**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRAO PRETO**

HELLEN TACIANE PASCHOALOTTO LEITE SILVA

**O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação de
urgência/emergência**

**Ribeirão Preto
2010**

HELLEN TACIANE PASCHOALOTTO LEITE SILVA

O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação de
urgência/emergência

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Marques

Ribeirão Preto

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Silva, Hellen Taciane Paschoalotto Leite

O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação de urgência/emergência / Hellen Taciane Paschoalotto Leite Silva; orientadora Sueli Marques. – Ribeirão Preto, 2010.

121 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2010.

1. Humanização da assistência. 2. Acolhimento. 3. Envelhecimento. 4. Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Hellen Taciane Paschoalotto Leite Silva

O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação de urgência/emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao **Alexandre**, meu marido e companheiro, pelo amor, carinho, compreensão e apoio incansável, presença fundamental na minha vida.*

*Aos meus pais, **Luiz Eduardo e Edite** pela dedicação e incentivo em minhas decisões sem medir esforços, e que me ensinaram a ser uma pessoa responsável. Amo Vocês*

AGRADECIMENTO

Aos idosos e seus familiares acompanhantes que aceitaram contribuir com suas histórias em momento tão especial de suas vidas.

À Profa. Dra. Sueli Marques, minha orientadora, pela dedicação, incentivo e oportunidade de aprendizado.

*Aos meus irmãos **Zane e Dudu** pelo carinho e apoio que sempre me dedicaram.*

À Ana Beatriz, minha enteada, que mesmo tão jovem soube compreender a importância deste trabalho e me apoiar.

À minha família pelo apoio e compreensão nos momentos de minha ausência. Vocês estão sempre comigo.

As minhas colegas de trabalho pela cooperação nos momentos em que precisei.

*Aos **docentes** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e todos aqueles que me auxiliaram na conclusão deste trabalho.*

*À **todas as pessoas** que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.*

*À **Deus** pela força, proteção e coragem.*

*COM CARINHO...
MUITO OBRIGADA A TODOS*

*Tente de alguma maneira,
Fazer alguém feliz.
Aperte a Mão, dê um abraço,
Um passo em sua direção.
Aproxime-se, sem cerimônia.
Dê um pouco do calor
De seu coração.
Assente-se bem perto
E deixe-se ficar,
Muito tempo, ou pouco tempo.
Não conte o tempo de se dar.
Deixe o sorriso acontecer.
E não se espante
Se a pessoa mais feliz
For você.*

(Anônimo)

RESUMO

SILVA, H.T.P.L. **O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação de urgência/emergência.** 2010. ..121.f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Ao processo de envelhecimento pode estar associado o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que, por sua vez, podem contribuir para a ocorrência dos agravos clínicos e levar os idosos ao atendimento de urgência/emergência, expondo tanto o paciente quanto seus familiares a uma situação de sofrimento e angústia pelo agravamento da sua condição de saúde e interrupção inesperada de seu cotidiano. Dessa forma, torna-se relevante conhecer como os profissionais e instituições de saúde estão recebendo e se preparando para acolher, tanto o idoso quanto o familiar que o acompanha. Os objetivos deste estudo são: descrever as características sociais e demográficas dos idosos internados na Unidade Funcional de Atendimento às urgências/emergências da Unidade de Emergência do HCFMRP/USP, bem como do seu familiar acompanhante; identificar os núcleos temáticos extraídos da experiência do familiar que acompanha o idoso nesta situação; analisar o acolhimento prestado a partir da experiência do familiar acompanhante do idoso. Trata-se de um estudo qualitativo, em que a história oral foi utilizada como método de investigação na modalidade história oral temática. Para a análise dos dados, seguiram-se os passos da técnica de Análise Indutiva de Conteúdo. A coleta de dados foi realizada no período de abril e maio de 2010. As entrevistas foram realizadas com 11 familiares acompanhantes do idoso que forneceram subsídios para a construção de três núcleos de sentidos: “Entre a vida e a morte: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”, “Os desafios enfrentados pelo familiar acompanhante do idoso na situação de urgência/emergência” e “Alternativas para o atendimento humanizado e acolhedor em unidades de urgência/emergência sob a ótica do familiar acompanhante do idoso”. A partir da análise e discussão destas categorias, fica evidente a necessidade de que os profissionais da saúde precisam conhecer a realidade e as necessidades das pessoas atendidas. Verificou-se que a clientela está atenta aos aspectos da humanização, e a comunicação se revelou uma ferramenta de extrema importância no manejo das relações entre os profissionais e os usuários do serviço. Os conceitos e especificações sobre a humanização e o acolhimento são, na atualidade, bem fundamentados, formulados e amplamente discutidos, no entanto, é necessário que se tornem ações efetivas no âmbito das instituições de saúde.

Palavras-chave: humanização da assistência; acolhimento; envelhecimento; família.

ABSTRACT

SILVA, H.T.P.L. **"The host family to escort the elderly in emergency situations"**. 2010. 121 F..... Thesis (Masters) - University of São Paulo at Ribeira Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2010.

