de saúde do idoso brasileiro, pois está relacionada a diferentes valores que particularizam uma população jovem e em constante movimento, portanto sinaliza uma direção contrária à etapa da vida compreendida como velhice.

A velhice constitui uma etapa vital que pode ter elementos de desenvolvimento pessoal, embora este desenvolvimento esteja em direção contrária aos valores predominantes na sociedade atual: força de trabalho, poder econômico e político. Os idosos podem oferecer pouco a estes valores, mas o tema importante numa sociedade democrática e pluralista consiste em saber se os valores de uma minoria – população produtiva ativa – devem dirigir os valores de uma maioria (crianças, jovens, desempregados, idosos) – população não produtiva passiva (MORAGAS, 2004, p. 31-32).

A inserção social é um dos desafios do exercício profissional, pois atinge todos os segmentos populacionais e pressupõe um contexto mais amplo que sugere a relação com questões culturais, mas também com os interesses da sociedade e os valores que perpassam a sua constituição, assim como sinalizam carências diversas. A socialização de conhecimento, que permite uma aproximação com essa inserção, ocorre também no trabalho realizado com idosos que necessitam de cuidados específicos, como os contemplados pelos serviços disponibilizados pela atenção domiciliar. Essa socialização de conhecimento pode ser realizada através do acesso à rede de suporte social, à participação em abordagens grupais e em fóruns de discussão como o Conselho do Idoso, através do compartilhamento das situações vivenciadas que assinalam a troca de experiências; tais ações representam tentativas de romper com essa concepção de direção contrária. Entretanto, ressalta-se que a inserção

⁵ PROGRAMA Melhor em Casa. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidada/melhor-em-casa> Acesso em: 12 dez. 2013.

social do idoso acometido por patologias é um tema complexo, pois se observa a urgência de iniciativas e a concretude de pré-concepções estabelecidas sobre a própria velhice, que sugerem o estabelecimento do “[...] mito da velhice como etapa negativa, que se baseia em pressupostos incertos” (FROEMMING, 2012, p. 198).

A reversão de uma concepção negativa sobre a velhice, e, principalmente, de uma velhice associada ao adoecimento, perpassa as ações de cuidado que envolve não só a utilização de procedimentos técnicos específicos, mas da rede de suporte social existente e da criação de outras iniciativas a serem materializadas através da participação em espaços coletivos. A formação das equipes em saúde e a compreensão da relevância do entendimento sobre integralidade possibilitam a realização de um trabalho multidisciplinar, que busca a superação de desafios como a fragilidade da rede de suporte social existente. Evidencia-se a relevância da multidisciplinaridade na materialização das ações das equipes de atenção domiciliar mediante a associação entre saúde e trabalho coletivo, em destaque no Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012), elaborado pelo Ministério da Saúde para esclarecer as ações empreendidas pelos serviços de atenção Domiciliar.

O trabalho em saúde resulta de um processo coletivo, realizado por um conjunto de profissionais com núcleos de saber específicos e distintos, faz-se necessário ressaltar a atuação em equipe no cuidado domiciliar. Além da busca por romper com a prática fragmentada do trabalho em saúde e atuar com a visão centrada no usuário (BRASIL, 2012, p. 02).

Além dos procedimentos em saúde, administrados através de uma relação médico/paciente, são realizadas orientações com as famílias mediante uma relação que se configura enquanto uma parceria constituída por meio da assinatura de um termo de responsabilidade, que caracteriza o início deste tipo de atendimento específico. Os depoimentos dos profissionais que compõem a equipe de atenção domiciliar evidencia a existência de dificuldades de ordem diversa, e que podem ser subdivididas em desafios institucionais e desafios no espaço doméstico.

As principais dificuldades encontradas referem-se aos recursos materiais, ao deslocamento e à falta de estrutura na Atenção Primária do Município de Porto Alegre (Medicina).

As dificuldades estão relacionadas ao despreparo dos cuidadores, às condições de moradia inadequadas, às condições socioeconômicas das famílias, à cognição dos cuidadores, e à sobrecarga da responsabilidade assumida por apenas um cuidador; geralmente do sexo feminino e na grande parte das vezes trata-se de pessoa idosa também e a dificuldade de acesso a outros serviços da rede de assistência, como as Unidades Básicas de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e a realização de fisioterapia em centros distantes das moradias (Técnico de Enfermagem).

As dificuldades referem-se ao transporte, poucos profissionais, locais de difícil acesso como as zonas de tráfico e violência, pouca formação especializada e pouca valorização (Nutrição).

A principal dificuldade é o transporte deficiente e a demora de alguns fluxos dentro da rede municipal de serviços de saúde (Coordenador).

As dificuldades são inúmeras, como o transporte insuficiente e em precárias condições, a fragilidade da rede de atenção, pois nem sempre conseguem dar continuidade ao acompanhamento após a alta do PAD e o espaço pequeno para a realização das atividades (espaço físico) (Serviço Social).

Quanto às dificuldades pode ser citado: o número baixo de profissionais no serviço, a falta de adaptações ergonômicas nos domicílios, assim como dificuldades de acessibilidade, falta de entendimento dos processos e do comprometimento de pacientes e cuidadores (Fisioterapia).

Para cada desafio profissional, foram apontadas alternativas para a sua superação, conforme a exposição dos diferentes profissionais do estudo. Dentre as alternativas, destacam-se: a continuidade do atendimento em domicílio, a crença dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido, a mediação entre o hospital e a rede básica, a socialização de conhecimento que auxilia na prevenção de agravos e no estímulo para a realização do cuidado e do autocuidado, o encaminhamento a órgãos competentes e a socialização de conhecimento que proporciona a compreensão sobre a existência de direitos sociais. Os desafios e as alternativas profissionais podem ser visualizados no quadro a seguir, que sintetiza os aspectos que envolvem a atenção domiciliar.

Quadro 5 – Desafios e alternativas profissionais da atenção domiciliar

Desafios profissionais	Alternativas profissionais
Recursos insuficientes (locomotoção e espaço físico).	Continuidade do atendimento no domicílio/ Reconhecimento sobre a importância do atendimento domiciliar (menor risco de infecções e recuperação mais rápida).
Fragilidade da Atenção Primária do Município.	Mediação entre o hospital e a rede básica.
Despreparo dos cuidadores.	Socialização do conhecimento que objetiva o bem-estar do paciente (prevenção de agravos e o estímulo ao autocuidado).
Condições de moradia precárias.	Encaminhamento aos órgãos competentes e a socialização de conhecimentos sobre direitos sociais.
Condições socioeconômicas das famílias.	Encaminhamento aos órgãos competentes e a socialização de conhecimentos sobre direitos sociais.
Sobrecarga dos cuidadores.	Humanização e integralidade do cuidado/ Mediação entre o hospital e a rede básica.

Escassez de profissionais.	Continuidade do atendimento no domicílio/ Reconhecimento sobre a importância do atendimento domiciliar (menor risco de infecções e recuperação mais rápida).
----------------------------	---

Fonte: A Autora (2014)

Não verificou-se no posicionamento dos participantes a menção à falta de reconhecimento em relação ao seu trabalho pelos demais profissionais, embora essa realidade esteja presente, sendo, portanto, um desafio profissional. Uma das principais dificuldades para a inserção dos idosos hospitalizados está relacionada à não realização da solicitação para a avaliação dos profissionais da equipe de atenção domiciliar. O atendimento em domicílio só ocorre através da solicitação do médico assistente, sendo que, quando esse processo não acontece, os sujeitos acabam por não vivenciar essa experiência. Salienta-se que a atenção domiciliar não possui a visibilidade almejada, realidade que dificulta a compreensão sobre suas finalidades. A reinserção dos sujeitos no PAD após a alta domiciliar depende da realização de uma nova internação e de uma nova avaliação. Constata-se a existência de um “percurso extenso” entre a internação hospitalar e o aceite da equipe de atenção domiciliar, sendo esse um trabalho a ser realizado de forma conjunta entre os profissionais da saúde. Esse processo poderia ser abreviado através da visibilidade quanto aos aspectos que envolvem a atenção domiciliar e que sinalizam à importância da informação. A divulgação de informações quanto aos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, assim como, o direito à informação das pessoas assistidas sobre as suas condições de saúde (BRASIL, MS, 1990).

Evidencia-se o reconhecimento dos profissionais com relação a desafios institucionais e quanto ao contexto em que se encontra inserido o público-alvo das ações. Quanto aos desafios inerentes ao espaço doméstico, sinaliza-se a existência de condições adversas decorrentes das condições socioeconômicas das famílias. Dentre esses desafios, destaca-se a inexistência de condições básicas que possam garantir perspectivas de vida às famílias e que são fundamentais à sobrevivência, como a higiene, o saneamento básico, a alimentação, dentre outras. Outro desafio presente nos serviços de atenção domiciliar refere-se à extensão dos atendimentos realizados e das famílias contempladas devido a critérios territoriais. Essa realidade permite a realização de um questionamento quanto ao alcance dos serviços prestados e sobre a consolidação da atenção domiciliar enquanto estratégia para além da hospitalização do idoso. A organização familiar, a continuidade do cuidado no espaço doméstico, a ser realizada por membro da família, e a precariedade das condições encontradas

nos domicílios são as principais dificuldades mencionadas pelos profissionais no que se refere aos desafios do atendimento no lar. Para que os desafios do espaço doméstico sejam superados, os profissionais recorrem à rede de suporte social existente e nesse momento atentam para a sua fragilidade, que se torna mais um desafio ao cuidado. Ao mesmo tempo, o convívio familiar constitui importante alicerce para a recuperação do paciente idoso em processo de adoecimento, para além do cuidado em domicílio. Assinala-se, pois, a existência de atribuições e responsabilidades do cuidador familiar e, conseqüentemente, a complexidade que envolve a tarefa do cuidado.

O cuidador familiar precisa lidar com uma série de emoções ligadas à situação atual e também se reposicionar diante de vínculos familiares, sociais e pessoais. O estresse do cuidador varia de pessoa para pessoa, de acordo com suas características pessoais e suas experiências de vida. O mesmo cuidador pode apresentar, também, diferentes níveis de estresse, no tempo da duração da doença de um familiar (BULLA, 2007, p. 51).

Uma das atividades desenvolvidas pelo programa de atenção domiciliar pesquisado é a capacitação para o autocuidado e dos cuidadores, desenvolvida por diferentes profissionais. Essa capacitação é realizada durante o atendimento no espaço doméstico e também através do grupo de cuidadores, que representa a materialização de um espaço coletivo fundamental para a socialização das diferentes histórias de vida. A participação no grupo de cuidadores ocorre mesmo após a alta domiciliar ou o próprio óbito. A criação desse importante espaço coletivo decorre da compreensão de que muitas das demandas do programa de atenção domiciliar constituem demandas familiares, pois o cuidador é o responsável pela manutenção do cuidado e convivência com necessidades diversas, do ponto de vista econômico, social e em saúde. Destaca-se nos depoimentos a sobrecarga dos cuidadores enquanto um desafio profissional. Entretanto, a sobrecarga dos cuidadores também representa um desafio familiar não só pela complexidade que envolve o cuidado e a responsabilidade das famílias pela manutenção dele, como também pelas condições socioeconômicas e as próprias condições das moradias. Por isso, pode-se dizer que a sobrecarga dos cuidadores está relacionada também com as condições financeiras e sociais que fazem parte do cotidiano das famílias, mas que não podem ser naturalizadas como condições inerentes à população de um modo geral. Nesse sentido, o encaminhamento a órgãos competentes e a socialização de conhecimento sobre direitos sociais representam possibilidades para a atuação profissional e estão associadas ao princípio da integralidade.

A relação entre saúde individual e familiar é notória: se por um lado os conflitos, interações e desagregações fazem parte do universo da família, interferindo

diretamente na saúde de seus membros, por outro, quando algum membro adocece isto tem efeito direto sobre os estágios do ciclo de vida familiar, sendo necessário que a família se organize para cuidar do familiar doente (BRASIL, 2012, p. 15).

Evidencia-se através das expressões dos profissionais que, embora existam condições adversas, principalmente quanto aos aspectos contraditórios que envolvem a responsabilização das famílias e a capacitação para o cuidado, elas podem ser superadas através da crença no trabalho desenvolvido e nos aspectos que envolvem suas ações, dentre elas a mediação realizada com a atenção básica e os encaminhamentos para os órgãos competentes. Sobremaneira, destaca-se que a atenção domiciliar pode ser compreendida como alternativa à hospitalização pelo comprometimento com a humanização e a integralidade do cuidado. Portanto, as ações são direcionadas através de finalidades que se aproximam de conceitos como a integralidade, um dos princípios do sistema único de saúde compreendido através da Lei 8080 (BRASIL, 1990) como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso. Entretanto, para além das ações em saúde, a integralidade pressupõe o entendimento do sujeito como ser real, que produz a sua história, sendo reconhecido o saber das pessoas e considerado o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2008).

As ações realizadas através do programa de atenção domiciliar pesquisado perpassam a integralidade em saúde, pelo reconhecimento do contexto em que os sujeitos encontram-se inseridos de forma individual e coletiva, sendo reconhecidas as demandas decorrentes do processo de adoecimento e as demandas relacionadas ao cotidiano das famílias. Destaca-se também que muitas dessas demandas não são supridas, apesar das alternativas profissionais mencionadas, em decorrência de um contexto mais amplo, em que não se visualiza a criação de mecanismos para além da responsabilização das famílias. Constata-se, portanto, a existência de políticas que reduzem a contribuição do Estado e aumentam a participação familiar, principalmente com relação à solidariedade de seus membros.

São políticas que apostam na capacidade de as famílias compensarem, a baixo custo, a redução da contribuição do Estado, reestruturado pela ordem neoliberal [...] Antes de mais nada, supõem a existência de membros da família disponíveis para o cuidado abstraído a redução do número médio de integrantes e o fato de que a disponibilidade para o trabalho doméstico é muito desigual entre as famílias, variando de acordo com a fase do ciclo de vida familiar, a composição e o tipo de família (BORGES, 2007, p. 203).

A presença de um cuidador presente e responsável pelos cuidados durante os atendimentos no domicílio não leva em conta os desafios mencionados, como a redução dos membros familiares e a distribuição desigual dos cuidados. Na prática, visualiza-se a participação dos demais membros familiares, principalmente quanto à sensibilização dos profissionais com relação ao cotidiano das famílias. Entretanto, observa-se uma padronização das práticas mediante a assinatura de termo de responsabilidade. Para exemplificar essa padronização, destaca-se o necessário preenchimento de outros instrumentos, que devem conter: dados de identificação, quadro clínico, descrição de todas as necessidades de insumos e equipamentos a serem utilizados no domicílio, estado de saúde/doença, exames realizados, intercorrências, identificação e contato do demandante, entre outras necessidades frente à especificidade de cada sujeito (BRASIL, 2011). O acesso ao serviço de atenção domiciliar pesquisado depende de avaliação médica realizada por profissional da atenção domiciliar, que averiguará critérios clínicos para a realização do acompanhamento no espaço doméstico. A hospitalização é critério para a inserção do idoso no Programa e representa a “porta de entrada” para a atenção domiciliar.

Dentre os critérios para a inclusão no serviço, além da existência de um cuidador que se responsabilize pela manutenção dos cuidados, destaca-se a ambiência domiciliar que padroniza os espaços domésticos: “minimamente adequado aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico para o uso seguro dos equipamentos” (BRASIL, 2012, p.18).

Ressalta-se, ainda, a exposição oral dos profissionais sobre os desafios para as diferentes áreas que compõem o serviço de atenção domiciliar pesquisado, quando mencionam as condições dos espaços domésticos e as associam com desafios para a prestação do serviço. Quando se recoloca essa questão no patamar de sujeitos que vivenciam o processo de adoecimento, visualiza-se a necessidade de que essas condições sejam garantidas e que outras condições se façam presentes no campo socioeconômico; e também no que diz respeito ao acesso à rede de suporte social.

Para delimitar os critérios que compõem a ambiência domiciliar, no âmbito da atenção domiciliar, a ANVISA publicou a Resolução nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que Prestam Assistência Domiciliar. Os critérios são: suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, espaço para o paciente com dimensões mínimas para um leito e equipamentos (ANVISA, 2006). Mesmo em condições domiciliares precárias, os atendimentos não deixam

de ser realizados pela equipe de atenção domiciliar pesquisada, mas todas as intervenções realizadas adquirem um caráter complexo e os cuidados passam a apresentar um perfil contínuo e, conseqüentemente, os pacientes tendem a permanecer mais tempo com a internação domiciliar.

O critério de ambiência domiciliar também é um limitador da capacidade de acesso da população de um modo geral, e em específico para as famílias que se encontram mais vulnerabilizadas. A qualificação dos espaços domésticos, através de condições de higiene e espaço adequados, torna-se um objetivo a ser alcançado quanto à materialização de condições mínimas de subsistência digna. Ressalta-se que é totalmente compreensível a elegibilidade deste critério, tanto para o paciente quanto para a equipe de saúde, que se refere à insalubridade. Esse é mais um dos exemplos a evidenciar a concepção de integralidade em saúde, compreendida como um conjunto de aspectos que envolvem a vida cotidiana. Constata-se a realização de uma associação entre o adoecimento e a realização de internações hospitalares por parte dessa população, que é reforçada pelo difícil acesso aos demais serviços de saúde.

4.2 A atenção domiciliar de alta complexidade: diminuição dos gastos em saúde ou humanização das intervenções para além do cuidado hospitalar?

O Programa de Atenção Domiciliar pesquisado está localizado em um hospital público de Porto Alegre e tem por objetivo prestar atendimento em domicílio no período pós-hospitalar. O planejamento quanto à possibilidade da realização do tratamento no espaço doméstico inicia com a avaliação das condições de saúde do sujeito ainda durante o processo de hospitalização. O Programa recentemente completou dez anos de existência e atualmente encontra-se em processo de expansão, com a incorporação ao Programa “Melhor em Casa”, do governo federal.

Na ocasião da criação do Programa, os serviços eram ofertados apenas para os pacientes da Emergência, em virtude da superlotação do setor, sendo que a desospitalização representava uma demanda da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Posteriormente, os serviços foram estendidos para os leitos de internação, fato que demarcou o início da expansão das ações. A inserção do paciente no Programa depende da avaliação do médico assistente, e esse representa ainda um desafio da atenção domiciliar vinculada a um serviço de alta complexidade.

Compõem o Programa vinte e três profissionais de diferentes áreas, como: Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia. Atualmente, as ações passam por um processo de reorganização, principalmente das equipes de trabalho, a fim de que haja a extensão dos atendimentos em domicílio. Para que essa extensão ocorra, novos profissionais estão sendo inseridos no Programa, pois as ações passarão a ser destinadas ao público-alvo da atenção básica. A relação entre atenção domiciliar e atenção básica é de proximidade, em virtude das semelhanças entre suas finalidades voltadas para um atendimento na comunidade e, principalmente, inserido no contexto dos sujeitos.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, destacam-se, para além dos critérios clínicos a serem avaliados pela equipe do programa de atenção domiciliar, critérios administrativos, tais como: residência no território de abrangência, consentimento do paciente ou cuidador e a presença de cuidador quando paciente apresentar algum tipo de dependência (ex.: paciente que se locomove apenas com auxílio e que não consegue realizar tarefas básicas como a higiene pessoal). Para além dos critérios clínicos e administrativos, o programa não inclui pacientes que necessitem de monitorização contínua ou de assistência contínua de equipe de enfermagem (tipo *home care*), realização de vários exames em sequência, necessidade de tratamento cirúrgico e aqueles pacientes que necessitem de medicações com potenciais colaterais.

O incentivo à formação crescente de equipes capacitadas em prestar o atendimento em domicílio, fruto da incorporação ao Programa “Melhor em Casa”, sinaliza perspectivas para o campo da saúde. Nesse contexto, a saúde é compreendida como uma prática para além do tratamento de patologias e a atenção domiciliar adquire a concepção de tratamento substitutivo e complementar aos serviços já existentes.

As ações realizadas pelo programa possibilitam a realização de tratamento específico para além das internações hospitalares e demandam o envolvimento da atenção básica, na manutenção de cuidados nesse importante espaço coletivo. Quando vinculada a uma instituição hospitalar específica, a atenção domiciliar é realizada através das modalidades AD 2 e AD 3, que apresentam um grau de complexidade mais elevado, em decorrência da necessidade de acompanhamento contínuo. Os sujeitos da modalidade AD 2 e AD 3 apresentam características semelhantes e caracterizam-se pela dificuldade de locomoção e condições de saúde instáveis. Pelo grau de complexidade, os cuidadores dos sujeitos das modalidades mencionadas necessitam obter um conhecimento mais específico sobre a manutenção de cuidados e são orientados continuamente pelas equipes. A complexidade das

condições de saúde e a realização de visitas domiciliares contínuas caracterizam os atendimentos efetivados, denominados de internação domiciliar.

As ações do programa são planejadas conforme as condições de saúde de cada sujeito. As visitas domiciliares apresentam um caráter programado e são previamente agendadas com as famílias. Os atendimentos são realizados semanalmente e apresentam um caráter contínuo. O tempo de atendimento é variável, dependendo não só das condições de saúde do sujeito como também do entendimento acerca do acesso aos recursos comunitários e às condições de vida das famílias.

O Programa de Atenção Domiciliar pesquisado possui seis equipes de saúde constituídas, sendo permitida a contratação de mais profissionais nas áreas do Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Medicina para constituir as equipes de referência (EMAD) e as equipes de apoio (EMAP). A existência de seis equipes fixas de referência possibilita o atendimento de segmentos como crianças e adultos. Quatro equipes são responsáveis pelo atendimento aos pacientes considerados adultos, por representar uma demanda significativa em detrimento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas.

Cada equipe atende simultaneamente cerca de quinze sujeitos, sendo a rotatividade dos atendimentos determinada pelo tempo de internação domiciliar. Constata-se a ocorrência de internações domiciliares de curta permanência, como no caso dos sujeitos que fazem uso de antibiótico. Por outro lado, também se ressalta a ocorrência de internações domiciliares mais prolongadas, que não possuem uma estimativa média de tempo de permanência no Programa e dependem das condições de saúde, da capacidade das famílias em prover suas necessidades e dos recursos comunitários, principalmente no que se refere à garantia de acesso à continuidade do tratamento, geralmente realizada através da atenção básica. Essas situações específicas exigem a realização de intervenções mais contínuas também por parte da equipe de apoio, diante da avaliação da necessidade de atuação de fisioterapeutas e assistentes sociais, conforme avaliação da equipe de referência.

São objetivos do Programa de Atenção Domiciliar pesquisado: criar condições para que o sujeito possa receber tratamento no domicílio; resgatar o cuidado coparticipativo que envolve os membros familiares transformados em cuidadores; e reintegrar paciente e família, através da sensibilização e organização quanto ao processo de adoecimento e de recuperação. Faz parte da metodologia de trabalho a elaboração de um quadro visível a todos os profissionais da equipe, que destaca os dados de todos os pacientes contemplados pelo Programa. A necessidade de elaboração desse quadro sinaliza a rotatividade dos

atendimentos, determinada pela realização da alta domiciliar, pelos óbitos e pelo ingresso de novos sujeitos.

Os sujeitos são considerados aptos a ingressar no Programa quando previamente avaliados por médico da equipe de atenção domiciliar. O atendimento em domicílio só é realizado após a alta hospitalar, que ocorre através da avaliação do médico responsável pela internação. Posterior à avaliação positiva, quanto à inclusão no Programa, o familiar é comunicado sobre a necessidade da assinatura de Termo de Compromisso para a manutenção dos cuidados em domicílio. Com a assinatura do termo, o familiar torna-se responsável pelo atendimento em domicílio e assume o papel de cuidador. Ou seja, pode-se dizer que sem o acompanhamento familiar a internação domiciliar não se efetiva, pois, dessa forma, não é firmado o compromisso entre equipe e cuidador. Cada sujeito possui um prontuário médico específico em que são realizadas avaliações sobre condições de saúde, encaminhamentos e rotina de cuidados. Tanto os sujeitos como seus familiares têm acesso a esse documento até mesmo nas visitas domiciliares realizadas.

Além dos critérios já mencionados para inclusão no Programa, representam outros critérios para inserção: pertencer à área de abrangência das ações; estar internado em um dos hospitais que compõem o aglomerado institucional; estar clinicamente estável e com diagnóstico e plano terapêutico definido; e possuir moradia fixa. Mesmo contemplando todos os critérios expostos, o atendimento em domicílio não é efetivado sem a presença de um cuidador, que se torne responsável pelos cuidados no espaço doméstico. A obrigatoriedade da presença de um cuidador justifica-se pelo perfil da população atendida, no que se refere à necessidade da realização de cuidados específicos e do uso de medicações como antibióticos, que exigem uma organização coletiva.

Quanto ao número de atendimentos realizados anualmente, no ano de 2013 cerca de seiscentos pacientes foram contemplados pelo Programa. Não há como realizar uma estimativa do tempo médio de internação domiciliar, pois em algumas situações observa-se o prolongamento das intervenções, principalmente pela fragilidade da rede de suporte social existente. Nesses casos específicos, verifica-se a necessidade de serem realizadas visitas domiciliares por profissionais capacitados.

O Serviço Social participa dos atendimentos domiciliares através da inserção dos profissionais nas equipes de apoio. A demanda dos profissionais que compõem a equipe de apoio é avaliada pelos profissionais das equipes de referência. Portanto, a participação do Serviço Social ocorre de forma complementar aos serviços de base, centralizados na prevenção, no autocuidado, no tratamento e na recuperação física diante da vivência do

adoecimento. Cerca de 40% das pessoas incluídas no Programa são acompanhadas pelo Serviço Social, sendo realizados encaminhamentos para a rede de apoio, como os Centros de Referência de Assistência Social e as Unidades Básicas de Saúde. Além dos encaminhamentos para a rede de apoio, o atendimento em domicílio contempla a realização de reuniões familiares, quando verificada a necessidade de organização/reorganização familiar e também a criação de um grupo de cuidadores, intervenção que pressupõe uma abordagem coletiva.

Ao longo dos dez anos do Programa, foram atendidas cerca de quatro mil pessoas que puderam ter acesso no espaço doméstico a um tratamento qualificado, realizado por equipe organizada, com o objetivo de promover a recuperação física do público-alvo do Programa. Os familiares foram incluídos na rotina de cuidados de forma consciente, através da socialização de conhecimentos específicos. Essa lógica substitui a organização para o período pós-hospitalar ainda em voga, que responsabiliza as famílias totalmente pelos cuidados, mas, ao mesmo tempo, não oferece condições de seus membros tornarem-se cuidadores conscientes. Nesse contexto restrito, as famílias são expostas a um contexto novo de transformações e descobertas, mas não são orientadas de forma prática a participarem do cuidado de forma efetiva, que significa o conhecimento/reconhecimento sobre as reais necessidades de seu familiar. A exposição a um contexto tão adverso, associado à fragilidade da rede de suporte social, sintetiza a vulnerabilidade social em que idosos e familiares tornam-se protagonistas.

A atenção domiciliar tem o intuito de superar os desafios impostos por uma realidade bastante complexa, que se tornam ainda mais explícitos nos serviços de alta complexidade, como a hospitalização. Nesse sentido, a internação domiciliar representa uma alternativa ao acesso contínuo à hospitalização, como forma de suprir as carências diversas vivenciadas no território (comunidade) e espaço doméstico.

Especificamente no que se refere às reinternações e o acesso à saúde protagonizado pela população idosa, que são temas desta tese, foi realizada a observação do trabalho desenvolvido pelo Programa especificamente com esse público. Os significados atribuídos pelos idosos à atenção domiciliar estão presentes ao longo deste capítulo, através dos fragmentos dos relatos de experiências correspondentes aos atendimentos em domicílio, dos quais a pesquisadora participou em duas visitas domiciliares realizadas durante o processo de coleta de dados. A preparação para a realização dos atendimentos em domicílio ocorreu na sede do Programa e demandou organização da equipe, principalmente com relação às finalidades de cada atendimento e também com os materiais a serem utilizados. A chegada da

equipe nas residências evidenciou o entendimento dos idosos e das famílias sobre a importância da realização do atendimento em domicílio. Nesse momento, observou-se a existência de uma relação de proximidade entre os profissionais da equipe, os idosos e familiares.

A inserção dos profissionais no ambiente familiar representado pelo espaço doméstico sugere o estabelecimento de uma relação consensual e, ao mesmo tempo, alinhada a objetivos comuns. No atendimento em domicílio, a participação da família e da equipe profissional ocorreu de forma conjunta, com o intuito de promover a recuperação física do idoso a longo prazo. Nesse sentido, as famílias foram estimuladas pela equipe a vivenciar a tarefa do cuidado através de uma maior participação no processo de tratamento e cuidado ao idoso. A existência de objetivos alinhados e comuns evidencia e explicita os princípios do acolhimento e da humanização. Os relatos abaixo feitos pela pesquisadora se referem a dois idosos atendidos pelo Programa.

Fomos conduzidos a uma residência próxima ao hospital. No local, fomos recepcionados por um dos membros da família, sendo ele identificado como cuidador responsável. Na casa, toda a família desenvolve suas atividades conforme rotina diária. A idosa vinculada ao serviço encontra-se em seu leito. No momento em que a equipe adentra ao espaço, percebe-se que o ambiente permanece inalterado, como se a visita realizada continuamente fosse parte do cotidiano daquele domicílio. De imediato, quando avista os profissionais, parece sentir um alívio e fala: “Que bom que vocês chegaram”. Parece estar aguardando pela equipe há bastante tempo, logo faz referência às suas comorbidades e as associa à dor e sofrimento (Sujeito 01).

Ao chegar à residência, a equipe é recepcionada por um casal de idosos. O Senhor C. é quem nos recebe tão calorosamente. A equipe é recebida com carinho semelhante a uma relação familiar. A equipe se insere no ambiente aos poucos. Todos se acomodam na sala (Sujeito 02).

A inserção da equipe ocorreu de forma natural nos espaços, realidade que se torna explícita através da manutenção das rotinas diárias das famílias. Ao mesmo tempo, constatou-se o envolvimento dos familiares ao longo do atendimento realizado principalmente do cuidador, previamente identificado mediante assinatura do Termo de Consentimento. O acolhimento evidenciou-se através da recepção aos profissionais da equipe e a facilidade com que eles foram incluídos no ambiente familiar. O estabelecimento de uma relação entre a equipe, os idosos e as famílias caracteriza o princípio da humanização. O atendimento em domicílio representou um momento significativo para os idosos, pois, nesse momento, puderam visualizar a sua inserção no contexto familiar, assim como a participação efetiva da família no processo de adoecimento e tratamento. Ao mesmo tempo, o atendimento em domicílio propiciou aos idosos incluídos no Programa um sentimento de protagonismo que se

origina através de um olhar mais atento para as suas necessidades. Nesse sentido, observou-se uma interlocução entre os idosos e seus familiares e entre os idosos e a equipe profissional, assim como entre os profissionais e o(s) cuidador(es). A atenção domiciliar contribui com o convívio intergeracional através do estabelecimento de relações e da inserção do idoso no contexto familiar. A maior participação das famílias quanto à manutenção dos cuidados explicita a inserção do idoso no contexto familiar.

Os depoimentos realizados pelos idosos referentes a vivência de sentimentos como “dor e sofrimento” e a sua associação com as rotinas das famílias, socializadas em conjunto com os profissionais da equipe, pressupõem a materialização de alternativas as práticas com famílias. Essas ações são mais dinâmicas, pois possibilitam a inserção dos profissionais no cotidiano das famílias. Essa forma de abordagem privilegia o sujeito enquanto parte de um coletivo, que pode vir a ser representado pela família, sendo ressaltados os aspectos da vida cotidiana, as histórias de vida, as subjetividades e também as necessidades de seus membros.

Questionamentos sobre as condições de saúde do idoso são discutidos ao longo do atendimento em domicílio com o próprio idoso e também com as famílias. Dessa forma, as decisões são problematizadas conjuntamente, devido à integração dos diferentes protagonistas ao processo de cuidados. Os idosos atendidos pelo Programa encontram-se mais debilitados e vivenciam cotidianamente um processo de dependência, que implica a perda de capacidade funcional, conforme as referências realizadas pelos idosos as implicações do processo de adoecimento e tratamento realizado.

A primeira referência que realiza é ao inchaço na perna, oriundo de uma cirurgia realizada para a recuperação de uma fratura decorrente de uma queda, motivo pelo qual tem realizado os cuidados em domicílio. Trata-se de idosa com 74 anos, que atualmente tem vivenciado dificuldades na realização das atividades diárias em razão de procedimento cirúrgico. Associado à recuperação tem vivenciado um processo depressivo, pois não consegue realizar as mesmas atividades de antes, e, por vezes, refere-se à desesperança que possui em relação a perspectivas futuras. Mesmo assim, insiste em manter as suas atividades habituais, contexto que não permite que sua recuperação avance conforme desejado. Despe-se de seus trajes e mostra as feridas que possui na região sacra. Demonstra acreditar ser proveniente das fraldas geriátricas utilizadas principalmente à noite. Ao falar das fraldas refere o desconforto vivenciado, sendo que, mesmo as utilizando prefere ir até o banheiro, como realizava costumeiramente. Adquiriu hábitos noturnos, pois se preocupa em não poder realizar suas atividades com a mesma velocidade e agilidade de antes (Sujeito 01).

Posteriormente, são medidos os sinais e a frequência cardíaca. O Senhor C. tem realizado tratamento com profissional da fonoaudiologia para dar continuidade aos cuidados em saúde, em decorrência das sequelas de um acidente vascular cerebral. A esposa do Senhor C. preocupa-se com os seus cuidados em saúde e acompanha o seu tratamento com afinco. Identifica-se como sua cuidadora, critério para inserção do Senhor C. no atendimento disponibilizado pelo Programa. O processo de adoecimento do Senhor C. coincidiu com as férias da cuidadora, fato que auxiliou na atenção dispensada. O Senhor C. segue o tratamento regularmente para além das

consultas ambulatoriais; realiza fisioterapia com frequência, conforme avaliação médica. Ambos comemoram o fato de conseguirem realizar a fisioterapia próxima à sua residência, devido às dificuldades que o Senhor C. ainda apresenta em locomover-se. Em decorrência do processo de adoecimento, não consegue mais dirigir e teve de afastar-se do trabalho (Sujeito 02).

São compartilhados com os profissionais aspectos da vida cotidiana dos sujeitos e que encontram-se bastante relacionados ao processo de adoecimento, como dificuldades para a realização de atividades diárias, a desesperança com relação a perspectivas futuras e a continuidade do tratamento. O aspecto comum para ambos os idosos é a diminuição da capacidade funcional que se evidencia através da falta de perspectivas e da incidência da dependência para a realização de atividades como a locomoção. Apesar de o aumento da dependência representar um aspecto comum entre os idosos, constata-se as diferenças quanto ao desenvolvimento do processo de adoecimento, sendo que o sujeito 01 ainda encontra-se em recuperação e o sujeito 02 já possui uma rotina quanto aos cuidados, decorrente da alta domiciliar. Por esse motivo, observa-se a existência de expressões mais conformistas no sujeito 01 no que se refere à vivência da dependência, apesar da tentativa de que sejam mantidas as atividades habituais.

Em ambos os contextos, constata-se um movimento de organização dos idosos em decorrência das transformações ocasionadas pelo processo de adoecimento e que impactam na realização de suas atividades. Essas alterações incidem sobre a subjetividade dos sujeitos, principalmente quanto à formulação de perspectivas futuras. As mudanças na rotina de idosos e familiares representam um momento novo e podem incidir sobre a organização familiar.

No primeiro relato, evidencia-se a adaptação da idosa ao seu processo de tratamento, recuperação e às novas condições de saúde impostas pela realização de um procedimento cirúrgico. A diminuição da frequência e agilidade para a realização das atividades e, conseqüentemente, de sua independência contribui para a inexistência de perspectivas futuras, assim como para a criação de estratégias de recuperação física.

A exposição do segundo relato demonstra maior organização familiar, que envolve uma percepção coletiva a respeito de alterações e adaptações na rotina, através da presença mais ostensiva da cuidadora nas tarefas. A equipe contribui com esse período de adaptação, tanto para idosos quanto para os familiares, através da realização de encaminhamentos e da tomada de decisão conjunta. O conhecimento acerca dos serviços de saúde e sua acessibilidade são alguns dos aspectos socializados durante o atendimento e que contribuem para a realização da alta domiciliar. Além da socialização de informações, as equipes de

atenção domiciliar podem realizar procedimentos específicos como: a medição da pressão e frequência cardíaca, a troca de curativos, a coleta de exames e avaliações diagnósticas.

Ao mesmo tempo em que gesticula, são medidos seus sinais, pressão e frequência cardíaca. Todos da equipe interagem com os demais membros da residência que permanecem em suas posições mantendo rotina diária; alguns assistem televisão, enquanto outros permanecem dormindo. Enquanto mostra as feridas, médico e enfermeira discutem provável diagnóstico e causa do processo alérgico. É orientada a elevar as pernas para diminuir o inchaço e para que futuramente possa caminhar normalmente. Relata que tem caminhado com dificuldade e é parabenizada pela equipe, que, dessa forma, estimula o processo de recuperação e o desenvolvimento de suas capacidades. Refere: “Eu aguardava ansiosamente por vocês”. A fim de diminuir a sua ansiedade, a enfermeira informa que os ferimentos têm um aspecto pequeno e tranquiliza a idosa, que não tem a dimensão dos motivos da sua dor (Sujeito 01).

Aos poucos, as dificuldades enfrentadas cotidianamente vão sendo superadas através de alternativas elencadas pela equipe, que ressalta um entendimento amplo sobre os condicionantes que envolvem a saúde e o processo de adoecimento. São realizados diversos questionamentos sobre o histórico das condições de saúde da Senhora L, principalmente no que se refere às formas de tratamento já acessadas. Sobre as condições atuais, a Senhora L refere não conseguir segurar a vontade de urinar. É solicitada a realização de um exame de urina, sendo recolhido no domicílio ou entregue diretamente na sede do Programa. Diante das expressões de sofrimento da idosa, a equipe solicita que outro familiar participe da avaliação (Sujeito 01).

Médico questiona o Senhor C. sobre as suas condições atuais de saúde, no que se refere à sua alimentação, medicação e os cuidados em domicílio. É estimulado pelos profissionais a continuar realizando exercícios no espaço doméstico e a estimular suas capacidades e autonomia (Sujeito 02).

Evidencia-se como uma das finalidades do atendimento contínuo realizado o estímulo a manutenção da independência através da preservação das subjetividades, que estão presentes nas rotinas diárias e os cuidados em saúde. A realização dos cuidados em saúde mencionados faz parte da avaliação sobre as condições de saúde dos idosos e pode contribuir com a diminuição do número de atendimentos emergenciais e internações hospitalares. O entendimento sobre os elementos que compõem o cotidiano dos idosos inseridos no Programa são essenciais para o estabelecimento de uma avaliação diagnóstica e tomada de decisão. Por outro lado, as orientações realizadas pelos profissionais e o caráter contínuo dos atendimentos em domicílio qualificam os cuidados no espaço doméstico e, conseqüentemente, contribuem para a permanência do idoso no domicílio, possibilitando maior tempo de convívio com seus familiares. Ressalta-se a participação da família em todo o processo, desde a inserção do idoso no Programa até a alta domiciliar.

Sobre a fala da Senhora L., o familiar chamado pela equipe para a realização de um atendimento conjunto relata que, por vezes, tem ouvido dela que não deseja mais viver e que gostaria de sofrer outra queda, pois assim resolveria seus problemas. Novamente revela o seu descontentamento diante das exposições reveladas e ressalta desconhecer perspectivas de ação. Aos poucos, o familiar revela uma rotina turbulenta, pois trabalha durante a noite e quando chega ao domicílio encontra a Senhora L. sentada e tem de auxiliá-la a realizar sua higiene. Para além dos hábitos noturnos, revela que a idosa não tem feito uso regular das medicações e tem mantido hábitos contrários às orientações já realizadas pela equipe. A Senhora L. nega as informações veementemente, ao mesmo tempo que o familiar utiliza de experiências diárias para exemplificar o contexto. No final do atendimento domiciliar, o familiar solicita que a equipe reforce as orientações à Senhora L., como uma forma de conscientizá-la e por apresentar uma esperança de que “Pelo menos a vocês ela ouve” (Sujeito 01).