The aging process may be associated with the emergence of chronic non-communicable diseases (CNCD), which in turn can contribute to the occurrence of clinical diseases and the elderly to take care at emergency, exposing both the patient and their families to a situation of suffering and distress by the deterioration of his health condition and unexpected interruption of their daily lives. Therefore, it becomes relevant to know how the professionals and health institutions are receiving and preparing to welcome both the old as the family accompanying him. The objectives of this study are to describe the social and demographic characteristics of elderly inpatients in the Unit Functional assistance to emergency care of the Emergency Unit of HCFMRP/USP, as well as your family companion, to identify the core themes drawn from the experience of relatives in accompanies the elderly in this situation, analyze the reception provided from the experience of family companion for the elderly. This is a qualitative study; "Oral History" was used as a method of research in oral story mode. For the data analysis followed the steps of the technique of "Inductive Analysis of Content". Data collection was performed during April and May 2010. The interviews were conducted with 11 family companions for the elderly, which provided subsidies for the construction of three groups of meaning: "Between life and death: the search for care at emergency", "The challenges faced by the elderly in family companion urgency/emergency" and "alternatives for humanized and friendly units at emergency from the viewpoint of the elderly family companion". From the analysis and discussion of these categories is an evident necessity for health care professionals needs to know the reality and needs of people served. It was found that the customer is looking to aspects of humanization and communication has proved an extremely important tool in the management of relationships between professionals and service users. The concepts and details on humanization and the reception are nowadays well-founded, formulated and widely discussed; however it is necessary to become effective actions within the health institutions.

Keywords: Humanization of assistance; Host, Aging, Family.

RESUMEN

SILVA, H.T.P.L. **“La familia de acogida para escoltar a las personas ancianas en situaciones de emergencia”**. 2010. 121F..... Disertación (Maestria) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2010.

El proceso de envejecimiento puede estar asociado con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que a su vez puede contribuir a la aparición de enfermedades clínicas y los ancianos a cuidar a las de emergencia, exponiendo tanto al paciente como a sus familias a una situación de sufrimiento y angustia por el deterioro de su estado de salud y la interrupción inesperada de su vida cotidiana. Así, se hace importante el conocimiento de cómo los profesionales e instituciones de salud que reciben y se prepara para acoger tanto los ancianos como la familia que le acompañen. Los objetivos de este estudio son: describir las características sociales y demográficas de pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Asistencia funcional a la atención de emergencia de la Unidad de Emergencia HCFMRP/USP, así como su compañero de la familia, para identificar los temas fundamentales extraídas de la experiencia de los familiares en acompaña a los ancianos en esta situación, analizar la acogida que se ofrecen a partir de la experiencia de compañero de la familia para los ancianos. Se trata de un estudio cualitativo, la “Historia Oral” fue utilizada como un método de investigación en el modo historia oral. Para el análisis de los datos siguió los pasos de la técnica del “Análisis Inductivo de los Contenidos”. La recolección de datos fue realizado entre abril y mayo de 2010. Las entrevistas se realizaron con 11 compañeros de la familia para los ancianos, que prevé subvenciones para la construcción de tres grupos de significados: “Entre la vida y la muerte: la búsqueda de atención en emergencia”, “Los desafíos que enfrentan los adultos mayores en la familia compañero urgencia/emergencia” y “Alternativas para las unidades humanizado y amistoso en emergencia desde el punto de vista de la compañía para la familia de anciano”. A partir del análisis y discusión de estas categorías es evidente la necesidad de los profesionales de la salud deben conocer la realidad y necesidades de las personas atendidas. Se encontró que el cliente está buscando a los aspectos de la humanización y la comunicación ha resultado una herramienta muy importante en la gestión de las relaciones entre profesionales y usuarios del servicio. Los conceptos y detalles acerca de la humanización y la recepción están hoy bien fundada, formulado y discutido ampliamente, es necesaria para convertirse en acciones eficaces dentro de las instituciones de salud.

Palabras-claves: Humanización de la atención; recepción, el envejecimiento, familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Caracterização social e demográfica dos idosos internados em situação de urgência/emergência.....	55
Figura 2	Caracterização do familiares acompanhantes dos idosos internados em situação de urgên-cia/emergência.....	56