Após os questionamentos, o Senhor C. e a sua esposa são comunicados da alta domiciliar. Fato que recebem com muita alegria e gratidão. É realizado um retrospecto do processo de adoecimento referente ao período pós-hospitalar. Sinaliza-se a progressão da qualidade de vida do Senhor C., ao mesmo tempo que se ressalta que persiste o desafio da continuidade do tratamento. As atuais condições de saúde do Senhor C. foram comunicadas à Unidade Básica de Saúde pela equipe. A Unidade dará prosseguimento ao acompanhamento. São fornecidas receitas médicas e a nota de alta. A família agradece pelo tempo de convívio, mas demonstra entendimento sobre o processo de saúde/doença e sobre o atendimento domiciliar (Sujeito 02).

O atendimento em domicílio contribui para a formulação de alternativas para a manutenção dos cuidados, como a solicitação para que a equipe reforce as orientações quanto ao autocuidado, a exemplificação realizada através de situações cotidianas e a retomada do processo que sintetiza a necessidade da continuidade do tratamento, através da vinculação com a atenção básica. Os sentimentos de esperança e gratidão prevalecem nas famílias diante do fortalecimento do planejamento e organização coletiva em prol do bem-estar comum, exemplificados através de expressões como “Pelo menos a vocês ela ouve” (sujeito 01) e “A família agradece pelo tempo de convívio, mas demonstra entendimento sobre o processo de saúde/doença”. Nesse momento, prevalece nas exposições a segurança proporcionada pela socialização de sentimentos e experiências diversas com os profissionais da equipe.

Conclui-se que a participação das famílias no processo de cuidado envolve a escuta às orientações, o diálogo a respeito da vida cotidiana, a organização familiar e, principalmente, um trabalho conjunto entre as famílias e os profissionais da equipe que reforça a inclusão de diferentes atores no processo de recuperação. Esse trabalho conjunto torna-se evidente através de um retrospecto realizado pelas famílias quanto às experiências no cuidado, no qual a equipe torna-se também ouvinte e contribui com a socialização de conhecimento sobre alternativas as práticas já consolidadas. Nas visitas domiciliares realizadas, ressaltam-se contextos diversos em razão das condições de saúde vivenciadas pelo sujeito 01 e pelo sujeito 02. No caso do sujeito 01, percebe-se a necessidade de um acompanhamento em domicílio

continuado, tendo em vista as condições de saúde da idosa e a própria organização familiar, ainda em processo de materialização. Quanto ao sujeito 02, destaca-se a conclusão dos atendimentos realizados, a alta domiciliar e também um momento de vinculação com a unidade básica de saúde. Para ambas as situações reveladas, prevalece o entendimento de que a atenção domiciliar representa a renovação da tarefa do cuidado e evidencia que ela torna-se viável no espaço doméstico.

5 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO TRABALHO COM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Para ilustrar as perspectivas do exercício profissional com idosos, este capítulo descreve as possibilidades e os desafios dos assistentes sociais entrevistados que se encontram inseridos na realidade sócio-ocupacional das instituições hospitalares. Destaca-se a importância da relativa autonomia profissional, que constitui uma estratégia em detrimento das demandas institucionais. O comprometimento com os usuários, especificamente com os idosos e suas famílias, reafirma os princípios do projeto ético-político profissional e direciona o caminho do exercício profissional. A pesquisa representa uma particularidade da profissão e o estímulo à produção do conhecimento em Serviço Social, uma alternativa para desvendar uma realidade tão dinâmica. Este capítulo, portanto, estabelece a relação entre serviços social, desafios e possibilidades no trabalho com idosos hospitalizados.

5.1 A relação entre Serviço Social e saúde – espaço sócio-ocupacional do assistente social

Um dos principais aspectos envolvidos na avaliação sobre o desenvolvimento nacional, a saúde é um tema recorrente nas discussões sobre a prestação de atendimento especializado, principalmente no que se refere à efetividade de suas ações. Constantemente visada nos meios sociais, em decorrência de sua organização e materialização, é uma das áreas que mais emprega profissionais de diferentes especialidades, incluindo profissionais do Serviço Social. Como relação de trabalho abstrato, pressupõe a criação de um produto, fruto das ações empreendidas coletivamente para a sua concepção, no qual se encontram envolvidos elementos como as relações de poder, as demandas institucionais, os diferentes processos de trabalho e as demandas dos usuários. Enquanto trabalho concreto, envolve as ações multidisciplinares, a escuta, o desenvolvimento da relativa autonomia profissional, o olhar crítico e propositivo sobre a realidade (IAMAMOTO, 2008). O trabalho realizado em instituições hospitalares deve observar tanto demandas institucionais quanto as demandas dos usuários, e, nessa tensão, os profissionais devem criar alternativas para o exercício de certa autonomia materializada em diferentes ações, conforme Bravo e Matos (2006).

O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2006, p. 199).

As transformações na prática profissional foram concretizadas através da luta por melhores condições de saúde à população, conjuntamente a um movimento da categoria profissional de ruptura com as práticas conservadoras, que predominavam no cotidiano das instituições como “a burocratização das atividades e a psicologização das relações sociais” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 202).

A proposta de ruptura esteve alinhada ao projeto de Reforma Sanitária, que tinha como objetivo a defesa de uma saúde pública e universal. Por mais que a intenção de ruptura representasse a visão hegemônica, que é o retrato do Serviço Social na atualidade, ainda percebe-se um movimento conservador representando uma tendência de parte da categoria profissional. No cotidiano de trabalho, ainda visualiza-se a vinculação da prática profissional a um trabalho abstrato, exemplificado pela burocratização das relações e das demandas institucionais, que complexificam a aproximação com o Projeto Ético-Político profissional, no que se refere à “defesa intransigente dos direitos humanos” (NETTO, 2006, p.110).

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) instituiu um novo reordenamento para o setor Saúde, assim como para a Previdência e Assistência Social, ao universalizar o direito à saúde, que simbolizou o pleno acesso dos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão e discriminação. Inovou ao enfatizar a participação popular como estratégia de controle das ações e serviços de saúde e dos recursos a serem alocados, ao mesmo tempo que, na década de 90, verificou-se o desenvolvimento vertiginoso da lógica de mercado ou privatista (AGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

No Brasil, o projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado no início dos anos 90 e na segunda metade dessa década, consolida-se o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último é pautado na política de ajuste, que tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO, 2010, p. 27).

Nessa lógica, observa-se a aproximação da qualidade dos serviços prestados com a comercialização das ações em saúde. Essa associação entre qualidade e privatização dos serviços de saúde se reproduz nos meios sociais, o que faz com que os convênios possuam cada vez mais adeptos. A longa espera por atendimento e o distanciamento da relação entre saúde pública e demandas populacionais também reproduzem uma visão negativa sobre a organização e o desenvolvimento dos serviços de saúde.

O atual panorama do campo da saúde reflete o contexto histórico, no qual o acesso aos serviços ocorreu, no Brasil, com restrições referentes à própria existência de uma consciência crítica sobre os direitos sociais. A consciência crítica representa um dos fatores que influenciará na transformação da realidade da saúde, nas palavras de Sobrinho (2009), devido à reprodução social dos conceitos inerentes à saúde que privilegiam a comercialização dos serviços.

A transformação da realidade da saúde pública no Brasil depende de uma rede de fatores: do investimento da própria saúde à formação de uma consciência crítica, à viabilização da participação popular como forma de constituição de uma opinião pública voltada às necessidades da população. Para que se torne possível a transformação da realidade sanitária, deve-se considerar, portanto, não apenas a saúde, mas o acesso aos meios de comunicação, os investimentos em educação e a viabilização de políticas públicas efetivas de cunho emancipatório, ao invés de práticas assistencialistas (SOBRINHO, 2009, p. 153).

Destaca-se que a participação popular é de extrema importância para a realização de um controle social, no sentido de que contribui com a gestão dos serviços e dos recursos que poderá culminar com a transformação da realidade sanitária nacional, considerando que a saúde está em constante mudança. A participação também inclui os profissionais da saúde, que representam importantes protagonistas do processo e precursores dos princípios constitucionais, e da própria Lei 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (BRASIL, MS, 1990).

Em decorrência de uma concepção direcionada ao entendimento sobre sua constituição, enquanto bem-estar integral, a saúde depende da contribuição de diferentes profissionais que, mediante o exercício de suas particularidades, focalizam as ações sob o ponto de vista de objetivos, permitindo a compreensão do todo articulado que incide sobre as condições de saúde dos sujeitos. Essa concepção de bem-estar integral está relacionada a diferentes aspectos que envolvem o cotidiano, tanto nas relações estabelecidas em comunidade quanto nas suas condições de subsistência e capacidade de responder às necessidades criadas.

A integralidade afirma que as pessoas devem ser atendidas em todas as suas necessidades. O princípio imprime uma ampliação do atendimento de necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, bem como pressupõe a articulação da saúde com outras políticas para assegurar a qualidade de vida das pessoas (SILVEIRA, 2013, p. 102).

O princípio da integralidade, para além de ressaltar aspectos como a promoção, a prevenção, a reabilitação da saúde e a articulação com outras políticas, representa uma

importante alternativa profissional e aponta um direcionamento para a prática. O princípio da integralidade contribui para a realização da mediação entre as demandas institucionais e as demandas dos usuários e para a superação dos desafios profissionais, decorrentes dessa tensão. Ao ressaltar os aspectos individuais e, ao mesmo tempo, o contexto em que estão inseridos os sujeitos, tanto quanto a história de vida e a consolidação de direitos sociais adquiridos, que pressupõe a relação com a integralidade, os assistentes sociais aproximam-se do projeto ético-político da profissão.

As necessidades recriam-se progressivamente na vida cotidiana e as respostas a essas mesmas necessidades incidem sobre as condições de saúde dos sujeitos. Permeia a saúde a história de vida de cada um, com suas particularidades e dos quais os próprios sujeitos são protagonistas e as carregam consigo em todas as relações estabelecidas, inclusive no uso dos serviços de saúde. Os sujeitos também encontram-se inseridos em um contexto mais amplo, em que verifica-se a reprodução da desigualdade, da pobreza, da exclusão, da escassez de recursos e, na contramão desse processo, a superação e a luta por melhores condições de vida. Essa contradição é vivenciada pelos profissionais em seus espaços ocupacionais, em que existem tensões entre demandas institucionais e demandas sociais, que pressupõem a superação desafios e sugere a criação de possibilidades de intervenção.

A relação entre Serviço Social e Saúde destaca as tensões entre demandas institucionais e demandas sociais, que particularizam os diferentes processos de trabalho em razão dos espaços sócio-ocupacionais. Entretanto, como uma das estratégias para a superação desses desafios, destaca-se o planejamento das ações a ser materializado por intermédio da investigação. O planejamento refere-se, portanto, às atividades necessárias para determinado fim e à otimização de seu inter-relacionamento, relação que exige observação, pesquisa e um olhar atento à realidade. Para tanto, faz-se necessário o entendimento sobre as operações indispensáveis para que essas finalidades sejam alcançadas.

A operação de reflexão diz respeito ao exercício de planejar com conhecimento sobre a realidade, sobre os caminhos a serem percorridos e com clareza de finalidades. No caso do Serviço Social, essa dimensão está diretamente relacionada com um caráter propositivo que na área da saúde pressupõe a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a sua extensão para um número cada vez mais expressivo de sujeitos. A operação de decisão ressalta a importância da escolha de alternativas frente aos desafios e possibilidades presentes em determinado contexto. A escolha de alternativas pressupõe a organização de um trabalho em equipe e do debate em torno dos próprios processos de trabalho e da otimização das ações empreendidas, como alternativa para a materialização da qualidade dos serviços ofertados.

Após a tomada de decisão, a operação de ação representa a etapa de execução das escolhas e transformação delas em ações, que podem ter um caráter preventivo de escuta, de intervenção em determinada realidade, de superação de desafios, de melhorias nas próprias condições de saúde dos sujeitos. Posterior à realização do planejamento ocorre à operação de retomada de reflexão, que pressupõe o retorno ao início do processo sugerindo um caráter contínuo de intensa reflexão sobre as escolhas realizadas, sobre as ações empreendidas, sobre os resultados esperados e sobre a formulação de novos questionamentos decorrentes da dinâmica da realidade (BAPTISTA, 2003).

A elaboração de alternativas a contextos determinados perpassa o planejamento das ações de forma organizada e depende de um trabalho realizado coletivamente que contempla a concepção de uma saúde integral. A opção por escolhas e a materialização das ações são enfoques realizados mediante sucessivas aproximações à realidade, sendo esse um movimento que conjuga: construção/reconstrução do objeto, estudo de situação, definição de objetivos, formulação e escolha de alternativas, montagem de planos, programas e projetos, implementação, implantação, controle de execução, avaliação do processo e retomada do processo em outro patamar (BAPTISTA, 2008).

Assim, para que esse processo ocorra, torna-se fundamental o entendimento sobre informações relacionadas à estrutura mais ampla, quais sejam: os dados da instituição, os dados das políticas públicas, as redes de serviços sociocomunitários e os dados da própria prática, relacionados a uma investigação resultante da relação entre resultados esperados e resultados consolidados. O processo de planejamento, portanto, pressupõe uma dimensão propositiva que contempla diferentes aspectos da realidade, no caso da saúde, as demandas institucionais, a história de vida dos sujeitos, as alternativas existentes, a relativa autonomia profissional e as experiências já consolidadas, a fim de que adquiram uma característica de continuidade ou de retomada da reflexão para a realização de novas proposições.

As contribuições do Serviço Social, e principalmente da categoria profissional, em sua relação com a saúde, foram construídas ao longo do tempo no próprio movimento de constituição da profissão. O Código de Ética Profissional de 1986 (CFESS, 1986) avançou nas discussões éticas contemporâneas, assim como na negação à neutralidade e ao papel profissional tradicional. Por outro lado, apresenta uma visão unilateral sobre a vinculação a uma determinada classe social, expressando dessa forma certa moralidade. Com o decorrer das discussões e do debate profissional sobre os rumos da profissão, o Código de Ética de 1993 (CFESS, 1993) traz à tona uma ética fundada no princípio da liberdade e da vontade dos sujeitos e dos grupos, pois não existe uma ética única e universal (BONETTI, 2003). Avançou

na organização profissional no que se refere a uma clara identidade profissional, articulada com um projeto de sociedade mais justa, tendo dentre os princípios: o reconhecimento da liberdade como valor ético central; a defesa intransigente dos direitos humanos e do aprofundamento da democracia; o posicionamento em favor da equidade e justiça social; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; a garantia do pluralismo; o projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária; e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados (CFESS, 1993).

Todos esses princípios fazem emergir novas particularidades profissionais e uma redefinição da identidade da profissão, agora vinculada aos direitos dos usuários, a compreensão deles integralmente mediante a valorização do trabalho desenvolvido por outros profissionais e do entendimento de uma visão mais ampliada da realidade, que articula a categoria profissional com princípios como: a liberdade, os direitos humanos, a democracia, a equidade, a justiça social, o pluralismo, a construção de uma nova ordem societária e o compromisso com o projeto profissional vinculado a um projeto de sociedade igualitária.

Os princípios do Código de Ética Profissional, o Projeto Profissional e a opção pela orientação epistemológica dialético-crítica orientam as ações da categoria profissional articuladamente, embora se compreenda a existência de trabalhos distintos. Desafios e possibilidades fazem parte do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais, assim como os processos de trabalho são constituídos por alternativas que dependem da organização profissional, em torno de finalidades e objetivos específicos. As ações devem ser orientadas por estes objetivos e finalidades que definem os rumos da prática profissional, tais como: o encaminhamento à rede de suporte social; a organização familiar frente a situações complexas, como o planejamento acerca do período pós-hospitalar; a valorização da história de vida dos sujeitos, sob o ponto de vista de um olhar para além do uso dos serviços de saúde; a realização de entrevistas e visitas domiciliares, com o intuito de dar prosseguimento a um acompanhamento contínuo e que pode vir a acarretar microrrevoluções na vida dos sujeitos; a superação da condição de pobreza; a inserção em atividades e grupos específicos; o ingresso no mercado de trabalho; e a socialização de informações que empoderam os usuários de conhecimentos novos sobre a realidade vivida.

Nos casos em que a hospitalização exige maior organização da família, profissionais como o assistente social participam desse processo, no qual aspectos da realidade evidenciam-se, como o desconforto vivenciado durante a hospitalização, a carência de recursos de ordem financeira, o rompimento de vínculos familiares, o desconhecimento sobre os recursos comunitários, o medo da perda de capacidades ou o sentimento que o surgimento da

dependência ocasional. Nesses casos, o idoso busca um alicerce para a superação de suas necessidades e para o retorno a sua estabilidade emocional e física.

No que tange à família, seus membros recorrem às equipes de saúde e, nesse caso específico, ao Serviço Social, pela instabilidade gerada pelo processo de adoecimento do idoso e pela necessidade de organização/reorganização familiar, com a configuração de novos papéis como o de cuidador. Muitas famílias questionam-se sobre o planejamento e a organização no período pós-hospitalar, diante do grau de dependência de seu familiar idoso. Essa realidade, associada à falta de condições financeiras, faz com que optem pela institucionalização em lares de longa permanência, filantrópicos ou não regularizados, esses últimos reconhecidos pela precariedade do atendimento disponibilizado e que culminam até mesmo com o agravamento das condições de saúde do idoso ou com o seu óbito.

Por fim, as instituições recorrem ao atendimento de demandas específicas, no que se refere à hospitalização do idoso, principalmente em virtude das internações continuadas ou das reinternações frequentes, que representam desafios à liberação de leitos públicos e privados. A continuidade da hospitalização representa o aumento de custos e, muitas vezes, está associada às dificuldades de organização familiar e do próprio idoso, inerentes ao agravamento das condições de saúde, ao desconhecimento dos cuidados a serem administrados no espaço doméstico, à inexistência de recursos financeiros e à própria experiência vivenciada pela família e pelo idoso diante da dependência e da fragilidade.

Para ilustrar as diferentes demandas oriundas da hospitalização do idoso, o quadro a seguir contextualiza as possibilidades mencionadas e explicita os desafios do Serviço Social na sua relação com a área da saúde.

Quadro 6 – Demandas e desafios profissionais

Demandas Idosos	Demandas Familiares	Demandas Institucionais	Desafios Profissionais
Continuidade da hospitalização;	Continuidade da hospitalização pelo receio de agravamento das condições de saúde do idoso;	Descontinuidade da hospitalização quando por período prolongado;	Fragilidade da rede de suporte social existente;
Orientação durante a permanência no domicílio;	Organização voltada para o período pós-hospitalar;	Liberação de leitos através da alta hospitalar/ Urgência e continuação do tratamento no domicílio;	Superação das tensões entre demandas institucionais e demandas dos idosos e familiares que podem gerar altas precoces ou o próprio agravamento das condições de saúde do idoso, em decorrência de internações prolongadas;
Busca de familiares;	Não responsabilização familiar, quando predomina a inexistência de vínculos afetivos;	Responsabilização familiar pela alta hospitalar/ Urgência pela liberação de leitos;	Articular o ingresso das famílias na rede de apoio ao idoso;
Acesso aos direitos e recursos sociais;	Acesso aos direitos e recursos sociais;	Acesso dos idosos aos direitos e recursos sociais de forma imediata e liberação de leitos;	Fragilidade da rede de suporte social existente;
Informações sobre recursos comunitários e quanto às políticas sociais;	Informações sobre recursos comunitários e quanto às políticas sociais;	Vinculação imediata dos idosos aos recursos existentes e liberação de leitos;	Fragilidade da rede e pressão institucional pela liberação de leitos;
Continuidade do tratamento pós-hospitalar no domicílio;	Atendimento no domicílio; Contratação de cuidador; Institucionalização do idoso;	Definições sobre cuidados do idoso pós-alta e liberação de leitos;	Superação de critérios de exclusão na atenção domiciliar; Criação de instituições de longa permanência públicas e de

	Suporte social para cuidados do idoso no domicílio;		outras alternativas como repúblicas e centros-dia;
--	---	--	--

Fonte: A autora (2014).

O exercício profissional exige empenho em vislumbrar as diferentes demandas que envolvem o cotidiano das instituições. Por outro lado, a multiplicidade de demandas profissionais permite ao assistente social formular objetivos distintos para o seu exercício, ora atendendo às demandas da instituição, ora do usuário e, por vezes, analisando demandas institucionais e verificando a possibilidade de ser efetivada a relativa autonomia profissional. Podem ser mencionadas como exemplos significativos a demanda institucional pela liberação de leitos e as abordagens profissionais realizadas com a finalidade de auxiliar na organização familiar no período pós-hospitalar, que contribuirão com a estabilidade da família para a tomada de decisão e a alta hospitalar. Essa configura-se uma possibilidade de atuação profissional, pois destaca a importância da mediação entre diferentes demandas. Sugere uma aproximação com a relativa autonomia profissional, que reforça a criação de estratégias, sempre prevalecendo as demandas dos usuários, pois representam o público-alvo das ações.