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
INTRODUÇÃO	18
1.1 Envelhecimento Humano e Populacional	19
1.2 A Situação de Urgência/Emergência e o Acolhimento.....	27
1.3 A Família, o Cuidado e o Idoso.....	33
2. OBJETIVOS	38
3. REFERENCIAL TEORICO-METODOLÓGICO	40
3.1 Referencial Teórico: Humanização e Acolhimento.....	41
3.2 Referencial Metodológico	44
3.2.1 Local e Sujeitos do Estudo.....	47
3.2.2 Procedimento de Coleta de Dados	49
3.2.3 Análise dos dados.....	50
3.2.4 Aspectos éticos.....	52
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1. Apresentação dos Resultados e Discussão.....	54
4.1.1 Características sociais, demográficas e condições de saúde e doença dos idosos internados em situação de urgência/emergência.....	54
4.1.2 Características sociais, demográficas e condições de saúde e doença dos familiares acompanhantes	60
4.2 A Análise da experiência de ser acompanhante do idoso em situação de Urgência/Emergência.....	60
4.2.1. “Entre a vida e a morte: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”.....	63
4.2.1.1 A história que antecede a situação de urgência/emergência e a busca por ajuda no momento do evento.....	63
4.2.1.2 O atendimento ao idoso em situação de urgência/emergência nos diferentes serviços de saúde.....	69
4.2.1.3 A organização familiar no cuidado ao idoso: antes, durante e depois.....	73
4.2.2 Os desafios enfrentados pelo familiar acompanhante do idoso na situação de urgência/emergência.....	78
4.2.2.1 O cuidado ao idoso pelos profissionais da saúde como fonte de segurança e credibilidade: comunicação, regras e acesso ao paciente...	78
4.2.2.2 A ambiência como fator de acolhimento	86
4.2.2.3 Ser acompanhante do idoso em atendimento de urgência/emergência: turbilhão de sentimentos.....	90
4.2.3. Alternativas para o atendimento humanizado e acolhedor em unidade de urgência/emergência sob a ótica do familiar acompanhante do idoso.....	93
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	117

APRESENTAÇÃO

A regulamentação que reconhece oficialmente a psicologia como profissão data de 1962, por meio da Lei Federal nº 4119, porém, sua prática é anterior à regulamentação, vinculada principalmente aos campos da educação, filosofia, trabalho e medicina, uma vez que as atividades exercidas de caráter psicológico eram realizadas por profissionais graduados em áreas das ciências humanas (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003; SILVA; TONETTO; GOMES, 2006; SPINK; MATTA, 2007).

As duas Grandes Guerras impulsionaram o desenvolvimento da psicologia enquanto profissão, favorecendo a valorização da psicotécnica, na Primeira Guerra e a entrada dos psicólogos em hospitais gerais na Segunda Guerra. No entanto, foi em 1948, com a mudança do conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças, que a psicologia conquista mais espaço nos serviços de saúde (SILVA; TONETTO; GOMES, 2006).

A mecanização e o aumento da tecnologia no ambiente hospitalar, apoiados no modelo biomédico que até o século XIX priorizou alterações fisiológicas no modelo cartesiano de divisão mente e corpo, também começam a dar lugar a uma preocupação com o lado humano e social das relações profissional-paciente e ao entendimento do processo saúde-doença, a partir da interação entre aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, favorecendo a formação de equipes multiprofissionais, como forma de tratar e prevenir os aspectos relacionados à saúde das pessoas (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

No Brasil, é no final da década de 1970 e início da década de 1980 que a psicologia foi inserida no sistema de saúde ao mesmo tempo em que se construía o campo da Psicologia da Saúde, impulsionadas pelas reformas nas instituições médicas, assistenciais e previdenciárias. Estas mudanças trazem consigo a defesa do trabalho interdisciplinar, o que favorece um incremento da demanda de profissionais psicólogos na área da saúde. É também na década de 1980 que a Psicologia Hospitalar começa a ser delimitada como estratégia de atuação, mesmo que sua prática já viesse sendo identificada desde a década de 1950 por meio do trabalho pioneiro de Matilde Neder (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003; SANTOS; JACO-VILELA, 2009).

Internacionalmente, a atuação do psicólogo na saúde é conhecida como

Psicologia da Saúde, no Brasil esta denominação é utilizada para referir-se ao trabalho desenvolvido nas demais áreas da saúde, pois o desenvolvimento de atividades no âmbito hospitalar é denominado Psicologia Hospitalar, sendo esta uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

A inserção de psicólogos em hospitais gerais trouxe mudanças relacionadas ao público-alvo, uma vez que a população que não tinha acesso ao atendimento psicológico passou a tê-lo por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Mudam, também, as formas de intervenção psicológica, pois houve necessidade de adequações à situação hospitalar, em função do curto espaço de tempo de internação e modo de acesso ao paciente, a apresentação das necessidades de trabalho com famílias e equipes e a mediação entre estes; os trabalhos com grupos de apoio, entre outros, que abrangem o nível psicopedagógico (educacional), o psicoprofilático (preventivo) e o psicoterapêutico (tratamento) (SILVA; TONETTO; GOMES, 2006).

A Psicologia Hospitalar tem como objetivo, segundo Angerami-Camon (2002), minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, abrangendo não apenas a hospitalização em si, mas as sequelas e consequências emocionais destas na vida do paciente.

Simonetti (2004, p. 15) refere-se à Psicologia Hospitalar como o “campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. O objetivo da Psicologia Hospitalar seria então entender e tratar estes aspectos psicológicos que significam as manifestações da subjetividade humana diante da doença.