A orientação a sujeitos e grupos de diferentes segmentos sociais com o intuito de identificar recursos, o planejamento e a execução de pesquisas que contribuem para a compreensão a cerca da realidade social representam competências profissionais presentes na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), e, dessa forma, também configuram-se como possibilidades de atuação profissional. A orientação e a socialização de conhecimento sobre a existência de direitos sociais e o acesso dos sujeitos aos recursos comunitários, representam importantes estratégias profissionais, pois podem contribuir com a organização familiar voltada para o período pós-hospitalar e com a continuidade do cuidado e do autocuidado. Para além disso, o reconhecimento sobre a existência de direitos sociais pode possibilitar a formulação de perspectivas de vida.

O Assistente Social participa do processo de hospitalização do idoso e da tomada de decisão da família e, dessa forma, contribui para o período pós-hospitalar e a vivência de um período de bem-estar e qualidade de vida. Representam possibilidades da prática profissional com idosos, conforme os assistentes sociais entrevistados, realizar ações alinhadas com o projeto ético-político profissional, articular a rede socioassistencial existente, proporcionar a visibilidade das demandas dos idosos para além dos espaços sócio-ocupacionais, realizar trabalho multidisciplinar e incorporar a prática profissional o princípio da integralidade. Representam limites profissionais que se contrapõem às possibilidades mencionadas, a

descontinuidade do acompanhamento em razão da alta hospitalar, o número insuficiente de profissionais do Serviço Social, a invisibilidade que situações como a violência adquirem devido a dificuldade de serem identificadas por outros profissionais, o desafio de ser realizado trabalho multidisciplinar em grande parte devido ao desconhecimento sobre o trabalho do assistente social e suas particularidades. Constata-se a associação entre limites profissionais e realidade institucional, como o número insuficiente de profissionais. Em nenhum momento foi mencionada a fragilidade da rede socioassistencial como um limite embora todos os assistentes sociais entrevistados considerem os serviços ofertados como insuficientes. No que se refere às possibilidades, não foi mencionado o estímulo para a manutenção da autonomia do idoso e também não foi destacada a visibilidade quanto à heterogeneidade da velhice. Autores como Celich e Goldim (2009) destacam a importância da autonomia para o idoso para além da realização de atividades cotidianas. Nesse sentido, a autonomia contribui para uma tomada de decisão vinculadas aos interesses do idoso e a liberdade em tomar suas próprias decisões.

Observamos que a autonomia é um dos determinantes para uma boa qualidade de vida e um dos pressupostos básicos para a tomada de decisão vinculada ao melhor interesse do idoso. Assim, a autonomia envolve a liberdade de tomar as suas próprias decisões, de sentir que, de certa forma, pode controlar seu futuro, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer e acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade. Esse fenômeno influencia de modo singular na qualidade de vida na velhice, portanto, o indivíduo com capacidade de tomada de decisão tem uma vida mais plena e satisfatória, na velhice, sendo capaz de manter o direcionamento de sua vida e independência (CELICH; GOLDIM, 2009, p. 130).

A capacidade do idoso de exercer a própria autonomia contrasta com o contexto no qual encontra-se inserido, no que se refere às contradições entre possibilidades e desafios. Diante desse binômio, a tomada de decisão depende de diferentes aspectos do ponto de vista econômico e social. Um exemplo do direcionamento da tomada de decisão é o encaminhamento do idoso para instituições de longa permanência quando inexitem outras formas de suporte social, como a família. Portanto, destaca-se a importância da autonomia para o idoso em razão de sua contribuição para a qualidade de vida e bem-estar, desde que associada à possibilidade de serem realizadas escolhas, viabilizadas também através da socialização de conhecimento sobre direitos sociais e ingresso na rede socioassistencial. Ressalta-se a contribuição dos assistentes sociais, principalmente quanto à possibilidade de participação no processo de organização voltada ao período pós-hospitalar através da informação sobre as políticas sociais e sobre os instrumentos legais, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), e do

encaminhamento a instituições como a Defensoria Pública, ao Ministério Público, o Conselho do Idoso e a própria Delegacia do Idoso. A autonomia evidencia-se também através da participação da população idosa em fóruns de discussão que influenciam a consolidação da rede de apoio. Compõem a rede de suporte social ao idoso conforme os assistentes sociais entrevistados, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), o Ministério Público através da Promotoria de Direitos Humanos, a Delegacia do Idoso e as Instituições de Longa Permanência. Em nenhum momento foi mencionada a atenção domiciliar como uma alternativa, sendo que os profissionais associam a realização de visitas domiciliares e o acompanhamento após a alta com a atenção básica.

Durante o período de hospitalização, a autonomia do idoso encontra-se mais limitada em razão da existência de rotinas preestabelecidas e também diante das condições de saúde do idoso. Nesse momento, a autonomia passa a ser exercida pela família com a participação, durante a hospitalização, dos diferentes profissionais que compõem a equipe através da realização de abordagens contínuas, da inclusão em grupos de cuidadores, da escuta sensível às demandas dos usuários, sejam esses idosos ou familiares e, principalmente, do planejamento decorrente das novas condições de saúde do idoso.

Para que as demandas de idosos e familiares possam ser identificadas, é fundamental a realização de abordagens investigativas sobre as populações atendidas. Entretanto, essas abordagens, muitas vezes, ocorrem por solicitação das instituições e apresentam outras finalidades. Entretanto, mesmo esse instrumento realizado com o intuito de elaborar uma análise sobre a qualidade dos serviços prestados, de alguma forma, pode contribuir para o mapeamento das características dos usuários e também como um meio de proporcionar o acolhimento fundamental para a realização de abordagens futuras, necessárias para a superação de embates. Portanto, a superação das demandas institucionais pode ocorrer através da criação de estratégias profissionais, como a realização de uma entrevista que propiciará um acompanhamento contínuo.

No caso da realização de abordagens contínuas, essa permitirá a criação de novas estratégias, como a desmistificação do estereótipo da velhice negativa, ou de um envelhecimento associado à perda de capacidades e de papéis sociais, que também representa um dos objetivos do exercício profissional. Essa superação de um estereótipo pré-definido sobre a velhice pode ser realizada no espaço sócio-ocupacional, através da socialização de informações e da busca pela manutenção da autonomia dos sujeitos, realizada por meio do

destaque de suas potencialidades e de sua participação social. Entretanto, ainda observa-se uma associação entre velhice e comorbidades ou entre aposentadoria e vida saudável, como destaca Moragas (2008), ao relatar a complexidade que envolve o envelhecimento e suas concepções culturais previamente determinadas.

O retrato da velhice, portanto, é extremamente complexo porque não parece haver uma resposta social única para a velhice e porque o significado do ser velho é rodeado por crenças e valores culturais centrais, para a nossa vida cultural contemporânea. Geralmente, os indícios sugerem que os idosos estão passando bem na aposentadoria, apesar de crenças mantidas pela comunidade médica e por leigos de que a aposentadoria tem um impacto adverso na condição de saúde (MORAGAS, 2004, p. 116).

Perante a complexidade que envolve o retrato da velhice e da reprodução de crenças e valores culturais centrais, reafirma-se a relevância de um exercício profissional que contribua para a autonomia dos sujeitos, mesmo quando se encontram vivenciando um processo de fragilidade completamente contraditório. Nessas situações, a autonomia pode ser exercida na escolha do melhor tratamento, nas formas de realização do autocuidado, nas relações intergeracionais e com as equipes de saúde, na possibilidade de serem manifestados os desafios decorrentes do adoecimento e quanto à constatação da existência de alternativas.

Para os idosos que são considerados independentes, o desenvolvimento da autonomia é ressaltado nos espaços coletivos, como os grupos de convivência, nos quais, através da exposição de vivências, os sujeitos idosos podem considerar-se pertencentes e exercer a participação social. Esses espaços estimulam a materialização da autonomia, mediante o desenvolvimento de uma percepção coletiva de responsabilidade que os particulariza, enquanto idosos membros de um mesmo grupo e sujeitos que compartilham demandas em comum. Para que haja a compreensão de um conceito tão amplo como autonomia, deve-se ter o entendimento do conceito de respeito; nesse sentido, conforme Moragas (2004, p. 157): “Respeitar os idosos como agentes morais, então, requer que reconheçamos e apoiemos as virtudes e traços de caráter próprio do ser velho”. Esse reconhecimento sugere que, apesar da heterogeneidade da velhice, ainda constata-se a existência de características comuns à população idosa, como a valorização das experiências de vida.

São elementos presentes no trabalho desenvolvido pelo assistente social em ambientes hospitalares e que constituem elementos da intervenção profissional: a escuta sensível, o acolhimento aos idosos e familiares, a realização de trabalho multidisciplinar, as reuniões com gestores a fim de sinalizar os objetivos e caminhos do trabalho profissional, o contato contínuo realizado com familiares, a socialização de informações sobre direitos sociais, a

manutenção do vínculo profissional e a retomada do processo. A escuta sensível pressupõe um olhar atento à exposição oral dos usuários, realizada por intermédio de palavras, gestos e sinais. Além dessa exposição, sinaliza o estabelecimento de uma relação entre a história de vida dos sujeitos e um contexto mais amplo, que vai do uso dos serviços de saúde e os objetivos desse momento para o cotidiano dos sujeitos e experiências vivenciadas para além dos elementos que particularizam a cotidianidade, ou seja, partindo para a avaliação da estrutura societária. O acolhimento aos pacientes e familiares deve ser realizado desde o momento da procura por um determinado serviço de saúde e pode ser materializado por intermédio de entrevistas nos corredores, nos leitos ou em espaço para atendimento específico; representa o primeiro contato realizado entre profissional e usuário, que determinará a continuidade da intervenção e as possibilidades de todo esse processo.

A riqueza do trabalho multidisciplinar encontra-se em um exercício profissional que valoriza o conhecimento de diferentes áreas do saber, e que, dentro de um determinado espaço, compartilham experiências. O que particulariza a prática do trabalho multidisciplinar são as ações realizadas coletivamente, como uma espécie de compromisso com uma visão integral do sujeito. O respeito a diferentes tipos de saberes é fundamental para o efetivo exercício da multidisciplinaridade.

As reuniões com gestores destacam as demandas institucionais e as necessidades da Instituição sobre o que tange às ações profissionais, pois tendem a determinar os rumos da atuação profissional sob o ponto de vista do gestor, das finalidades da Instituição e de determinado setor. Representam uma ótima oportunidade para o assistente social expor as particularidades da profissão, seu planejamento, escolha de alternativas e proposições para determinado espaço, de forma a contemplar as demandas dos usuários e a identidade profissional.

O acompanhamento contínuo está relacionado à realização de um bom acolhimento ao usuário. O profissional, por intermédio dessa acolhida, pode vir a realizar, como forma de estratégia, novas intervenções no próprio espaço onde estão inseridos os usuários. O acompanhamento contínuo é pressuposto para a efetivação de resultados concretos e transformações na vida dos sujeitos. Pressupõe a realização de abordagens para além do imediatismo das ações e depende consideravelmente de elementos como o tempo de internação e, contraditoriamente, a própria realização de reinternações que sinaliza um agravamento das condições de saúde.

A socialização de informações e conhecimento é um elemento central na realização das intervenções, pois representa uma das principais estratégias profissionais para a própria

organização familiar ou problematização do sujeito, sobre as experiências vivenciadas e possibilidades futuras. O conhecimento sugere uma relação de poder e de empoderamento e deve ser utilizado em favor da superação de desafios, suprimento de necessidades e defesa e luta em prol da garantia dos direitos já existentes e dos que podem vir a serem constituídos. Entretanto, constata-se a concentração da informação, sendo que a sua emancipação representa uma estratégia profissional e um compromisso ético-político.

Buscar, identificar, classificar, processar, armazenar e disseminar informação constitui compromisso ético-político com os sujeitos e populações com quem se trabalha. Por tudo o que foi exposto, reitera-se a importância da informação, pois contribui para o estabelecimento de relações, para a apropriação mais ampla de contextos e realidades, para a ampliação de processos mobilizadores. A informação possibilita ver o mundo de modo mais amplo e ter consciência desse mundo a partir do concreto. Os donos dos meios de produção cada vez mais detêm e concentram a informação transformando-a em mercadoria, mas como contraponto há a possibilidade de utilizá-la para a construção de processos emancipatórios (RAUPP, 2012, p. 22).

A informação faz parte da relação entre profissional e usuário, sendo que essa deve priorizar o respeito, a escuta sensível e sinalizar as finalidades de todo o trabalho desenvolvido relacionado à história de vida dos sujeitos, ao contexto macrosocietário e às possibilidades de intervenção diante da rede de suporte social existente. A retomada do processo, assim como no planejamento, diz respeito à revisão de todo o processo de acompanhamento resultante da relação entre profissional e usuário. Pode ser realizado em todos os momentos da intervenção ou quando da conclusão do processo de intervenção.

Nessa ocasião, evidencia-se o caminho percorrido até o presente momento, as finalidades da intervenção, os resultados já alcançados e as possibilidades futuras. Nesse momento, também, a organização realizada pelo usuário ou por sua família passa a vislumbrar o seu efetivo exercício, para além dos espaços compreendidos como serviços de saúde. As reinternações frequentes permitem que a retomada do processo seja realizada de forma contínua no espaço da hospitalização.

5.2 Possibilidades de intervenção do assistente social com idosos hospitalizados e seus familiares

Os serviços de saúde ampliam a sua atuação direcionada às transformações que ocorrem na sociedade, sendo uma dessas transformações o envelhecimento populacional, que está diretamente relacionado ao aumento da expectativa de vida. Com o aumento da

expectativa de vida, os serviços de saúde tendem a se qualificar para atender uma população que, ao envelhecer, faz uso dos serviços tanto preventivos quanto curativos. Entretanto, a demanda por serviços de saúde ainda carece de iniciativas que ampliem a capacidade do acesso e aproximem-se da população, como políticas de saúde direcionadas à população a partir dos 60 anos.

Em geral, quando a população idosa faz uso dos serviços de saúde, já se encontra bastante fragilizada, em virtude da vivência de condições de saúde instáveis. Esse acesso também representa uma questão cultural, que perpassa a compreensão de saúde associada à cura de patologias. A vivência de condições de saúde frágeis pela população idosa também ocorre em virtude da realização de uma relação com a própria velhice, em se tratando de uma consequência do processo natural do envelhecimento, o qual representa um desafio aos profissionais de saúde, relacionado à não naturalização dos sintomas e à compreensão de uma visão ampliada sobre o processo de envelhecimento humano.

O assistente social contribui com uma visão mais ampliada sobre as condições que envolvem a saúde ao trazer à tona questões relacionadas ao cotidiano dos sujeitos. As relações sociais, por exemplo, podem influenciar as condições de saúde, principalmente quando é necessária a manutenção de cuidados específicos.

O idoso hospitalizado encontra-se mais vulnerável em virtude do processo de adoecimento vivenciado, sendo que, durante a internação, permanece sob os cuidados das equipes de saúde. A hospitalização para o idoso pode estar associada a um agravamento significativo de suas condições de saúde e que, conseqüentemente, interferem em sua autonomia e independência. Representam, nesse sentido, demandas dos idosos hospitalizados, conforme a compreensão dos Assistentes Sociais entrevistados: contato com familiares para que realizem o acompanhamento da internação, organização da alta hospitalar e principalmente do período pós-hospitalar, orientações sobre direitos sociais, orientações com relação ao Benefício de Prestação Continuada, notificação de violências principalmente de ordem financeira, solicitação de leitos hospitalares e a solicitação de permanência na Instituição pela complexidade que envolve a organização do período pós-hospitalar. Sobre as demandas identificadas pelos profissionais destaca-se uma preocupação dos assistentes sociais entrevistados com situações complexas como a violência contra o idoso. Nesse sentido, o profissional deve estar atendo as demandas explícitas como uma forma de identificar as demandas implícitas, como a notificação de situações de violência e abandono e também outros aspectos como a auto-percepção do idoso sobre essa etapa da vida.

É necessário estar atento, pois nas solicitações dos idosos muitas vezes estão implícitas o abandono e a negligência com os cuidados e, também, as dificuldades do próprio idoso em lidar com o processo de envelhecimento, aliados aos fatores culturais de desvalorização do idoso (AS 02).

Observa-se nessas demandas a complexidade que envolve o período de hospitalização do idoso, sendo esse um espaço em que as expressões da vida cotidiana emergem e os sujeitos acessam os serviços, carecendo de respostas as suas necessidades mais diversas. Entretanto, essa complexidade não envolve apenas o período de hospitalização, como também a vida dos sujeitos, seja pela inexistência de relações, pela pobreza, ou por um contexto de carências diversas. Constatam-se ainda que as demandas identificadas pelos assistentes sociais são relacionadas sobremaneira à rede de apoio existente no que se refere às relações familiares, às condições econômicas e à própria fragilidade da rede, que pode ser comprovada através do prolongamento das internações. Por outro lado, as demandas confirmam a centralidade da hospitalização e das relações familiares na vida dos idosos considerados mais frágeis. Evidencia-se, ainda, a tensão entre as demandas dos usuários e demandas institucionais, conforme ressaltado anteriormente, como a contradição existente entre o prolongamento da hospitalização e a organização para a alta hospitalar.

Apesar da centralidade das relações familiares para o idoso considerado frágil, muitos dos que acessam os serviços de alta complexidade não dispõem de familiares de referência, realidade que sugere a inexistência de vínculos, o seu total rompimento ou fragmentação. Quanto à inexistência de relações entre o idoso e sua família, essa configura-se como uma importante demanda dos usuários e suas implicações um desafio profissional. Quando o idoso mantém a sua autonomia e independência, a ausência de familiares de referência não repercute na organização para o período pós-hospitalar. Mesmo assim, muitas vezes, é realizada a busca por familiares, geralmente por solicitação do idoso, respeitada a sua autonomia em decidir sobre a retomada de vínculos. Entretanto, a inexistência de relações familiares se complexifica quando associada à diminuição da autonomia e ao aumento da dependência do idoso, quando os profissionais decidem realizar a busca de familiares de referência. Nesse momento, aspectos particulares referentes à história de vida dos sujeitos e das famílias são ressaltados e retomados através da tomada de decisão, ao mesmo tempo em que, o contexto mais amplo sinaliza o distanciamento do Estado com relação as implicações do envelhecimento populacional, que pode ser visualizado nas políticas públicas através da primazia da responsabilidade (solidariedade) familiar.

Com o potente aumento da longevidade da população como tendência atual e quase universal, a questão da família detém-se, inescapavelmente, na dimensão do envelhecimento, e nela, no papel dos mais velhos, que se projeta até o capítulo essencial das políticas públicas. Porque, enquanto, o Estado é mais e mais omisso quanto ao fomento e à preservação dos direitos sociais, delega atualmente às famílias a responsabilidade principal não apenas pelo bem-estar como pela própria sobrevivência dos seus membros, em uma sociedade com escassez crescente de possibilidade de emprego. Nesse quadro, parte significativa dos apoios e recursos de que dispõem as famílias vem de seus idosos (MOTTA, 2007, p. 117).

Constata-se que as demandas identificadas pelos assistentes sociais no que se refere aos idosos hospitalizados relacionam-se entre si, tendo em vista que a inexistência de relações familiares pode culminar com o prolongamento da hospitalização. Observa-se, nesses casos, a convivência durante a hospitalização com a contradição entre segurança e insegurança, ocasionada pela tensão entre as respostas a demandas imediatas referentes às condições de saúde do idoso e, ao mesmo tempo, a necessária organização para o período pós-hospitalar, que representa uma demanda pela liberação de leitos. Nesse sentido, um dos desafios profissionais é articular as demandas dos usuários com um contexto mais amplo através da realização de abordagens continuadas para além da resolução de conflitos no ambiente hospitalar, como o estabelecimento de relações familiares até então inexistentes. Entretanto, muitas vezes essa é a demanda explícita e de interesse imediato dos usuários. Portanto, desmistificar a lógica de resolução de conflitos diante da compreensão sobre a sua articulação com um contexto mais amplo representa também uma alternativa profissional e pode ser socializada com os usuários, com os familiares, com outros profissionais e com os gestores. Sobre as demandas implícitas, pode-se fazer menção às situações de violência, principalmente com relação à negligência aos cuidados e também à reprodução de uma concepção preestabelecida sobre a velhice reiterada pelos próprios idosos.

Ainda no que se refere à reprodução de uma concepção preestabelecida sobre a velhice, destaca-se a sua associação com o processo de hospitalização e com a dependência, sendo essa uma constatação bastante presente na expressão oral dos idosos quando questionados sobre perspectivas futuras e os significados dessa etapa da vida. Destaca-se que as demandas implícitas identificadas não se apresentam de imediato e resultam de um acompanhamento contínuo, no qual evidenciam-se outros aspectos da vida cotidiana para além da fragilidade ocasionada ao longo da hospitalização e da convivência com comorbidades. Entretanto, o período de hospitalização é o cenário no qual essas demandas tornam-se mais evidentes através de uma tomada de decisão sobre a qual incidem diversos aspectos da história de vida dos sujeitos. Nesse momento, revelam-se elementos que particularizam a história de vida do idoso, como o estabelecimento de relações familiares e

comunitárias, a participação no meio social, as condições econômicas, as condições básicas de subsistência (moradia, saneamento básico, alimentação etc.) e a constituição familiar. Configura-se, assim, um cenário, no qual demandas explícitas e implícitas convivem lado a lado devido à transversalidade da hospitalização e do adoecimento, particularmente para os idosos e familiares participantes do estudo.

O olhar mais atento às demandas dos idosos, durante o período de hospitalização, constitui uma possibilidade de atuação do assistente social, que pode compreender as particularidades que envolvem a vivência desta etapa da vida conforme a percepção dos idosos sobre suas experiências. Essa capacidade de reconhecer demandas explícitas e implícitas sugere a vivência da velhice de diferentes formas, embora as situações de violência (negligência) e a ausência de perspectivas futuras sejam aspectos relevantes identificados durante a hospitalização. A rede de suporte social ao idoso carece de iniciativas e de uma efetiva materialização de suas ações de forma integral. Observa-se essa carência no cotidiano profissional e, conseqüentemente, na vida dos sujeitos, como nos encaminhamentos a serem realizados em situações extremas como as situações de violência, nas quais se observa a necessidade de um acompanhamento mais contínuo e mais próximo da realidade do sujeito idoso. O assistente social contribui para que a demanda dos idosos hospitalizados seja atendida, através da visibilidade dada às questões trazidas pelos idosos, o encaminhamento qualificado à rede de proteção, a continuidade do acompanhamento, a busca pela garantia dos direitos sociais e a capacitação profissional.

Acredito que a contribuição do assistente social esteja na visibilidade ofertada às questões trazidas pelos idosos, dentro da equipe e nos demais serviços que compõem a rede socioassistencial. Intervindo diretamente com o idoso e com sua família, realizando encaminhamentos qualificados à rede de proteção e de atendimento socioassistencial, no sentido de garantir a continuidade do acompanhamento (Assistente social 03).

A partir de encaminhamentos qualificados, dar continuidade ao atendimento ao idoso pela rede assistencial e pelos familiares no pós-alta, com a finalidade de que seus direitos sejam respeitados e garantidos (Assistente social 05).

Compreendo que o SS poderia estar contribuindo mais com a demanda dos idosos hospitalizados através da capacitação profissional, do aumento do quadro de profissionais do Serviço Social, da implantação de pressupostos norteadores que perpassam o atendimento dentro do espaço hospitalar e da criação de um espaço de acolhimento e abordagem específica ao idoso em atendimento, para que se verifique ou não a necessidade de intervenção profissional (Assistente social 07).

As possibilidades de atuação do assistente social em relação à abordagem com idosos hospitalizados e familiares estão diretamente relacionadas às particularidades que envolvem a profissão, mediante principalmente a escuta e o olhar atento à realidade, à sensibilização com o objeto da profissão, às expressões da questão social e suas conseqüentes transformações que

impactam no cotidiano dos sujeitos. No caso do idoso, essa manifestação ocorre mediante exemplos específicos, como: o provimento financeiro familiar, a vivência de um cotidiano permeado por diversas formas de violência, o abandono, a inexistência de relações familiares e sociais, o desemprego, a pobreza, carências de ordem diversa, e pela própria procura dos serviços de saúde, principalmente quanto à hospitalização nos casos em que não se verifica a manutenção de cuidados específicos, por recursos financeiros limitados ou por dificuldades de ordem diversa.

Para que as possibilidades de atuação profissional realmente sejam efetivadas, faz-se necessário, também, uma rede de suporte social coesa e direcionada à realidade do idoso brasileiro. Destaca-se também a ausência de uma articulação entre as diferentes políticas sociais, que poderia superar o provimento financeiro familiar e oportunizar aos demais membros familiares o ingresso no mercado de trabalho e o acesso à qualificação profissional. Diante desse contexto, observa-se uma saúde centralizada nos aspectos que envolvem o acesso aos serviços disponibilizados, ao passo que a articulação com as demais políticas sociais como a previdência e a assistência ocorre por intermédio de encaminhamentos realizados aos órgãos competentes. Como exemplo, pode ser citada a inexistência no município de Porto Alegre de instituições de longa permanência públicas destinadas aos idosos dependentes, ao mesmo tempo que se evidencia a ocorrência de reinternações frequentes. Ressalta-se, portanto, através desse exemplo, a inexistência de uma relação entre a política de assistência social e a política de saúde, que por fim acarreta a judicialização da demanda. A judicialização da demanda representa uma estratégia profissional em razão da ausência da articulação entre as políticas e de uma cobertura integral às demandas da população idosa. O encaminhamento das situações, sendo o exemplo mencionado ilustrativo da realidade que se apresenta, ocorre através do contato com instituições que representam a população idosa, como o Ministério Público, em especial a Promotoria de Direitos Humanos, com o Conselho do Idoso, com a Delegacia do Idoso e também com os espaços coletivos de discussão, como os grupos de convivência, os fóruns etc.

Dentre as alternativas para a promoção da qualidade de vida do idoso acometido por patologias, pode-se destacar que todas elas perpassam a formação de uma rede de suporte social integral ao idoso considerado dependente para que se superem os encaminhamentos profissionais e seja verdadeiramente articulada à integralidade. Os profissionais entrevistados sugerem, portanto, como possibilidade para a promoção de um envelhecimento associado à qualidade de vida, e, principalmente, como alternativa às constantes hospitalizações realizadas

por idosos, a criação de casas de apoio e de serviços públicos para a orientação de idosos e familiares, dentre outras alternativas.

Penso que uma boa alternativa seria a criação de casas de apoio transitório entre hospitalização e a residência, pois, muitas vezes, o idoso lúcido, orientado e que realiza os próprios cuidados sozinho, é acometido por doenças que o incapacitam bruscamente. Nesse sentido, seria importante um local de moradia intermediário até que os familiares conseguissem reorganizar o esquema de cuidados. O assistente social pode contribuir participando dos espaços de tensionamento para esta iniciativa, como o Ministério Público, o Conselho do Idoso, o Grupo de Trabalho em Saúde do Conselho Regional de Serviço Social ou outros (Assistente social 08).

Observa-se a necessidade da criação de serviços públicos e privados de suporte específico ou programas estruturados dentro do serviço para apoio e orientação aos cuidadores e familiares, para incentivar e organizar com a família uma forma de o idoso não ser institucionalizado. Existem equipamentos públicos destinados à atenção dos idosos, como CRAS, CREAS e Unidades Básicas de Saúde, porém esses atendem a diversos tipos de demandas e não conseguem dar conta de atender qualificadamente toda esta demanda. Entre os motivos, podem ser apontados: poucos profissionais, verbas insuficientes, privilégio de interesses políticos, profissionais desqualificados, gestores despreparados e sem qualificação, entre outros (Assistente social 01).

As instituições asilares, de forma geral, não se constituem em locais adequados para a moradia de idosos acometidos por patologias, pois as de menor custo não aceitam pacientes dependentes, não possuem profissionais qualificados e em número suficiente. Poucos idosos podem acessar instituições adequadas, pois possuem custo elevado. Sobre as ONGs não tenho conhecimento sobre ações específicas para os idosos. Porém, acredito que as que existem sejam muito focalizadas em pequenas populações. Ou seja, não alcançam um grande número populacional, além de contribuírem para a visão do direito como favor, “boa ação”. A criação de espaços específicos para a população idosa hospitalizada é fundamental para a promoção da qualidade de vida, mas ainda revela-se insuficiente (Assistente social 03).

Constata-se a existência de uma relação bastante próxima entre possibilidades e limites de atuação profissional. A criação de possibilidades de intervenção perpassa a realidade dos limites oriundos da carência por recursos de ordem diversa. Por isso, o acompanhamento das demandas e do cotidiano dos sujeitos necessita estar alinhado ao projeto ético-político profissional que sugere o estabelecimento de uma relação entre teoria e prática. Os assistentes sociais tendem a continuar a desenvolver o seu trabalho intervindo em uma realidade dotada de carências diversas, que complexifica ainda mais as ações profissionais e que incide sobre a vida dos sujeitos, sendo esse um contexto de amplitude coletiva. Apesar dos diferentes espaços sócio-ocupacionais sinalizarem a existência de particularidades, as possibilidades e os desafios profissionais apresentam semelhanças que pressupõem a existência de um contexto mais amplo em que são reproduzidas as diferentes formas de expressão da questão social. As constatações de que os espaços para atendimento da população idosa não são suficientes para as demandas existentes e de que as instituições asilares não se constituem em locais adequados para os idosos acometidos por patologias

sugerem uma associação com expressões da questão social, decorrentes da atenção dispensada ao envelhecimento populacional na atualidade.

Em mais de um dos relatos a criação de um espaço entre a hospitalização e o espaço doméstico aparece como uma alternativa, sendo que ainda representa um espaço a ser preenchido na rede de apoio. Em nenhum momento, a atenção domiciliar é mencionada como uma forma de intervenção nessa realidade. Apesar de serem convidados a refletir sobre as alternativas para o idoso hospitalizado, evidencia-se também o estabelecimento de uma relação com os desafios existentes principalmente quanto à configuração da rede de apoio e ao seu contexto de carências. Sendo assim, a qualificação dos espaços constituídos atualmente representa uma alternativa formulada pelos assistentes sociais e que requer a ampliação dos espaços públicos, através da contratação de profissionais, da capacitação dos já existentes e de mais investimentos, além da adequação das instituições de longa permanência para que atendam às demandas da população idosa.

Nenhuma das alternativas sinalizadas refere-se à realização de mudanças nos espaços sócio-ocupacionais, como a ampliação dos objetivos institucionais, a qualificação dos espaços de trabalho ou a contratação de mais profissionais. De sobremaneira, destaca-se uma preocupação com o período pós-hospitalar e com a rede de apoio existente, sendo ressaltada a urgência da qualificação dos espaços existentes. Dessa forma, também não foi mencionado o trabalho multidisciplinar/interdisciplinar, sendo essa uma alternativa viável a ser construída dentro dos espaços sócio-ocupacionais.

Ainda no que se refere à saúde, quando o idoso necessita de cuidados específicos no espaço doméstico, as Unidades Básicas de Saúde tendem a intervir como socializadoras de informação e prestadoras de atenção no domicílio. Entretanto, muitas dessas instituições não dispõem de recursos humanos suficientes para atender à demanda em um espaço de tempo adequado, o que caracteriza a urgência das condições de saúde e a necessidade de um acompanhamento contínuo.

No período pós-hospitalar, os cuidados em saúde tendem a ser administrados pela família, com o apoio das Unidades Básicas. O trabalho multidisciplinar, realizado com os profissionais que compõem as equipes de saúde, possibilita a materialização de um cuidado contínuo em saúde. Apesar do apoio ofertado pelas Unidades Básicas de Saúde, a família tende a responsabilizar-se com os cuidados administrados ao idoso no período pós-hospitalar, sendo que as equipes de saúde representam um importante aporte ao idoso dependente e seus familiares. Apesar disso, percebe-se por parte das equipes de saúde que muitas vezes o idoso

não recebe os cuidados adequados de acordo com suas necessidades, em decorrência da relação causa e efeito entre a velhice e o adoecimento.

Isto ocorre, principalmente, por identificar que alguns agravos que acometem a sua saúde são por vezes identificados como próprios da velhice e não recebem tratamento, podendo levar a um maior declínio da saúde com elevação dos riscos para o desenvolvimento, complicações e doenças incapacitantes (LANA, 2013, p. 9).

A realização dessa relação causa e efeito também pressupõe a reprodução de um estigma sobre o envelhecimento populacional que pode vir a acarretar riscos à saúde do idoso. Nesse contexto, reconhecer a heterogeneidade que representa o envelhecimento populacional e as demandas da população idosa são importantes estratégias profissionais. A visibilidade as demandas dessa parcela populacional, como o acesso cada vez mais contínuo aos serviços de saúde, permite aos profissionais articularem a prática profissional com o contexto no qual encontram-se inseridos os idosos brasileiros. A expressão dos significados dessa etapa da vida, a socialização de experiências e histórias de vida auxilia nessa percepção mais ampliada dos próprios idosos e dos profissionais quanto as alternativas a serem implementadas.

5.3 A atuação profissional do assistente social com idosos e a pertinência da produção de conhecimento em Serviço Social

A contextualização histórica do processo de constituição da profissão e sua atual configuração sinalizam a existência de um projeto profissional alinhado ao projeto societário de ruptura com o neoliberalismo. A intenção de ruptura profissional ocorreu na década de 1970, após um longo processo de reflexão da categoria sobre as transformações societárias, com a intensificação do neoliberalismo e suas ramificações no cotidiano da população, como o aumento da desigualdade social e do desemprego em massa. Mesmo com as mudanças ocorridas no interior da profissão, através de uma aproximação com o marxismo e, conseqüentemente, com a adoção de uma postura crítica e propositiva, observa-se nesse mesmo período a existência de correntes conservadoras. Autores como Yamamoto (2008), Vasconcelos (2006), Bravo (2006) e Mota (2006) sinalizam a complexidade que envolve o exercício profissional, em razão de uma identidade atribuída pelas instituições e pelos profissionais de diferentes áreas sobre o significado do Serviço Social e o contexto em que se insere. Em alguns casos, as demandas institucionais acabam por sobrepor-se às

particularidades profissionais, aliadas a um contexto em que se constata a precariedade das condições de trabalho, como a carência de recursos diversos.

O projeto ético-político profissional fundamenta o exercício profissional e ressalta a importância da manutenção de uma postura crítica e de defesa dos direitos sociais, que pressupõem o acesso e a garantia de conquistas históricas como as oriundas da Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, a questão social continua a manifestar-se no meio social através da relação capital e trabalho, que resulta em desigualdades, mas também resistência, e que continua a representar o objeto de atuação profissional do assistente social através de suas manifestações cotidianas, que geram disparidades diversas.

Na atualidade, a questão social diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista moderna, impensáveis sem a intermediação do Estado. A questão social expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais (IAMAMOTO, 2008, p. 177).

Com o passar do tempo, a questão social assume novas roupagens, oriundas dos contextos de crise econômica, que tendem a agudizar as desigualdades derivadas da relação capital e trabalho. O conflito proveniente da questão social reside no caráter privado do trabalho, no momento em que ocorre a apropriação da força de trabalho materializada através do estabelecimento de uma relação contratual. O fato de os meios de produção também apresentarem um caráter privado contribui para a efetivação de uma relação contratual, que culmina com o assalariamento e com a materialização da comercialização das ações empreendidas.

Além da apropriação do trabalho e seu caráter privado, o trabalho assume socialmente um significado de participação no mundo produtivo e, conseqüentemente, de pertencimento social. Dessa forma, quando ocorre o distanciamento do trabalho em sua atual configuração, como vemos na velhice, diversas pré-concepções são formuladas sobre essa etapa da vida, ao associá-la à inércia e ao isolamento social. Os significados atribuídos à velhice podem incidir nas relações estabelecidas no espaço familiar pela construção de uma identidade pré-definida socialmente, que traça um perfil sobre o idoso e lhe atribui papéis como o de provedor financeiro.

A vulnerabilidade do idoso brasileiro é um desafio ao envelhecimento populacional e a todos os profissionais que trabalham diretamente com a população idosa nos mais diversos campos de atuação. Trata-se de uma vulnerabilidade reconhecida também pela fragilidade da rede de suporte social ao idoso, tanto no que se refere ao estabelecimento de relações sociais

quanto à preocupação e sensibilização da própria sociedade, em relação aos desafios do aumento da expectativa de vida e sua incidência na vida cotidiana dos idosos brasileiros.

Nesse sentido, destaca-se a importância de identificar o perfil da população idosa brasileira, em um movimento para além do estabelecimento de pré-concepções e que se aproxime das demandas da população a partir dos 60 anos. A investigação sobre as particularidades da população idosa brasileira é uma tarefa para os assistentes sociais que trabalham com esse segmento populacional, pois se compreende que o reconhecimento “dos sujeitos com os quais se trabalha é condição para um compromisso real com a efetivação dos direitos humanos e sociais [...]” (IAMAMOTO, 2006, p. 266).

O reconhecimento dos sujeitos com os quais se trabalha representa uma finalidade do exercício profissional cotidiano, ocorrendo através de um diálogo constante com os usuários e também pela busca da fundamentação teórica que inclui as discussões realizadas até o presente momento, fruto do processo histórico de constituição de direitos. Através da exposição oral dos sujeitos e de um processo de sensibilização com o universo que envolve o envelhecimento populacional, podem ser identificados aspectos que envolvem o idoso no seu cotidiano, em termos de desafios e perspectivas.

Apesar da discussão sobre a existência de um perfil populacional, destaca-se o entendimento sobre a heterogeneidade da velhice, tão destacado ao longo desta produção teórica. No que se refere ao conhecimento sobre o perfil da população atendida, e em específico ao idoso, ressalta-se a opção por uma aproximação com as demandas que caracterizam essa parcela populacional, quais sejam: da busca pela inserção social e também pelo pertencimento, do incremento dos espaços de discussão sobre a temática e da criação de alternativas na área da saúde para os idosos acometidos por patologias, somente para mencionar alguns exemplos significativos. Para que essas demandas transformem-se em alternativas, faz-se necessária a intensificação de um movimento de resistência que representa a questão social em seu aspecto contraditório à produção de desigualdades.

As lutas sociais, conforme Iamamoto (2006), romperam com o domínio privado da questão social e a extrapolaram para a esfera pública, quando iniciou-se um processo de reconhecimento de direitos perante a centralidade da desigualdade na vida cotidiana dos trabalhadores. As lutas sociais representaram um marco importante no reconhecimento do papel do Estado, no que se refere à sua responsabilidade sobre a legalização de direitos e deveres dos sujeitos. Ainda, observa-se um papel de Estado muito mais controlador sobre a conduta dos sujeitos do que garantidor das necessidades coletivas. Esse é um aspecto comum aos profissionais no próprio exercício do Serviço Social, que se torna visível através da

supervalorização das demandas institucionais e sua sobreposição às demandas dos usuários, que deslegitimam o exercício profissional e, conseqüentemente, o próprio Projeto Ético-Político da profissão.

Diante da relativa autonomia profissional, os Assistentes Sociais se veem tolhidos de exercerem as particularidades que envolvem a identidade profissional e, ao mesmo tempo, convocados a problematizar essa dimensão política, que é fruto de uma organização social e de valores reproduzidos socialmente, reconhecidos como estratégias de controle. Por isso, através das discussões realizadas em diferentes campos de atuação, os profissionais tendem a repensar a prática profissional e os processos de trabalho do assistente social de acordo com as particularidades inerentes à demanda implícita e explícita.

Portanto, o trabalho dos Assistentes Sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam de fato. A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e, a partir, desse processo, como organizam seus objetivos institucionais que se voltam para a intervenção sobre essas necessidades (OLIVAR, 2010, p. 130).

A produção de conhecimento adquire cada vez mais notoriedade no cenário mundial. Em tempos de inovações tecnológicas e de descobertas científicas, avançam os estudos que contemplam a produção do conhecimento como sinônimo de desenvolvimento econômico. A produção de conhecimento, diante desse contexto, passa a ser um dos objetivos a serem alcançados, pois proporciona a expansão em nível mundial de economias até então desfavorecidas. O desenvolvimento das novas tecnologias, aliado à produção de conhecimento, está associado a um movimento da pós-graduação, no que se refere ao incentivo ao desenvolvimento de projetos que causem cada vez mais impactos na realidade social e que incidam nos problemas sociais.

O Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) é um documento que busca alinhar os caminhos da pós-graduação brasileira. O último Plano, elaborado no ano de 2010, faz referência aos aspectos que envolvem a pós-graduação e sinaliza temáticas a serem contempladas nos próximos anos, no período compreendido entre os anos de 2011 a 2020, dentre eles: projeções de crescimento para a área, importância da inter e da multidisciplinaridade na pós-graduação, recursos humanos nas empresas e o papel da formação, cooperação internacional, financiamento, metas e os programas para a redução das assimetrias regionais.

Para que esses aspectos estejam contemplados, o Plano encontra-se organizado em cinco eixos: a expansão do Sistema Nacional de Pós-Graduação; a criação de uma nova Agenda Nacional De Pesquisa; o aperfeiçoamento da avaliação; a valorização da multi e da interdisciplinaridade, como uma das principais características da pós-graduação; e o apoio à educação básica e a outros níveis e modalidade de ensino (BRASIL, 2010). Entretanto, visualiza-se, ainda, na prática o alcance restrito dos programas de pós-graduação no que se refere à participação mais efetiva da sociedade na própria elaboração do Plano, como no incentivo à inserção de novos alunos, que ainda encontra-se em parte muito vinculada às bolsas de estudo e aos critérios de seletividade que acabam por restringir o ingresso dos novos acadêmicos. O exercício profissional torna-se muitas vezes mais atrativo do que a dedicação a atividades de pesquisa, em virtude do alcance econômico e dos próprios critérios de seleção.

O alcance do PNPG é bastante dirigido aos profissionais e acadêmicos que direcionam seus objetivos à realização da produção científica, limitando-se a orientar o caráter das produções condicionadas à realidade social, sob o ponto de vista político, no qual circundam interesses comuns. O Plano inova ao fazer referência às tecnologias sociais, diretamente relacionadas ao desenvolvimento de propostas que incidam em realidades específicas e que, ao mesmo tempo, contemplam um contexto mais amplo, no qual se pode visualizar, com bastante preponderância, a questão da desigualdade social. Nesse sentido, posiciona-se com a finalidade de minimizar os “problemas sociais” e, dessa forma, configura-se como uma estratégia de controle social.

O debate sobre tecnologias e desenvolvimento social mais frequentemente focaliza o desenvolvimento e transferência à população de tecnologias diretamente voltadas à geração de renda e superação do quadro de desigualdades, pobreza e exclusão social. Há uma razão muito forte para isso: a dívida histórica do país com sua população, após décadas de um modelo de desenvolvimento excludente (BRASIL, 2010, p. 175).

O desenvolvimento científico tornou-se um fator determinante para a geração de renda e a promoção do bem-estar social. Nesse contexto, o conhecimento passa a significar poder por demonstrar a capacidade de um país em desenvolver novas tecnologias e produzir novos conhecimentos a serviço de sua população. Centraliza-se no desenvolvimento tecnológico e na capacidade de produzir novas ciências uma “alavanca crucial para o Brasil superar as desigualdades que marcam a sua inserção no sistema internacional” (BRASIL, 2010, p. 177). A associação entre o conhecimento e o poder pressupõe também o acirramento no qual se encontram as produções científicas atuais, direcionadas a temas que adquirem notoriedade e que configuram os atuais paradigmas da ciência. Disso decorre a importância do Plano que

sinaliza as atuais tendências da pós-graduação, tendo em vista que o incentivo à produção do conhecimento se origina destes pressupostos bastante tendenciosos.

As contribuições da geração de tecnologias para o desenvolvimento social podem ser formuladas sob as várias óticas, quais sejam: ênfase nos processos produtivos, associação com o objetivo da geração/distribuição de renda e redução das desigualdades sociais, submissão aos temas que impactam na qualidade de vida da população de modos diversos, como a inclusão digital, processos educacionais e saúde pública.

Parte-se da compreensão de que a realidade é muito dinâmica e as atuais tendências da pós-graduação brasileira podem sofrer transformações, principalmente com alterações nos atores sociais que organizam os caminhos para a produção do conhecimento e o desenvolvimento de tecnologias em nível nacional. A própria realidade e sua constante metamorfose dizem muito a respeito dos caminhos e tendências a serem seguidas. A importância da ciência reside no entendimento de sua relevância para a superação de contextos que se colocam na realidade, como a criação de novas formas de tratamento para a prevenção de determinada patologia ou na formulação de alternativas aos custos ocasionados pelas reinternações frequentes de uma determinada parcela populacional, o que implica melhorias no atendimento e na formulação de iniciativas para além do contexto hospitalar ou a própria superação de um paradigma dominante. Demo (1999, p. 16) faz referência à associação intrínseca entre ciência e realidade, ao ressaltar, em seu livro *Metodologia científica em ciências sociais*, que “O maior problema da ciência não é o método, mas a realidade. Como esta não é evidente, nem coincidem completamente a ideia que temos da realidade e a própria realidade, é preciso colocar esta questão: o que consideramos real?”.

Destaca-se uma dimensão da ciência que são os critérios de subjetividade, os quais incentivam o pesquisador a realizar determinado estudo, em detrimento de outros fragmentos da realidade a serem desvelados. Estes critérios subjetivos são oriundos, em parte, da sensibilidade do pesquisador em realizar determinada pesquisa sobre temáticas em que possui certo domínio e que lhe causam impactos diversos. O que sinaliza Demo (1999) é que a realidade é algo muito maior a orientar a produção do conhecimento, e que todo o conhecimento produzido responde a algum questionamento que necessita ser analisado e para o qual precisam ser formuladas respostas.

Ressalta-se a importância da realidade social para a produção do conhecimento em detrimento das características que a particularizam, como o seu dinamismo que sugere um movimento constante de aproximação e de distanciamento em relação ao que até então se configurava como real. As características mencionadas sinalizam também um distanciamento

da realidade de uma forma estática, o que pressupõe alterações constantes na própria produção do conhecimento. A subjetividade dos estudos está relacionada também a uma qualidade política que sugere o entendimento do que particulariza o homem enquanto cidadão. A qualidade política, portanto:

Aponta para a dimensão do cientista social como cidadão, como ator político, que inevitavelmente influencia e é influenciado. Preocupa-se, por exemplo, com a persistência com que as ciências servem de instrumentação para o controle social e pergunta-se porque sabem muito mais como não mudar, como desmobilizar movimentos sociais, como justificar ricos e poderosos, do que comparecer como instrumentação e atuação em prol de transformações históricas, consideradas estratégias pelos desiguais (DEMO, 2009 p. 25).

A qualidade política sinaliza, também, a centralidade dos estudos apenas quanto à identificação de problemas, sem uma associação com proposições e perspectivas futuras. Sob esse ponto de vista, o desafio é orientar as produções em outros caminhos que não sejam a fundamentação teórica em si, mas sim voltada à superação de contextos mais amplos, direcionada ao real através de um senso crítico próprio, que significa ir além da realidade exposta, primando pela criação de alternativas ao fenômeno, através da utilização de artifícios como a originalidade e a criatividade. As características mencionadas particularizam o próprio exercício profissional do assistente social e orientam as produções de conhecimento na área. A apropriação do campo científico, como um universo denso de contradições, representa o desafio de ir além da fundamentação teórica um dos diferenciais da produção científica.

Por outro lado, o campo científico relaciona-se também com aquilo que foi pré-determinado, com os caminhos sinalizados para a pós-graduação nos próximos anos e que delimitam o que é importante e interessante pelos e para os outros (BORDIEU, 1983). O paradigma é definido através dessas realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares, para uma comunidade de praticantes de uma ciência (KUHN, 2003).

O que é percebido como importante e interessante é o que tem chances de ser reconhecido como importante e interessante pelos outros, portanto, aquilo que tem a possibilidade de fazer aparecer aquele que o produz como importante e interessante aos olhos dos outros (BORDIEU, 1983, p. 3).

As tendências da produção do conhecimento estão direcionadas a diversas áreas do saber. A produção do conhecimento em Serviço Social está condicionada pelas tendências atuais da própria produção na área, quais sejam: a supervalorização de produções cada vez

mais teóricas; a falta de produções que contemplem os saberes técnico-operativos e que estabeleçam parâmetros para a atuação do assistente social; a centralidade de temáticas históricas, como os fundamentos do Serviço Social na construção das dissertações e teses; e a opção pelo referencial teórico epistemológico dialético-crítico nas produções, em razão do próprio movimento da categoria.

A produção do conhecimento em Serviço Social direciona-se ao movimento da realidade, de acordo com as transformações que incidiram sobre a identidade profissional e que sinalizam uma construção histórica e um direcionamento político. O Serviço Social emergiu enquanto profissão para intervir nas sequelas da questão social, decorrentes do processo de desenvolvimento da classe operária e das disputas, que se originaram da tensão entre capital e trabalho. Observa-se na produção de conhecimento uma preocupação em serem desvendadas as implicações das expressões da Questão Social e suas manifestações, que sinalizam a opção por estudos bastante atentos à realidade social e que demonstram uma preocupação com as consequências da relação capital e trabalho. São estudos que se caracterizam por um posicionamento bastante claro, direcionados pelo Projeto Ético-Político profissional, ou seja, a defesa intransigente dos direitos sociais e dos interesses dos sujeitos.

Historicamente, a produção de conhecimento em Serviço Social esteve direcionada à formação dos assistentes sociais, enquanto profissionais interventivos, e privilegiou fundamentalmente o aspecto técnico-operativo em detrimento da fundamentação teórica (KAMEYAMA, 1997). A busca por uma identidade profissional pode ser uma das principais justificativas pela escolha desse tipo de produção, que já representou uma tendência para a área. A partir da década de 70, os cursos de pós-graduação passaram a receber bolsas para os alunos dos cursos de mestrado. Sinaliza-se, portanto, uma produção de conhecimento em nível de pós-graduação recente, que permite formular perspectivas futuras, ao mesmo tempo que torna fundamental a problematização sobre o momento atual materializado no próprio PNPG. O que se pode reconhecer de fato é que são muitas as temáticas a serem investigadas, como também são enormes os desafios impostos ao profissional/pesquisador.

São inúmeras as questões, como são inúmeras as faces da violência, da pobreza e da exclusão social com as quais cotidianamente nos defrontamos nestes tempos de riscos e de incertezas, tempos de mudanças, de paradoxos que nos desconcertam e que estão muitas vezes além da nossa capacidade de explicação e compreensão. Tempos em que referências culturais e simbólicas que tornavam o mundo reconhecível estão colocadas em questão. Tempos de redefinição das relações da ordem capitalista, tempos de primazia do mercado e globalização neoliberal que instaura a guerra econômica dos países ricos com os países pobres (YASBEK; SILVA, 2005, p. 104).

As contradições que permeiam a própria realidade social, ora de conflitos, ora de mudanças e oportunidades, assinalam ainda mais os desafios ao exercício profissional e a construção de conhecimento científico na área. O assistente social é desafiado, cotidianamente, a reinterpretar a questão social que, por vezes, adquire outras roupagens, ao passo que temos, muitas vezes, a prática cerceada por limites impostos pelas próprias instituições, os quais imprimem direcionamentos ao exercício das ações interventivas. Os debates atuais ressaltam esses desafios e possibilidades, quais sejam: o surgimento de novas temáticas e de novos sujeitos sociais como os sem-terra, o trabalho infantil, a violência doméstica, as drogas, o envelhecimento populacional, o avanço de alternativas privatistas, com o crescimento do terceiro setor; a prevalência dos Programas de Transferência de Renda e a assistência social, constituída enquanto importante temática de estudo.

De acordo com um estudo realizado por Kameyama (1997) sobre a produção de conhecimento em Serviço Social, mais especificamente sobre as teses e dissertações defendidas de 1975 a 1997, evidencia-se a materialização de investigações direcionadas a temáticas como: prática profissional, formação profissional, teoria e método em Serviço Social e história da profissão. A temática do envelhecimento populacional (terceira idade) encontra-se apenas na décima terceira posição do *ranking* das produções, elaborado pela autora, sendo que os estudos centralizaram-se em aspectos como: a feminização da velhice, o processo de marginalização social do idoso asilado, o abandono pela família, a situação do idoso enquanto pessoa que tem a característica de ser idoso, a participação dos idosos em grupos de convivência, a consciência e a vivência da cidadania ao envelhecer e a participação política na Constituição de 1988.

Portanto, as produções centralizaram-se, em sua grande maioria, em conflitos vivenciados pela população idosa, sendo pré-determinados e direcionados a essa etapa do ciclo vital. Alguns estudos já se direcionavam a participação dos idosos em grupos de convivência, sinalizando uma aproximação com o aumento da expectativa de vida, com a prevenção de patologias e com a qualidade de vida.

Desafios são cada vez mais impostos ao trabalho do assistente social. O contexto histórico atual é permeado por transformações societárias, que acarretam mudanças na dinâmica da sociedade. Dentre o conjunto de transformações societárias, o fenômeno do envelhecimento da população em nível mundial representa um desafio para as instituições, para o Estado e para a sociedade de um modo geral.

O aumento acelerado da expectativa de vida pode ser visto de acordo com dois aspectos: o primeiro referente à sua associação com o desenvolvimento de países como o

Brasil e sob outro olhar que o relaciona a uma problemática social. O envelhecimento da população visualizado enquanto problema decorre da urgência em serem criadas políticas públicas que atendam às demandas deste segmento. Ainda são escassas as iniciativas na área da saúde, principalmente as destinadas a populações ainda mais vulneráveis dependentes do auxílio de outrem (CAMERANO, 2004).

O Serviço Social brasileiro ainda convive com as amarras provenientes da origem da profissão, quando esteve associada com práticas conservadoras e assistenciais. Entretanto, a categoria profissional dedicou-se ao longo da trajetória da profissão em debruçar-se sobre sua reconceituação, o que exigiu, por vezes, uma mudança de rumo, atrelando o Serviço Social à produção marxista. Montaña (2011) assinala a necessidade de a categoria desvendar os aspectos que legitimam a profissão.

O Serviço Social é uma profissão que, por sua ambiguidade nas expectativas e conceituações, por suas mudanças de rumo, às vezes significativas, tem dedicado um importante espaço intelectual à tentativa de responder sobre as causas de sua origem enquanto profissão e sua legitimação, bem como das funções que cumpre na sociedade e no Estado (MONTAÑO, 2011 p. 19).

A legitimidade da profissão é garantida pelas necessidades da população, que se transformam em demandas. Os assistentes sociais são convidados a discutir, da mesma forma, as perspectivas e possibilidades do exercício profissional e da própria produção de conhecimento ao se constatar o dinamismo da realidade social. As próprias políticas sociais passam a ser mascaradas sob uma perspectiva universalista, distante do plano da realidade. Redes de proteção social passam a ser estabelecidas sob a denominação de Seguridade Social e representam, na verdade, formas de lidar com as ameaças à ordem social, portanto dizem respeito a estratégias de controle.

Nesse contexto, estratégias de enfrentamento à questão social se fundam em mitos tais quais: políticas públicas são reconhecidas como formas ineficazes de darem respostas à questão social; inclusão significa a inserção no mercado; a política social é concebida como política de alívio da pobreza e a sua identificação, enquanto bondade (VIANNA, 2008). Os assistentes sociais, diante dessas tentativas constantes de desmantelamento, podem fomentar a resistência nos diferentes espaços e processos de trabalho. Resistência essa que presume um conhecimento apurado sobre a realidade social, passível de uma investigação profunda sobre o atual momento histórico. Esse aprofundamento perante as transformações societárias pode sinalizar e repercutir na produção de conhecimento na e sobre a área, que ainda carece de uma

maior problematização sobre o Serviço Social e o trabalho abstrato, como assinala Iamamoto (2008).

Reafirmam-se as mudanças significativas que o envelhecimento populacional tem produzido na sociedade, como o percentual cada vez mais elevado do número de idosos em contraposição aos jovens. As taxas de fecundidade têm, constantemente, diminuído em oposição ao acelerado aumento da expectativa de vida. Cada vez mais essa parcela da população tem feito tentativas de inserir-se no meio social, por intermédio das ações existentes, como as abordagens coletivas de caráter preventiva, os cursos de inclusão digital e até mesmo de preparação para o ingresso nesta que representa uma etapa do desenvolvimento humano. Mais vulnerabilizados, os idosos acometidos por patologias e que apresentam mudanças em seu grau de independência tendem a recorrer à hospitalização ou à institucionalização como formas de amenizar o sofrimento proporcionado por limitações (KUNZLER, 2009).

O Brasil ainda carece de iniciativas destinadas à população idosa, assim como o Serviço Social padece de produção de conhecimento na área. A produção e a socialização de conhecimento na área é fundamental para o desenvolvimento de políticas sociais e pode vir a representar até mesmo um caminho para os profissionais que trabalham com este público-alvo e que carecem de bibliografia sobre o tema.

Portanto, esses profissionais acabam, muitas vezes, necessitando de um “norte” que oriente as intervenções e baseiam-se no conhecimento produzido por profissionais de outras áreas, principalmente da Medicina e da Enfermagem. Essa centralidade suprime o próprio princípio da integralidade em saúde, que pressupõe um diálogo multidisciplinar.

Para que a temática do envelhecimento populacional, e mais especificamente do segmento mais vulnerabilizado – o dos idosos hospitalizados –, seja contemplada pela produção do conhecimento em Serviço Social, sugere-se a problematização sobre quatro aspectos: a heterogeneidade da velhice, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, a necessária abrangência das políticas sociais e as mudanças na organização da sociedade e na estrutura familiar, ocasionadas pelo aumento da expectativa de vida. Todos esses aspectos devem ser abordados, pois

[...] o nosso idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, também não é submetido a uma triagem de reabilitação. Tem sido encontrada, também, uma alta prevalência de problemas médicos facilmente

identificáveis e remediáveis entre os idosos que não são observados pelo médico responsável.⁶

Problematizar a situação do idoso no Brasil na contemporaneidade envolve a compreensão sobre a heterogeneidade da velhice, sobre as mudanças ocasionadas na estrutura social que condicionam a urgência de políticas sociais. Dentre elas, podem-se destacar as propostas direcionadas aos idosos dependentes/semidependentes, que estejam nesse momento vivenciando processos de hospitalização ou institucionalização. Inúmeros são os desafios, mas esses se encontram condensados em quatro eixos: o descompasso entre aumento da expectativa de vida e o investimento público; a reprodução de uma concepção equivocada sobre a velhice, que presume a homogeneidade entre seus membros; a vulnerabilidade dos idosos que apresentam limitações incapacitantes e idade mais avançada; a promoção de ações voltadas prioritariamente aos idosos ativos; e a supervalorização de outros segmentos populacionais.

De acordo com levantamento realizado sobre as produções científicas, relacionadas à temática da hospitalização do idoso e da atenção domiciliar, observa-se uma concentração e uma centralidade dos estudos realizados pela Medicina e pela Enfermagem. Nesses estudos, foram problematizados aspectos que envolvem o processo de hospitalização do idoso e a atenção domiciliar, enquanto uma alternativa às reinternações, tais como: cuidados com o idoso hospitalizado sob a perspectiva da enfermagem; tomada de atenção ao paciente idoso hospitalizado; representações da saúde na velhice; vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar; atenção básica e assistência domiciliar; características de pessoas idosas em condições de alta hospitalar; avaliação social do idoso dependente da assistência domiciliar; e o cuidado do idoso no contexto familiar.

Observa-se, nas 22 produções encontradas sobre hospitalização do idoso e atenção domiciliar, uma prevalência de 68% das produções científicas divididas entre as áreas de Enfermagem e Medicina, e 20% de produções relacionadas a áreas como Psicologia, Fisioterapia, Gerontologia Social e Serviço Social. Uma parcela de 12% da produção apresentou conteúdo retido, não podendo ser visualizada a procedência das áreas dos estudos. Foi encontrada apenas uma produção do Serviço Social direcionada à avaliação social do idoso dependente da assistência domiciliar, ou seja, representa uma construção que problematiza as alternativas vigentes frente às reinternações frequentes. Segue uma

⁶ Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=91. Acesso em: 21 de abril de 2012.

demonstração gráfica sobre as temáticas das teses e dissertações encontradas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira.

Quadro 7 – Produção do conhecimento sobre a hospitalização do idoso e a internação/assistência domiciliar

Temática	Número de Produções/ %		Concentração
Idoso Hospitalizado e os Cuidados da Enfermagem	7	33%	Enfermagem
Internações Hospitalares entre Idosos	1	4%	Medicina
Tomada de Decisão ao Paciente Hospitalizado	1	4%	Medicina
Representações de Saúde-Doença na Velhice	2	9%	Enfermagem
Cuidadores de Idosos	3	13%	2 Enfermagem, 1 Gerontologia
Assistência Domiciliar ao Idoso	7	33%	2 Enfermagem, 1 Serviço Social, 3 Conteúdos Retidos, 1 Gerontologia Social
Visão do Estagiário de Fisioterapia em Relação à Velhice do Idoso	1	4%	1 Fisioterapia

Fonte: A autora (2014).