A prática psicológica em instituições hospitalares difere da psicoterapia clínica clássica, uma vez que o *setting* terapêutico não é tão definido, pois vários atendimentos são realizados no próprio leito, em que constantes interrupções acontecem devido à necessidade de administração de medicamentos e/ou realização de procedimentos por outros profissionais da equipe. Outra diferença se constitui no fato de que, muitas vezes, a demanda por atendimento é colocada pela equipe de profissionais ou por identificação feita pelo próprio psicólogo, ao contrário da psicoterapia clínica clássica, em que a própria pessoa identifica suas necessidades e busca por atendimento (ANGERAMI-CAMON, 2002).

A Psicologia Hospitalar trabalha não só a dor e a angústia apresentadas pelo paciente, mas os sentimentos da família que o acompanha, bem como os da

equipe que presta assistência a ele, ocupando-se também das relações entre todos os envolvidos no processo, buscando facilitar os relacionamentos (SIMONETTI, 2004).

Processos naturais da vida humana como o adoecimento, o envelhecimento, o sofrimento e a morte têm seus significados relacionados a características sociais e culturais de cada época, não são expressões apenas do orgânico (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Pela complexidade desta demanda, o trabalho em equipes multidisciplinares é um grande desafio para os profissionais que atuam no ambiente hospitalar.

Considerando que o envelhecimento populacional é fato evidente no cenário mundial e a literatura sobre as transformações demográfica e epidemiológica (CHAIMOWICZ, 1997; SILVESTRE; KALACHE; RAMOS; VERAS, 1996; VERAS, 2009) apontam para um número cada vez maior de idosos na sociedade, chama a atenção a necessidade de se conhecerem as mudanças geradas por esta realidade e as consequências para a qualidade de vida dos sujeitos, principalmente no que diz respeito à saúde desta parcela da população.

Ao aumento do número de idosos está associada a maior incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que, por sua vez, podem contribuir para a ocorrência dos agravos clínicos e levar os idosos ao atendimento de urgência/emergência, colocando tanto o paciente quanto seus familiares expostos a uma situação de sofrimento e angústia pelo agravamento da sua condição de saúde e interrupção inesperada de seu cotidiano.

A temática do envelhecimento humano sempre foi algo presente em minha formação como psicóloga. Desde a graduação procurei entender como ocorre este processo e os sentimentos envolvidos em relação aos ganhos da idade ao mesmo tempo em que ocorrem tantas perdas.

O trabalho como psicóloga contratada para o setor de acolhimento em uma Unidade de Emergência, local em que todo tipo de situação de agravos clínico ou traumático é presença diária e com elevado número de atendimento a idosos acompanhados por seus familiares, me fez pensar em como proporcionar atendimento/cuidado adequado e de qualidade que possibilitasse proporcionar apoio neste primeiro momento a este binômio e que resultasse na expressão dos sentimentos e elaboração de estratégias de adaptação e enfrentamento deste momento.

Em qualquer idade, todo paciente internado neste local provoca na família mudanças em sua estrutura e organização, além da perspectiva de morte e dependência, associadas a vários sentimentos e sensações, tais como angústia, preocupação, medo, aflição, culpa, insegurança, impotência, entre outros. No entanto, chamam-me a atenção os familiares acompanhantes dos idosos, uma vez que pela idade e fragilidade se mostram mais vulneráveis e, portanto, parece que inspiram com maior intensidade esses sentimentos e sensações em seus familiares.

Nesse sentido, acredito que seja fundamental ouvir essas famílias que acompanham os idosos na situação de urgência/emergência e, a partir da análise de suas experiências, bem como dos significados nelas envolvidos, poder refletir, planejar e oferecer um atendimento e um ambiente que realmente seja acolhedor e minimize o sofrimento das mesmas.

A vida se desenvolve entre o nascimento e a morte, este tempo vivido é o tempo subjetivo de formação do eu. A idade cronológica se define pelo tempo que avança, e pouco tem a ver com o tempo vivido, porém o tempo humano avança inelutavelmente em direção à morte. No entrecruzamento desses tempos acha-se o sujeito que percebe seu envelhecimento, aquele que deixa de contar os anos vividos e começa a fazer planos para os anos que ainda lhe restam viver e que deseja aproveitar intensamente. O tempo do envelhecimento está ligado à consciência de finitude, que se instaura ao longo da vida nas diferentes experiências de proximidade com a morte, mas que na velhice adquire a dimensão do iniludível. Goldfarb, 1997, pg. 42

1.1 Envelhecimento Humano e Populacional

O envelhecimento humano é caracterizado por diversos autores de formas variadas, isto porque cada qual poderá considerar aspectos distintos para definir o que é o envelhecimento. Tais aspectos podem referir-se à idade cronológica, à maturação biológica, aos aspectos sociais e culturais, aos psicológicos e mesmo à junção de vários destes.

O termo envelhecimento é descrito como o ato ou efeito de envelhecer, que significa tornar-se velho, na aparência ou na idade; referindo-se ao processo ocorrido ao longo da vida. Já a velhice é definida como estado ou condição de velho, o último quartel da vida, denominação dada à fase em que se encontra o ser que envelhece. A palavra velho ou idoso é utilizada para dizer daquele que tem idade avançada; idoso: homem velho; que existe há muito tempo, referindo-se ao próprio sujeito que passa pelo processo de envelhecimento e encontra-se na fase da velhice (FERREIRA, 1999).

Papaléo Netto e Salles (2001) caracterizam o desenvolvimento humano como dinâmico e progressivo, *um continuum* que começa com a concepção e termina com a morte. As fases do desenvolvimento ao longo deste *continuum*, como puberdade e maturidade, podem ser evidenciadas por marcadores biofisiológicos, representando a transição entre elas. Já a velhice é entendida por esse autor como o período da vida que sucede a maturidade, caracterizado pelo declínio das funções orgânicas, com diminuição da funcionalidade de forma linear ao longo do tempo, porém sem que seja possível evidenciar um ponto de transição em relação à fase anterior, já que não há um marcador biofisiológico específico para esta fase.

Almeida e Cunha (2002) utilizam o termo envelhecimento para descrever mudanças progressivas, morfológicas e funcionais, ao longo da vida, após a

maturação sexual, comprometendo a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia. Guedes (2000) faz uma crítica à padronização das categorias de idade, sem negar os aspectos biológicos, mas enfatiza o envelhecimento como um processo que pode ser vivido de maneiras diferentes pelas pessoas.

Simone de Beauvoir (1990, p. 15) entende a velhice como:

[...] um fenômeno biológico com conseqüências psicológicas que se apresentam através de determinadas condutas, consideradas típicas da idade avançada. Modifica a relação do homem no tempo e, portanto, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural: um estatuto lhe é imposto, também na velhice, pela sociedade a que pertence.

Nota-se a variedade de definições em relação à denominação e caracterização tanto do processo de envelhecimento quanto da velhice. É possível identificar que a compreensão dos conteúdos envolve a subjetividade de cada um, como menciona Goldfarb (1997), a dificuldade principal para caracterizar a velhice consiste em que ela não é unicamente um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Assim pode-se dizer que, na maior parte do tempo, não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo”.

Nas sociedades ocidentais, é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva. De acordo com Araújo *et al.* (2006), até o século XIX a característica fundamental da velhice era a impossibilidade da pessoa em se manter financeiramente, remetendo-a a um *status* de mendicância.

Do ponto de vista social e psicológico, os significados da própria existência podem se perder e a morte social, anterior à morte biológica, pode acontecer, caso medidas preventivas relacionadas a preconceitos e estereótipos não sejam tomadas, resultando em sujeitos ausentes da própria vida. Pode haver, ainda, uma tendência ao isolamento, a modificação da renda em função da aposentadoria, a morte de amigos e familiares, a perda da autonomia, a modificação na imagem corporal, e muitas outras situações que os idosos não haviam enfrentado até então (RABELO; NERI, 2005; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; VITORELI; PESSINI; SILVA, 2005).

Essas modificações naturais do ciclo da vida são capazes de afetar o estado emocional do idoso, podendo levar ao desânimo, ao estresse, a estados

depressivos graves e a muitos outros estados de desequilíbrio emocional provocados pelas perdas sofridas. Para Davim et al. (2004), à medida que a idade avança, existe a progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, os quais tendem a despertar sentimentos de desamparo.

As diferentes maneiras de abordar o processo de envelhecimento e a velhice demonstram a importância destes momentos no desenvolvimento humano, tanto quanto os demais - infância, adolescência e vida adulta -, merecendo atenção, estudo e planejamento social (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Fisiologicamente o envelhecimento normal ou senescência é caracterizado pelo declínio progressivo e não uniforme das funções orgânicas que, por sua vez, sofrem influência ambiental e social, não sendo necessariamente caracterizados como doença. Já o envelhecimento patológico ou senilidade refere-se às alterações resultantes de traumas e doenças que ocorrem ao longo do processo (PAPALEO NETTO; SALLES, 2001; PAPALEO NETTO; SALLES, 1997).

Um dos parâmetros adotados para definir quem é a pessoa idosa é a idade cronológica. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1974) ao conceituar idoso leva em conta a idade e o grau de desenvolvimento do país, determinando para os países desenvolvidos o limite de 65 anos ou mais de idade e, para os países em desenvolvimento 60 anos ou mais (OMS, 1974).

Conceitualmente, é importante distinguir longevidade e envelhecimento populacional. Por longevidade entende-se o número de anos vividos por uma pessoa, ou o número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração viverão. O envelhecimento populacional refere-se a uma mudança na estrutura etária da população, o que ocasiona um aumento relativo do número de pessoas que estão acima de uma determinada idade, o estabelecimento deste limite varia de acordo com cada sociedade que leva em consideração, não só a idade cronológica, mas fatores econômicos, sociais, ambientais e culturais, como já apontado (CARVALHO; GARCIA, 2003).

No levantamento censitário brasileiro de 2000, os idosos correspondiam a 14 milhões de pessoas, isto é, 8,6% da população brasileira, porém há uma estimativa de que em 2020 esta proporção chegue a 11,4% da população total, fato explicado pelas sucessivas quedas das taxas de fecundidade e a diminuição

gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas, em consonância com os avanços da biotecnologia, o que aumenta a expectativa de vida das pessoas (IBGE, 2002).