Como resultado da busca por teses e dissertações que contemplassem as temáticas da hospitalização do idoso e da atenção domiciliar, observa-se a centralização dos estudos em áreas bastante específicas. Constata-se uma produção distante de uma multidisciplinaridade e discutida apenas por profissionais da saúde. Não se pode inferir até que ponto tais produções encontram-se alinhadas com os princípios do SUS, principalmente no que se refere ao princípio da integralidade na saúde que pressupõe um debate sobre um conceito ampliado, que vai além de uma assistência curativa e de aspectos biológicos.

A saúde é resultante dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de diversos fatores, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. Cabe, assim, ao Estado dar condições efetivas para que a saúde possa garantir melhores condições de vida, refletindo na alimentação, lazer, transporte, emprego, moradia, por meio da luta cotidiana e do exercício ao direito de cidadania (HOFFMANN, 2011, p. 24).

Considera-se, portanto, que o Serviço Social carece de produções acerca dos significados da hospitalização do idoso e sobre as perspectivas da atenção domiciliar, devido às escassas produções sobre a temática e às importantes contribuições dos assistentes sociais para a materialização de ações e produção de conhecimento, que contemplem mais

significativamente a população idosa. Sinaliza-se, também, a importância destas produções científicas por contribuírem com a atuação do assistente social em instituições hospitalares, ou nos próprios programas de atenção domiciliar, para que, dessa forma, possam ser discutidos aspectos que envolvem a dimensão técnico-operativa do Serviço Social.

Representam proposições para a superação de desafios quanto à produção de conhecimento, o aumento da produção teórica sobre a hospitalização do idoso e a atenção domiciliar, a socialização de resultados quanto aos dados referentes ao envelhecimento populacional em seus diferentes aspectos e do conhecimento sobre o trabalho profissional dos assistentes sociais. No que se refere à prática profissional do assistente social e especificamente em sua relação com a saúde, destaca-se a necessária consolidação de estratégias tais como a articulação da rede, a realização de um trabalho interdisciplinar e a superação das tensões entre demandas institucionais e as demandas dos usuários. Essas estratégias podem ser materializadas através da sensibilização com as temáticas sociais, com a socialização (propagação) das práticas institucionais com o intuito de que se ampliem, com a avaliação das possibilidades de intervenção e criação de alternativas para sua expansão. Para todas as estratégias de intervenção destacadas e dos desafios elencados ressalta-se o predomínio do comprometimento com o projeto ético-político em contrapartida a fragilidade da rede de suporte social existente.

6 CONCLUSÃO

Com o intuito de investigar os significados da hospitalização do idoso, o estudo se propôs a evidenciar os aspectos que envolvem o envelhecimento populacional, pano de fundo para as discussões sobre essa importante transformação societária sob o prisma das políticas sociais e a rede de suporte social existente. Nesse sentido, evidenciou-se que o aumento do número de idosos acarreta importantes mudanças sociais, principalmente no que se refere à saúde. O setor saúde tem se modificado em decorrência do acesso contínuo aos serviços, realizado pela população a partir dos 60 anos. Dentre as iniciativas voltadas à população idosa, destaca-se, nessa produção teórica, a atenção domiciliar.

Para além da atenção domiciliar, a proposta investigativa buscou fornecer subsídios para as discussões acerca da relação saúde e envelhecimento populacional, no que se refere à hospitalização do idoso. A hospitalização se constitui enquanto um serviço de alta complexidade bastante acessado pelo idoso, em virtude do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas mais comuns nessa faixa etária. Apesar dos esforços em garantir o acesso à saúde por parte dessa parcela populacional, constatou-se que, no que se refere aos idosos mais vulneráveis, aqueles com idade mais avançada e que convivem com um processo de adoecimento e comorbidades, a hospitalização constitui-se como alternativa central. Durante o processo de hospitalização, tanto idosos quanto seus familiares manifestaram sentirem-se seguros ao longo da internação, em virtude de serem ofertadas condições indisponíveis no ambiente doméstico. Dentre essas condições, destaca-se o suporte dos profissionais da saúde ao longo do processo de hospitalização e o próprio estabelecimento de relações.

Ressalta-se a centralidade da hospitalização na vida dos sujeitos entrevistados, idosos e familiares em razão da debilidade ocasionada pelo processo de adoecimento e suas consequências, principalmente quanto à diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diária. Os idosos manifestaram dificuldades em realizar atividades básicas como locomover-se e realizar a higiene pessoal. Durante o processo de hospitalização, essas dificuldades foram atenuadas em razão dos cuidados administrados pelas equipes de saúde. Contudo, em alguns casos, a hospitalização ocasionou estresse aos sujeitos diante das rotinas hospitalares. Entretanto, em sua grande maioria os depoimentos revelaram aspectos positivos da hospitalização. O número de internações contribui para os significados atribuídos à hospitalização, sendo que 66% dos entrevistados realizaram mais de 3 internações hospitalares. O número de internações tende a ser crescente, tendo em vista que grande parte

dos idosos e de seus familiares manifestou desconhecer o número exato de hospitalizações realizadas. Esse dado articula-se com o aumento de idosos em idade avançada, realidade comum aos sujeitos da pesquisa, sendo que 80% deles possui 80 anos ou mais. Os idosos em idade avançada e que apresentam qualquer tipo de comorbidade são considerados mais vulneráveis, conforme autores como Camarano (2004), Agich (2008), Bocca (2012) e Froemming (2012).

Destacou-se também a transversalidade do adoecimento na vida dos sujeitos, representando esse um elemento que incide sobre aspectos como os significados atribuídos à velhice e à saúde, assim como delimita a existência de perspectivas de vida. Alguns familiares manifestaram a necessidade da contratação de um cuidador. Aqueles que não dispõem de condições econômicas de arcar com os custos provenientes de cuidados específicos acabam reformulando os papéis familiares conjuntamente como o aumento da responsabilidade das famílias. O processo de adoecimento do idoso contribui com a formação de novos papéis no contexto familiar, principalmente mediante o surgimento da figura do cuidador. A transversalidade do adoecimento na vida dos sujeitos também proporciona à família um papel central, pois sua organização representa a principal estratégia para a superação de um contexto complexo, como o aumento da debilidade física e dependência. A fragilidade da rede de apoio ao idoso, apesar de importantes documentos como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e da Portaria nº 73 de 2001 (BRASIL, 2001) sobre as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil e de outros documentos importantes como a Portaria nº 73 de 2001 (BRASIL, MPAS, 2001) e o Pacto pela Saúde (BRASIL, MS, 2006), ainda é uma realidade brasileira. Seguidamente os profissionais da saúde são desafiados a superar esse contexto e criar estratégias, inclusive os assistentes sociais. Nesse sentido, os assistentes sociais pesquisados têm recorrido à judicialização das demandas e à realização de encaminhamentos aos órgãos competentes. A ausência de uma maior articulação entre as políticas sociais, principalmente entre a saúde, a previdência e a assistência, tem transformado a fragilidade da rede de apoio em um desafio profissional.

Nesse contexto, a organização familiar torna-se o eixo da rede de apoio ao idoso dependente, em razão da fragilidade da rede de suporte social existente e da reprodução de uma construção social que atribui papéis centrais à família como a responsabilidade pela recuperação física de seu familiar idoso. A centralidade da organização familiar para a recuperação dos idosos dependentes só será superada através da formulação de uma política social específica para além da primazia da responsabilidade familiar que se encontra presente

no próprio Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). A responsabilidade familiar apresenta contradições, pois a criação de papéis como a do cuidador está relacionada com o provimento financeiro familiar, sendo ambas importantes transformações societárias decorrentes do envelhecimento populacional. A ressignificação da velhice representa uma alternativa aos estigmas existentes, pois possibilita um olhar mais atento em relação à heterogeneidade da velhice e às demandas do idosos. Como estratégia, a ressignificação da velhice representa a possibilidade de consolidação de uma rede de apoio fundada na responsabilização do Estado, no que se refere ao bem-estar da população a partir dos 60 anos.

Esse novo olhar sobre a velhice representa uma das finalidades do exercício profissional do assistente social no seu trabalho com idosos. Esse comprometimento sugere uma aproximação com o projeto ético-político profissional por aproximar-se da realidade cotidiana dos usuários e, dessa forma, serem desveladas demandas explícitas e implícitas decorrentes da questão social. O exercício profissional do assistente social em instituições hospitalares convive com desafios oriundos da tensão entre demandas institucionais e as demandas dos usuários, com destaque para a organização para o período pós-hospitalar, a inexistência de vínculos familiares, a institucionalização em lares de longa permanência e, em contrapartida, a urgência pela liberação de leitos. Por outro lado, o comprometimento com as demandas dos usuários representa uma das estratégias para a materialização da relativa autonomia profissional. A consolidação da relativa autonomia profissional depende da criação de estratégias profissionais, dentre elas a inserção da pesquisa no exercício profissional. Por esse motivo, destacou-se nessa produção teórica a relevância do empenho por parte dos assistentes sociais, pesquisadores e acadêmicos quanto à materialização de propostas investigativas, especificamente quanto à temática do envelhecimento populacional.

Outro aspecto importante destacado refere-se à relação entre Serviço Social e saúde, espaço sócio-ocupacional do assistente social. No que se refere a essa relação, ressaltou-se o contexto histórico em que Serviço Social e saúde desenvolveram-se completamente dependentes de um contexto macrossocietário com a agudização do capitalismo e do neoliberalismo. Nesse cenário, a proposta da reforma sanitária, atrelada à identidade profissional do assistente social, confrontou-se, assim como nos dias de hoje, com uma lógica privatista. A Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei 8.080 (BRASIL, 1990) representaram importantes conquistas para o setor saúde, pelo alinhamento com a proposta de uma saúde pública e universal. A Constituição Federal retratou o contexto do país naquela

época com o crescente apelo popular, tendo implicado na criação do atual Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993), fruto de um movimento de ruptura.

Apesar dos esforços em relação ao estímulo à pesquisa e produção de conhecimento em Serviço Social que foi expandida em decorrência da criação dos cursos de pós-graduação, as construções teóricas sobre o processo de hospitalização do idoso ainda encontram-se bastante atreladas às profissões da área da saúde, principalmente da Enfermagem, Medicina e Fisioterapia. Por esse motivo, esta tese teve como objetivo evidenciar os aspectos que envolvem o processo de adoecimento do idoso ressaltado ao longo do processo de hospitalização sob o olhar do Serviço Social. Um olhar identificado com o referencial teórico-epistemológico dialético-crítico e, por esse motivo, com a pesquisa qualitativa em que se torna evidente a importância dos dados empíricos decorrentes da história de vida dos sujeitos e de uma realidade dinâmica.

A opção pelas categorias envelhecimento populacional, hospitalização do idoso, saúde e Serviço Social e pelas categorias empíricas – dependência, atenção domiciliar e suporte social –, ocorreu em virtude da trajetória da doutoranda e da exposição dos sujeitos entrevistados com destaque para as suas experiências de vida. O estudo destacou também as particularidades que envolveram a coleta de dados em ambientes hospitalares, com destaque para a complexidade da internação e do convívio com rotinas pré-determinadas. Nesse sentido, o processo investigativo esteve vinculado ao interesse em desvendar os aspectos que envolvem o envelhecimento populacional e os elementos presentes na relação entre Serviço Social e saúde para que, dessa forma, fosse realizada uma discussão sobre atuação profissional com idosos hospitalizados. A presente tese representou uma construção teórica que buscou aproximar-se da realidade dos idosos dependentes, da organização familiar e de uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, denominada de atenção domiciliar.

Sobre a atenção domiciliar, foram destacados as possibilidades e os desafios do trabalho desenvolvido no espaço doméstico. Constituem-se desafios profissionais a falta de recursos materiais, principalmente com relação à locomoção e aspectos da vida cotidiana dos usuários, como a sobrecarga dos cuidadores, as condições econômicas das famílias e as condições das moradias. Ou seja, foi realizada uma associação entre desafios profissionais e o contexto no qual encontram-se inseridos os próprios usuários dos serviços, sendo esse um entrave quanto ao desenvolvimento das ações. As alternativas para esses desafios referem-se principalmente ao reconhecimento sobre a importância do trabalho desenvolvido e à valorização da relevância da socialização de informações sobre os cuidados em domicílio.

Nesse sentido, o Programa Melhor em Casa (BRASIL, MS, 2013) foi criado com o intuito de dar prosseguimento a essas ações em detrimento de uma demanda crescente, com objetivos mais centrados na redução do número de internações e na diminuição de custos, decorrentes da procura pelos serviços de alta complexidade. Entretanto, sobrepuseram-se, através das constatações dos profissionais participantes, a humanização e a integralidade que o cuidado em domicílio proporciona aos usuários, não só pela socialização de informações, mas também pela articulação realizada conjuntamente com a atenção básica. Contraditoriamente, a existência de Unidades Básicas de Saúde não é um critério para a inclusão dos municípios e a criação de novos serviços de atenção domiciliar, conforme a Portaria 963 (BRASIL, MS, 2013). Apesar das características humanizadoras das ações, destacam-se critérios como a presença de um cuidador que se responsabilize pelos cuidados em domicílio. Esse critério inibe a participação dos idosos mais vulneráveis, pois muitos não possuem mais vínculos familiares. Para aqueles que vivenciam os cuidados em domicílio e que se encontram inseridos no Programa, a atenção domiciliar é sinônimo de esperança e renovação, pela participação mais ostensiva das famílias no cotidiano do idoso sendo evidenciada através dos depoimentos dos sujeitos.

Apesar de toda fundamentação teórica realizada e das exposições de idosos, familiares e assistentes sociais, o estudo apresentou algumas limitações principalmente com relação à amostra, pois demonstra a vivência cotidiana de situações como a hospitalização, a dependência, a sobrecarga das famílias e o ingresso na rede de apoio, através de um pequeno universo. Dessa forma, não puderam ser estabelecidas, ao longo dessa construção teórica, generalizações sobre os aspectos mencionados, embora todas essas situações façam parte de um contexto mais amplo em que se inserem os idosos brasileiros. O objetivo maior do estudo, portanto, foi desvendar os significados do processo de hospitalização para idosos e familiares, assim como socializar experiências com relação ao trabalho com idosos em instituições hospitalares e também na atenção domiciliar, em virtude do reconhecimento sobre a importância da produção do conhecimento como uma alternativa para o fomento da criação de políticas sociais.

Sobre os objetivos específicos do estudo constata-se que todos foram contemplados, conforme o depoimento dos sujeitos e a revisão bibliográfica realizada. Os significados do processo de hospitalização foram revelados através dos relatos de idosos e familiares, em que foram evidenciadas contradições como a segurança e a insegurança vivenciada pelos idosos. Como exemplo da segurança mencionada pelos idosos pode-se destacar o acesso aos recursos médicos em razão da inserção do idoso em um serviço de alta complexidade. Apesar desse

acesso mais facilitado, alguns idosos manifestaram o desejo de retorno aos seus domicílios em detrimento das rotinas hospitalares. Observa-se também nos depoimentos uma ressignificação dos significados atribuídos à hospitalização. Idosos e familiares manifestaram estabelecer relações no ambiente hospitalar com a equipe e com outros sujeitos que estejam vivenciando essa mesma experiência. Esses depoimentos revelam uma concepção de saúde bastante centralizada nos serviços de alta complexidade, representando a alternativa mais acessada pelos idosos e familiares.

O ingresso contínuo dos idosos nos serviços de alta complexidade evidencia a importância de serem identificados os aspectos que envolvem a atuação profissional dos assistentes sociais. Nesse sentido, destaca-se que os assistentes sociais participam do processo de hospitalização do idoso, principalmente com relação à organização voltada para o período pós-hospitalar e identificam nessa atuação desafios profissionais como a fragilidade da rede de suporte social e de sua articulação e também uma tensão nos espaços sócio-ocupacionais entre demandas institucionais e as demandas dos usuários. Como alternativas profissionais visualiza-se um alinhamento das intervenções realizadas com o projeto ético-político, através da sensibilização profissional com as demandas sociais, especificamente com relação ao envelhecimento populacional. Ressalta-se também a insatisfação dos profissionais com relação à rede de apoio existente, sendo que muitas das demandas de idosos e familiares acabam por “esbarrar” na precariedade da atenção dispensada pelo Estado, mencionada constantemente nesta tese através da responsabilização das famílias. São demandas explícitas identificadas à urgência pela liberação de leitos, objetivo institucional e contraditoriamente a continuidade da hospitalização por período prolongado. Como demandas implícitas o ingresso do idoso nos serviços existentes e o conhecimento acerca dos direitos sociais e dos recursos comunitários.

A fragilidade da rede de apoio existente, foi evidenciada no mapeamento dos serviços destinados aos idosos dependentes em que se evidencia também a necessária incorporação de alternativas como a materialização dos serviços contidos na Portaria 73 de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre as modalidades de atendimento ao idoso. Nesse contexto representam os principais elementos da rede de apoio ao idoso dependente, a hospitalização, a institucionalização e a solidariedade familiar. São dificuldades presentes na vida cotidiana quanto à rede de apoio, os riscos decorrentes das internações hospitalares como a ocorrência de infecções hospitalares, a inexistência de instituições públicas de longa permanência no município para idosos dependentes, a sobrecarga familiar e o desconhecimento dos idosos e familiares com relação a documentos como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Observa-se

que o ingresso do idoso em instituições hospitalares e em instituições de longa permanência e a organização familiar representam estratégias de idosos e familiares para superarem as implicações decorrentes do adoecimento. Destaca-se o desconhecimento de idosos e familiares sobre alternativas como a atenção domiciliar e também não foi realizada menção a atenção básica, como uma alternativa aos cuidados em saúde. Os depoimentos sugerem uma concepção de saúde associada ao tratamento e a cura de patologias e distante da prevenção de doenças. Essa associação pode ser realizada em virtude dos significados atribuídos à hospitalização e também pelas condições de saúde do idoso.

Apesar da realização de intervenções pautadas por princípios como a integralidade e a humanização, a atenção domiciliar ainda não adquiriu a amplitude desejada. A visibilidade das ações da atenção domiciliar também constitui-se como desafio as equipes, podendo ser alcançada através da produção de conhecimento e de uma aproximação cada vez mais efetiva com as demandas da população. A socialização de dados quanto à diminuição dos custos hospitalares e das reinternações por intermédio da atenção domiciliar ainda representa uma incógnita, sendo esses os principais objetivos do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2013). A atenção domiciliar se legitima como alternativa a hospitalização do idoso, pois representa um novo modelo de atenção a saúde por reconhecer aspectos da vida cotidiana, como a história de vida, as relações e a organização familiar dos sujeitos. Durante a atenção domiciliar e principalmente após a alta domiciliar é realizada a articulação com a atenção básica, de acordo com as necessidades de saúde. Para além da socialização das experiências de atenção domiciliar, a ampliação dos serviços também é uma proposição, assim como, a superação de critérios de exclusão.

Representam proposições para o idoso dependente, conforme o estudo realizado, a qualificação dos serviços existentes, a incorporação de novas modalidades de atendimento ao idoso como a criação de espaços transitórios entre a hospitalização e o domicílio, a viabilização de contrapartida financeira para os familiares cuidadores concomitantemente com o apoio de equipes profissionais capacitadas para o cuidado, a ampliação dos serviços de atenção domiciliar, a capacitação profissional e a contratação de novos profissionais para que atuem nos espaços sócio-ocupacionais face a demanda dos idosos. O assistente social pode contribuir com a materialização dessas proposições através da visibilidade as questões que envolvem o envelhecimento populacional e as demandas dos idosos e da socialização de experiências profissionais. A divulgação dos resultados de abordagens investigativas sobre a população idosa contribuem para a produção de conhecimento e viabilizam as atuais discussões sobre as perspectivas futuras.

7 REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Lei de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social**. CFESS: 2002.

AGICH, George. **Dependência e autonomia na velhice**: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola, 2008.

AGUSTINI, Josiane, NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira MERCOSUL**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 102, 2010.

ALCANTARA, Luciana da Silva, VIEIRA, João Marcos W. **Serviço social e humanização na saúde**: limites e possibilidades. Revista Textos e Contextos, São Paulo, v. 12, n. 2, 2013.