O envelhecimento populacional não é um fenômeno isolado ou restrito aos países em desenvolvimento, é tema de atenção mundial. Na década de 1950, o número de idosos no mundo era de 204 milhões, passando para 579 milhões em 1998, um crescimento de quase oito milhões de pessoas por ano. Hoje, uma em cada 10 dez pessoas tem 60 anos ou mais de idade, estima-se que, em 2050, esta relação seja de um para cinco na população mundial (IBGE, 2002).

Apesar de ser um fenômeno mundial, o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acentuada nos países em desenvolvimento em função das melhorias nas condições médico-sanitaristas alcançadas no século passado, como a assepsia, o uso de vacinas e antibióticos, a queda da fecundidade que, entre 1970 e 2000, foi equivalente a 60%, entre outros. Porém estas melhorias não foram acompanhadas por mudanças estruturais que garantissem melhor qualidade de vida para a população, diferente do modo como ocorreu nos países desenvolvidos, nos quais o aumento da população idosa ocorreu de forma lenta e gradual, possibilitando planejamento e ações adequadas relativas ao processo de envelhecimento e aos cuidados com os idosos (IBGE, 2002; KALACHE, 1996; WONG; CARVALHO, 2006).

A percepção da Organização das Nações Unidas (ONU) de que o mundo estava se redistribuindo em termos epidemiológicos e demográficos impulsionou as discussões a respeito do envelhecimento populacional mundial que tem como marco a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982. Nesta Assembléia foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, com a intenção de sensibilizar os governos e a sociedade para o direcionamento de políticas públicas voltadas para a população idosa e o desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento. A segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em Madri, somente em 2002, com o objetivo de, uma vez que o envelhecimento populacional já era uma realidade, discutir sobre as mudanças sociais, culturais e tecnológicas ocorridas em todo o mundo nos 20 anos transcorridos desde a primeira Assembléia (RODRIGUES *et al.*, 2007; BRASIL, 1995).

No ano de 1994, como resultado das discussões da Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, foi aprovada no Brasil a Lei nº 8.842/1994 que

estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), cuja finalidade é assegurar os direitos sociais que garantam a autonomia, integração e participação do idoso na sociedade, no seu Art. 2º fica estabelecida, que para efeitos de Lei, é considerada idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. (RODRIGUES *et al.*, 2007; BRASIL, 2007)

Outra importante conquista foi a publicação no Diário Oficial da União nº189, de 30 de setembro de 1998, da Portaria nº19, que divulga a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), cujo objetivo é a promoção do envelhecimento saudável, o que significa preservar a capacidade funcional do idoso, sua autonomia e manutenção do nível de qualidade de vida (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades a saúde do idoso, baseando-se nas finalidades propostas pela PNSI que enfatiza principalmente a capacidade funcional, por meio de uma abordagem multidimensional do idoso, levando em consideração a saúde ao longo da vida, além de questões como gênero, desigualdades sociais entre outras, porém sem um efeito prático alcançado (VERAS *et al.*, 2008).

No ano de 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso que entrou em vigor em 2004. O Estatuto discute os direitos fundamentais dos idosos relacionados, entre outros, à vida, à liberdade, à dignidade, à saúde, à cultura, à habitação, à previdência social, a medidas de proteção, à assistência social e ao trabalho (RODRIGUES *et al.*, 2007; BRASIL, 2007).

Apesar disso, o apoio ao idoso é ainda precário, principalmente por se tratar de uma atividade restrita ao âmbito familiar. As modificações nesta estrutura, passando de famílias numerosas com o convívio de várias gerações na mesma moradia, para famílias nucleares e mesmo mononucleares têm agravado a possibilidade de cuidado adequado ao idoso (GORDILHO *et al.*, 2001). Além disto, a intensa participação da mulher, que culturalmente é a principal provedora de cuidados, no mercado de trabalho, reduziu sua disponibilidade de tempo e condições, além de outras atividades da vida moderna.

A crescente longevidade da população nos países em desenvolvimento pode determinar graves consequências sociais e políticas, principalmente no âmbito da saúde, acarretando dificuldades para o controle e prevenção de doenças, especialmente as relacionadas ao envelhecimento, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como para determinar ações que favoreçam melhoria

na qualidade de vida das pessoas.

O processo natural de envelhecimento é acompanhado de mudanças que alteram o estilo de vida da pessoa. O declínio de funções biológicas e funcionais, como a redução do fluxo renal, do débito cardíaco, da capacidade vital dos pulmões, fraturas por quedas, visão e audição diminuídas, são algumas destas limitações (PAPALEO NETTO, 2001).

Esse declínio pode aumentar a predisposição ao aparecimento de doenças, especialmente as DCNTs. Dessa forma, com o aumento da população idosa, ocorrem modificações no perfil de morbimortalidade, observando-se uma diminuição dos casos de doenças infectocontagiosas e o aumento das DCNTs que podem acarretar complicações como incapacidades e comprometer a qualidade de vida dos idosos (MARQUES, 2004).

Segundo Veras (2003), por volta da década de 1950, as doenças infectocontagiosas eram responsáveis por 40% das mortes no país e, atualmente, representam menos de 10%. A conquista de vacinas e antibióticos, capazes de prevenir e/ou tratar doenças infecciosas e o controle das mortes prematuras por meio de intervenções médicas contribuíram para a modificação do perfil epidemiológico no país.

De acordo com Lessa (1998), as DCNTs se caracterizam pela ausência de micro-organismos, história natural e prolongada, interação de fatores etiológicos conhecidos ou não, irreversibilidade, curso clínico geralmente lento, prolongado e permanente, entre outros. Acrescenta, ainda, que os fatores de risco, sejam eles comportamentais (sedentarismo, uso de álcool, tabaco ou drogas), socioeconômicos (aposentadoria, desemprego), psicossociais (estresse, apoio social) ou relacionados à saúde (hipertensão, diabetes, obesidade), para qualquer DCNT são os mesmos, tanto para idosos quanto para qualquer outra idade, no entanto, em razão da longevidade, o idoso está mais prolongadamente exposto a estes fatores.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) apresenta o termo “condição crônica” que engloba as DCNTs (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras), as doenças transmissíveis, mas que necessitam de cuidados a longo prazo (tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida), as incapacidades estruturais (cegueira, amputações) e os distúrbios mentais de longo prazo (esquizofrenia, demências, depressão). As condições crônicas acarretam muitos agravos e necessitam de cuidados permanentes, já que são persistentes e

provocam mudanças no estilo de vida das pessoas.

O diagnóstico de uma doença crônica acrescenta ao processo de envelhecimento algumas dificuldades. Embora, em sua maioria, passíveis de controle, as doenças crônicas podem causar mudanças no estilo de vida das pessoas acometidas em função do tratamento e internações, das perdas de relações sociais e financeiras, de limitação e incômodo físico, da dependência para atividades do dia a dia, como se alimentar, tomar banho, entre tantas outras (VITORELI *et al.*, 2005).

As mudanças epidemiológicas ocorridas com o envelhecimento da população chamam a atenção para a organização da prestação dos serviços de saúde, já que há um número cada vez maior de multimorbidade, em que 25% de pessoas entre os 65-69 anos e 50% entre os 80-84 anos possuem duas ou mais enfermidades crônicas simultaneamente, nos países industrializados (OMS, 2008).

No Brasil, no ano de 2004, 58,1% das internações de pessoas com 60 anos ou mais foram por problemas do aparelho circulatório, seguidas de 38,0% por doenças do aparelho respiratório. Na região Sudeste, no ano de 2007, 29,3% das internações para a faixa etária com 60 anos ou mais de idade foi por doenças do aparelho circulatório e 16,3% por doenças do aparelho respiratório. Já na cidade de Ribeirão Preto, no ano de 2007, evidenciaram-se 28,4% de internações por doenças do aparelho circulatório, 14,6% de doenças infecciosas e parasitárias, 10,9% de neoplasias, 8,9% de lesões e outras causas externas e 8,7% de doenças do aparelho respiratório (DATASUS, 2009).

Apesar do processo de envelhecimento poder estar associado às DCNTs, vale ressaltar que a velhice não deve ser entendida como sinônimo de doença e sim uma etapa da vida com características e valores próprios, acompanhada de suas modificações biopsicossociais (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Assim sendo, envelhecer sem nenhuma doença é quase que uma exceção, porém, isto não significa que uma DCNT impeça o idoso de gerir sua própria vida. Segundo Gordilho *et al.* (2001), muitos idosos são capazes de decidir e organizar sua vida e seu dia a dia, podendo ser considerado saudável, mesmo aqueles acometidos por doenças crônicas, mas que mantêm a autodeterminação e prescindem de ajuda ou supervisão no seu cotidiano.

À medida que as pessoas envelhecem, tornam-se mais suscetíveis às DCNTs e, eventualmente, às condições agudas ou agravos à saúde, tanto derivados

de doenças preexistentes, quanto os não relacionados a qualquer problema de saúde anterior, o que pode levá-las a uma situação de urgência e emergência (HUSSNE; GEROLIN, 2001).

Segundo Tauil (1998), agravos à saúde é a denominação usada para referir-se aos danos à integridade física, mental e social das pessoas, que podem ser provocados por doenças ou circunstâncias nocivas (acidentes, lesões e intoxicações).

Para o Ministério da Saúde (2009), acidentes e violência, por causas acidentais ou intencionais, representam um grupo de agravos à saúde. Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os agravos traumáticos são codificados como *causas externas*, que incluem, entre outros, os envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e traumas. Além dos agravos traumáticos, há os denominados agravos clínicos que estão entre as primeiras causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Dessa forma, entende-se por agravos clínicos o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência respiratória aguda, descompensação hiper ou hipoglicêmicas, entre outras. Pela experiência prática observa-se que os agravos clínicos acometem principalmente os idosos.