ALMEIDA, Marco Antônio B. de, GUTIERREZ, Gustavo Luis, MARQUES, Renato. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades/USP, 2012.

AMARAL, Nilcéia Noli do. Assistência Domiciliar à Saúde (HOME HEALTH CARE): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, v. 3, n.9, 2001.

ANDREATTA, Ana Paula Fabbris. **Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso**. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, 2011.

ANDUÉ, Ângela, GIONGO, Glaer Cristina, SILVA, Rizer Alves da, OLIVEIRA, Tatiana Pereira de. Processo de Institucionalização do Idoso Dependente e Deficiente. In: NETO, Honor de Almeida. **Práticas de Pesquisa em Serviço Social**. Edição do autor: Canoas, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico para Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Brasil: 2006.

AREOSA, Silvia Virgínia Coutinho. **Envelhecimento humano**: realidade familiar e convívio social de idosos do RS e da Catalunha. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho, ARAÚJO, Cíntia K., CARDOSO, Cláudia Maria Corrêa, MARION, Daielle, MOREIRA, Etiane Pereira. Relações Pessoais. In: AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento humano**: realidade familiar, convívio social de idosos do RS e da Catalunha. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BALDISSERA, Sônia. Estratégias de superação de maus-tratos e abuso financeiro sofridos pelos idosos. In: TERRA, Newton Luiz, BÓS, Ângelo J. G., CASTILHOS, Nara. **Temas sobre o envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social**: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras, 2003.

BARRILI, Heloísa de Carvalho, ARAÚJO, Jairo Melo, BULLA, Leonia Capaverde. **A pesquisa em serviço social e nas áreas humano-sociais**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

BATISTA, Anália S; JACCOUD, Luciana de Barros; AQUIRIO, Luseni. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.

BISOGNIN, Maristela. Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): é fundamental a efetivação da política de envelhecimento ativo. In: TERRA, Newton Luiz, BÓS, Ângelo J. G., CASTILHOS, Nara. **Temas sobre o envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

BOCCA, Anderson Weber. **Perfil Sócio-Demográfico e Demandas dos Idosos em uma Unidade de Saúde de Santa Cruz do Sul**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2012.

BONETTI, Dilséa Adeodata. **Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 2003.

BORGES, Ângela. Reestruturação produtiva, família e cuidado: desafios para os políticas sociais. In: BORGES, Ângela, CASTRO, Mary Garcia. **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Institui a Constituição Federal do Brasil. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 dez. 2012.

_____. *Lei. 8662*, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

_____. *Lei. 8842*, de 4 de janeiro de 1994. Institui a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume/idosolei8842.htm>>. Acesso em: 12 abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 1395/GM*, de 10 de dezembro de 1999. Institui A Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 22 de novembro de 2012.

_____. *Portaria 073* de 10 de maio de 2001. Dispõe sobre as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Disponível em: <www.saudeidoso.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 02 de julho 2014.

_____. *Lei. 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Institui o Estatuto do Idoso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil>>. Acesso em: 9 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.528*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 12 de abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução Diretoria Colegiada RDC 11*, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*: Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.029*, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109382-2029.html?q=>>. Acesso em: 12 de abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. *Caderno de Atenção Domiciliar*, Departamento de Atenção Básica, Brasília-DF, v. 1, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Departamento de Atenção Básica, Brasília-DF, v.2, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.529*, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no Âmbito do SUS. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/AtenDom252>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.428*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 12 de abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 963*, de 27 de maio de 2013. Dispõe sobre a Atenção Domiciliar. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 12 de abril 2013.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do SS e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 102, 2010.

BULLA, Leonia Capaverde. Tendências teóricas e metodológicas na formação profissional do assistente social. In: BARRILI, Heloísa de Carvalho; ARAÚJO, Jairo Melo; BULLA, Leonia Capaverde. **A pesquisa em serviço social e nas áreas humano-sociais**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

BULLA, Leonia Capaverde. Qualidade de vida da família do idoso com alzheimer e políticas sociais. In: HERÉDIA, Vânia Beatriz; LORENZI, Dino R. de; FULA, Alcindo Antônio. **Envelhecimento, saúde e políticas sociais**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

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

CAMARANO, Ana Amélia. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CARDOSO, Franci Gomes. *Fundamentos Históricos e Teórico-Methodológicos do Serviço Social: tendências quanto à concepção e organização de conteúdos na implementação de diretrizes curriculares*. *Revista Temporalis*, São Paulo, ano VII, n. 14, 2007.

CAUDURO, Maria Heloísa Fialho. **Estudo Comparativo das Condições de Vida e de Saúde entre Idosos de Porto Alegre e Manaus**. 2011. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

CELICH, Kátia Lílian Sendrez; GOLDIM, José Roberto. Capacidade para tomada de decisão e as implicações na qualidade de vida na velhice. In: SANTIN, Janaína Rigo Santin; BERTOLIN, Telma Elita; DIEHL, Astor Antônio. **Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida**. Passo Fundo: UPF, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. *Resolução nº 273*, de 13 de março de 1993.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. *Resolução nº 15*, de 13 de agosto de 2002.

COMITÊ Temático Interdisciplinar Saúde do Idoso. Sobre as Condições de Saúde do Idoso: indicadores selecionados. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 12 de abril 2013.

CRIADO seguro para atendimento na velhice:1994. Disponível em: www.dw.de/1994-criado-seguro-para-atendiemnto-na-velhice/a-781636. Acesso em: 12 de setembro de 2014.

CRUVINEL, Tomaz Alberto. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida nos Idosos na Saúde da Família**. 2009. Trabalho de conclusão (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Uberaba/MG, 2009.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. São Paulo: Cortez, 2002.

DINIZ, Regina Célia, SILVA, Iolanda Barbosa. **O método dialética e suas possibilidades reflexivas. Paraíba**: EDUEP, 2008.

DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto José Corrêa da. **Investindo no envelhecimento saudável**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

ESPÍNDOLA, C.R., BLAY, S.L. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007.

FAGUNDES, Mara Helena S. A Instituição de longa permanência para idosos em área de estratégia de saúde da família. In: TERRA, Newton Luiz; BRÁS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara. **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em serviço social**. São Paulo: Cortez, 2001.

FERREIRA, José Wesley. Questão social e intervenção profissional dos assistentes sociais. **Revista Textos e Contextos**, PUCRS, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 2010.

FILHO, João Macedo Coelho, Fragilidade: trajetórias de uma nova abordagem ao idoso. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Fortaleza, v. 4, n. 1, 2010.

FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: JUNIOR, Celestino Alves da Silva. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2004.

FROEMMING, Miriam Beatriz. Necessidade de intervenção – O idoso no contexto familiar e social: em busca de suporte e apoio. In: AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento humano: realidade familiar, convívio social de idosos do RS e da Catalunha**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

FUCHS, Ivê Terezinha Paludo. Internação domiciliar: significados para a qualidade de vida dos idosos e implicações para o modelo de atenção. In: TERRA, Newton Luiz; BRÁS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara. **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

FURTADO, Maria da Graça. Participação social da pessoa idosa no fórum do idoso. In: TERRA, Newton Luiz; BRÁS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara. **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. São Paulo: Cortez, 1983.

GAMBOA, Silvio Ancizar Sanchez. A Dialética na Pesquisa em Educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2004.

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

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. São Paulo: Cortez, 2002.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase, TOURINHO, Francis Solange Vieira. **Enfermagem no Cuidado ao Idoso Hospitalizado**. São Paulo: Manole, 2012.

GUÉ, Rosa Maria. Envelhecimento ativo: uma nova estratégia de abordagem da velhice. In: TERRA, Newton Luiz; BÓS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara. **Temas sobre o envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

HERÉDIA, Vânia Beatriz; LORENZI, Dino R de; FULA, Alcindo Antônio. **Envelhecimento, saúde e políticas sociais**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

HERÉDIA, Vânia Beatriz; CORTELETTI, Ivonne Assunta; CASARA, Miriam B. O processo de envelhecimento e a institucionalização do idoso. In: HERÉDIA, Vânia Beatriz; LORENZI, Dino R. de; FULA, Alcindo Antônio. **Envelhecimento, saúde e políticas sociais**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

HOFFMANN, Edla. **A integralidade e o trabalho do assistente social**: limites e possibilidades na estratégia saúde da família. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **O serviço social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis Pelos Domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: 2002.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Um Panorama de Saúde no Brasil- Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro: 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 de maio 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: 2013.

KAMEYAMA, Nobuco. A Trajetória da Produção de Conhecimentos em Serviço Social: avanços e tendências (1975-1997). In: **Diretrizes Curriculares e Pesquisa em Serviço Social**. Cadernos da ABESS. Cortez: São Paulo, 1997.

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

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

KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

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

LANA, Letice Dalla. **Fragilidade do Idoso Internado e o Significado da Fragilidade para a Equipe de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2013.

LOUREIRO, Lara de Neves Sá, FERNANDES, Maria das Graças Melo. Sobrecarga de Cuidadores Familiares de Idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, Jael. A pesquisa qualitativa. In: JUNIOR, Celestino Alves da Silva. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2004.

MENDIONDO, Marisa Silvana Zazzetta; BULLA, Leonia Capaverde. Suporte social para idosos. In: DORNELLES, Beatriz, COSTA; Gilberto José Corrêa da. **Investindo no envelhecimento saudável**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MENDIONDO, Marisa Silvana Zazzetta de. Reaprender a lidar com o envelhecimento e a velhice: um desafio de final de século. In: BARRILI, Heloísa de Carvalho; ARAÚJO, Jairo Melo; BULLA, Leonia Capaverde. **A pesquisa em serviço social e nas áreas humanossociais**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. São Paulo: Cortez, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso, Trabalho com Famílias: um desafio para os assistentes sociais, **Revista Textos e Contextos**, n. 3, 2004.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTAÑES, Maria Concepción M et al. Qualidade de vida no envelhecimento. In: AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento humano: realidade familiar, convívio social de idosos do RS e da Catalunha**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

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

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação social da saúde: fundamento teórico conceitual da reforma sanitária brasileira**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, 2013.

MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social e saúde: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MOTTA, Alda Britto da. Família e gerações: atuação dos idosos hoje. In: BORGES, Ângela, CASTRO, Mary Garcia de. **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, 2007.

MOURA, Giselle Alves de, SOUZA, Luciana Karine de. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Revista Textos e Contextos**, PUCRS, v. 11, n. 1, 2012.

NETO, Honor de Almeida. **Prática de pesquisa em serviço social**. Canoas: Edição do Autor, 2009.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo. Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. In: MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social e saúde: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria R.; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social e saúde: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVAR, Mônica Limone Pereira. O Campo Político da Saúde do Trabalhador e o Serviço Social. **Revista Serviço Social e Saúde**, n. 102, 2010.

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

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006.

PERIN, Silvana Dóris. **Serviço social no ministério público: um mundo a desvendar e identidade (s) a construir.** 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2010.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

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

PROGRAMA Melhor em Casa. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidada/melhor-em-casa> Acesso em: 12 dez. 2013.

PROPORÇÃO da população que refere internação hospitalar nos últimos 12 meses. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/f24.def>. Acesso em: 15 de julho de 2014.

RAUPP, Heraida Cyreli. **A construção de um sistema democrático para a política de assistência social.** 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2012.

REIS, Carlos Nelson dos. A relação Estado-Sociedade: o desmonte das instituições sociais e a exclusão social. In: BARRILI, Heloísa de Carvalho, ARAÚJO, Jairo Melo, BULLA, Leonia Capaverde. **A pesquisa em serviço social e nas áreas humano-sociais.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

REMOR, Camila Bitencourt, BÓS, Ângelo José Gonçalves, WERLANG, Maria Cristina. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, volume 21, nº 3, 2011.

RODRIGUES, Natália Oliveira, NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade Social, Individual e Programática em Idosos da Comunidade: dados do estudo FIBRA. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, vol. 08 nº 17, 2012.

RESENDE, Marência Crossara. Saúde Mental e Envelhecimento. **Revista Psico**, Uberlândia, v. 42, n. 1, 2011.

RODRIGUES, Nara Costa, TERRA, Newton Luís. **Gerontologia Social para Leigos.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** São Paulo: Cortez, 2006.

SANTIN, Janaína Rigo Santin; BERTOLIN, Telma Elita; DIEHL, Astor Antônio. **Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida.** Passo Fundo: UPF, 2009.

SEANDOLARA, Luisandro Bento. A importância dos vínculos afetivos para o envelhecimento ativo. In: TERRA, Newton Luiz; BÓS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara. **Temas sobre o envelhecimento ativo.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

SETUBAL, Aglair Alencar. **Pesquisa em serviço social: utopia e realidade**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Carine Alves da; MARCO, Cristina de; SILVA, Fabiana T.; PASQUALOTTI, Adriano. Percepção psicossocial de processo de envelhecimento. In: SANTIN, Janaína Rigo; BERTOLIN, Telma Elita; DIEHL, Astor Antônio. **Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida**. Passo Fundo: UPF, 2009.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da, SANTOS, Álvaro da Silva. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Revista Einstein**, Minas Gerais, v. 11, n. 4, 2013.

SILVEIRA, Lúcia Rublescki. **O serviço social e o controle social na saúde: uma análise sob a perspectiva dos assistentes sociais**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2013.

SIMÃO, Andréia B. A atuação do serviço social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, 2010.

SOBRINHO, Liton Lanes Pilau. Comunicação, direito à saúde e participação social. In: SANTIN, Janaína Rigo Santin; BERTOLIN, Telma Elita; DIEHL, Astor Antônio. **Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida**. Passo Fundo: UPF, 2009.

SOUZA, Alessandra Lenise Machado de. A importância da atuação interdisciplinar na atenção integral ao idoso. In: TERRA, Newton Luiz; BRÁS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara. **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Participação e controle social. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, Joaquina Barata, BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS: 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2007.

TERCEIRA idade – dados estatísticos sobre os idosos. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=91. Acesso em: 21 de abril de 2012.

TERRA, Newton Luiz; BRÁS, Ângelo J. G.; CASTILHOS, Nara (Orgs.). **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

TOLOTTI, Márcia. A estigmatização do envelhecimento. In: HERÉDIA, Vânia Beatriz; LORENZI, Dino R. de; FULA, Alcindo Antônio. **Envelhecimento, saúde e políticas sociais**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

TURCK, Maria da Graça Maurer Gomes. Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais. In: NETO, Honor de Almeida. **Práticas de pesquisa em serviço social**. Canoas: Edição do Autor, 2009.

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

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elisabete. **Serviço social e saúde**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In: BEHRING, E.R, ALMEIDA, M.H. **Trabalho e Seguridade Social: Percursos e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2008.

YASBEK, Maria Carmelita; SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Das Origens à Atualidade da Profissão: a construção da Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil. In: CARVALHO, Denise Bontempo; SILVA, Maria Ozanira Silva e. **Serviço Social, Pós-Graduação e Produção de Conhecimento no Brasil**. Cortez: São Paulo, 2005.

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando o Projeto de Pesquisa intitulado “Para Além da Internação: Significados do Processo de Hospitalização do Idoso e o Contexto da Internação Domiciliar”, que tem por objetivo analisar as implicações do processo de hospitalização e as perspectivas da internação domiciliar, com vistas a problematizar, em conjunto com idosos, familiares, Assistentes Sociais e profissionais da saúde, proposições destinadas à garantia da qualidade de vida do idoso no período pós-hospitalar. Para tanto, considera-se fundamental a expressão oral de idosos, familiares, assistentes sociais e profissionais da saúde, que vivenciam o processo de hospitalização e que, dessa forma, possam contribuir com a temática investigada.

O presente estudo subsidiará a realização do Doutorado em Serviço Social da doutoranda Ana Paula Fabbris Andreatta pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, orientada pela Profa. Dra Leônia Capaverde Bulla, e pode contribuir para a realização de novas pesquisas e, de alguma forma, fomentar a materialização de iniciativas que contemplem este segmento populacional, em crescente expansão, visto que a população a partir dos 60 anos é a que mais cresce em nível mundial.

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

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

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

Assinatura do Participante

Assinatura da Doutoranda

Porto Alegre, ____/____/2013.

APÊNDICE B – Formulário de pesquisa para o idoso

FORMULÁRIO 01
FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA O IDOSO

Dados de Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Fone: _____

Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Separado(a)

Viúvo(a)

Outro(a) _____

Possui filhos: Sim Não

Como são suas relações familiares?

Satisfatórias

Insatisfatórias

Não mantém relações familiares

Com quem reside:

Sozinho

Com cônjuge/companheiro(a)

Com filhos

Com filhos e netos

Com parentes

Em instituição

Outro(s)

Qual é a sua renda individual:

Menos de um salário mínimo

1 salário mínimo

2 a 3 salários mínimos

4 a 5 salários mínimos

Mais de 5 salários mínimos

Outro: _____

Qual a sua principal fonte de renda?

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

Qual sua participação econômica no núcleo familiar?

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

Dados de Identificação sobre o Período da Internação

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

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

Qual(is) o(s) motivo(s) da internação?

O que representa o processo de hospitalização?

Quais cuidados mantêm com relação à saúde?

O que representa a saúde em sua vida?

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

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

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

Qual a contribuição do assistente social para o bem-estar do idoso hospitalizado?

De que forma enfrenta o adoecimento?

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

O que significa a velhice para você?

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

APÊNDICE C – Formulário de pesquisa para o familiar**FORMULÁRIO 02****FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA O FAMILIAR**

Tempo de internação do idoso: _____

Quanto à permanência no leito do paciente:

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

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

Com quem o idoso reside?

Dados sobre o Período de Hospitalização do Idoso

Quais as estratégias foram ou estão sendo utilizadas pela família decorrentes do período de hospitalização do idoso?

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

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

Expresse sua opinião sobre o atendimento hospitalar:

Que outros recursos poderiam ser disponibilizados pelo hospital?

Qual a contribuição do Assistente Social para o bem-estar do idoso hospitalizado?

Qual a contribuição dos outros profissionais que compõem a equipe para o bem-estar do idoso hospitalizado?

Dados Sobre o Período Pós-Hospitalar

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE D – Formulário de pesquisa para o assistente social**FORMULÁRIO 03****FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA O ASSISTENTE SOCIAL**

Nome: _____

Idade: _____ **Escolaridade:** _____

Fone: _____

Há quanto tempo trabalha na Instituição?

Quais são os profissionais que compõem a equipe?

Quais são as demandas institucionais? Quais são as demandas institucionais no que se refere ao idoso hospitalizado?

Quais são as demandas dos idosos hospitalizados?

Quais instituições compõem a rede de suporte social? Como são realizados os encaminhamentos para esses locais?

De que forma o Serviço Social contribui para que essas demandas sejam atendidas?

Quais são os recursos disponibilizados pela Instituição, para que as demandas institucionais e dos usuários sejam atendidas?

No cotidiano da prática profissional, quais são os limites e possibilidades das ações empreendidas?

Quais serviços são ofertados pela Instituição?

No que se refere ao Serviço Social, existem projetos institucionais direcionados ao idoso hospitalizado e/ou as suas famílias?

Que outras alternativas poderiam estar sendo desenvolvidas na Instituição para atendimento do idoso hospitalizado e familiares?

No atual contexto histórico e no que se refere a perspectivas futuras, que outras alternativas poderão ser desenvolvidas para a promoção da qualidade de vida do idoso acometido por patologias? De que forma o assistente social pode contribuir para a materialização dessas iniciativas?

Quanto aos serviços ofertados destinados aos idosos acometidos por patologias, qual a sua avaliação sobre a conformação da rede?

- (01) Suficiente para o serviço da demanda**
- (02) Cobertura parcial**
- (03) Insuficiente**
- (04) Inexistente**

APÊNDICE E – Questionário de pesquisa para profissional da equipe de atenção domiciliar

QUESTIONÁRIO 01

**FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Qual número aproximado de atendimentos é realizado por mês?

Quais as características da população atendida?

Quais são as atividades desenvolvidas através da internação domiciliar?

De que forma o trabalho desenvolvido contribui para o bem-estar e qualidade de vida do idoso acometido por patologia(s)?

Quais as principais dificuldades encontradas para a realização do trabalho?

Com quais serviços da rede a atenção domiciliar se articula?

- (01) Saúde
- (02) Assistência social
- (03) Educação
- (04) Defensoria Pública
- (05) Ministério Público
- (06) Instituições de Longa Permanência
- (07) Grupos de convivência
- (08) Outros (especificar):