Diante da ocorrência desses e outros quadros graves, os pacientes são geralmente encaminhados para uma unidade de emergência, local onde deverão receber atendimento rápido para a manutenção da vida.

Kauffman e Kuzniec (2002) mencionam que estudos na área da Gerontologia e da Geriatria têm pesquisado os processos de saúde associados ao envelhecimento, principalmente aqueles referentes à cronicidade, porém, os quadros agudos também são muito prevalentes e extremamente graves nesta faixa etária. Assim sendo, acredita-se na relevância do desenvolvimento de pesquisas que abordem esta temática.

É importante que os profissionais da área da saúde entendam o processo de envelhecimento e a magnitude relacionada ao agravo das condições de saúde, considerando-se tanto o idoso quanto o familiar que o acompanha, no momento da ocorrência do agravo, pois desta forma entende-se que poderão prestar atendimento adequado e cuidado integral.

1.2 A Situação de Urgência/Emergência e o Acolhimento

A unidade de emergência de um hospital é, normalmente, o lugar destinado ao atendimento de pessoas que necessitam de cuidados especiais e urgentes. A procura por este serviço ocorre pela manifestação súbita e inesperada de sintomas que necessitam de diagnóstico e/ou cuidados imediatos (BARBOSA *et al.*, 2007).

O termo emergência é derivado do latim *emergentia* e significa situação crítica. O termo urgência também vem do latim *urgentia*, que significa caso ou situação de emergência (FERREIRA, 1999).

O Conselho Federal de Medicina - CFM, pela Resolução 1451/95, define como URGÊNCIA, “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e EMERGÊNCIA, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

Em pesquisa realizada por Fernandes (2003) sobre o atendimento pré-hospitalar móvel na cidade de Ribeirão Preto, observou-se que quanto às solicitações para o atendimento móvel de urgência, modalidade suporte básico, registradas pela Central Única de Regulação, segundo a idade do usuário, 15,49% dos chamados foram para a faixa etária entre 20 e 30 anos e 14,66% para a faixa etária maior que 60 anos. Os motivos mais frequentes foram por agravos traumáticos 15,10%, problemas gastrointestinais 13,25%, problemas cardiovasculares 11,84% e problemas respiratórios 9,56%. Já para as solicitações de atendimento de suporte avançado, 29,51% dos chamados foram para pessoas com idade superior a 60 anos, seguidos por 13,11% para a faixa etária entre 40 e 50 anos e 11,48 entre 50 e 60 anos. Evidenciou-se, ainda, que para 47,6% dos chamados, os pacientes foram encaminhados para a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (UEHCFMRP-USP).

Os atendimentos às urgências e emergências são, em sua maioria, centralizados nos hospitais. O acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) aos serviços de saúde deve ser feito a partir das unidades de atenção básica e referenciados para outros níveis de atenção, conforme a necessidade de recursos a serem utilizados para diagnóstico e resolução do quadro apresentado (SANTOS,

2002). No entanto, a situação de urgência/emergência pode ser qualificada como um estado de exceção pela necessidade de atendimento prioritário (ALMOYNA; NITSCHKE, 2001). A avaliação e triagem das prioridades devem ser realizadas e organizadas pela regulação médica (RM) que a partir de 2000 passa a ser o elemento ordenador da atenção integral às urgências e emergências (SANTOS, 2003).

Com a finalidade de organizar e difundir estratégias educacionais e assistenciais, o serviço de RM de toda a demanda hospitalar de urgência foi implantado no país. Em 2002 este serviço foi ampliado pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria 2.048/GM da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituindo o Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Este regulamento preconiza que, por meio do acionamento e da intervenção das centrais de regulação médica, os atendimentos terão como finalidade a atenção qualificada e resolutiva, sendo garantido o acolhimento, a estabilização quando necessária e a referência adequada dos pacientes graves (BRASIL, 2002; SANTOS *et al.*, 2003).

Essa política trata também da assistência integral ao usuário do SUS, no que diz respeito à promoção de saúde e à prevenção de doenças e agravos, trabalho que envolve não apenas a equipe médica e de enfermagem, mas todos aqueles que entram em contato com o usuário e seu familiar, de forma integrada e interligada:

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas não exclusivamente. As urgências clínicas de todas as ordens também se beneficiam da estratégia promocional (BRASIL, 2002, pg. 58).

Além disso, nesse contexto, ressalta-se a relevância do trabalho interdisciplinar e focado no atendimento integral e no acolhimento ao paciente e a sua família, uma vez que estão incluídos nas denominadas estratégias de humanização.

A humanização é um movimento crescente na área da saúde que assume

diferentes sentidos de acordo com a proposta adotada pela instituição. Surge, principalmente, como ideal, como busca por sentido moral das ações e relações entre humanos, como a classificação dos comportamentos, teorias e práticas que resultariam na humanização. Neste sentido, cresce a valorização das inter-relações humanas, tornando-se necessário valorizar, também, as questões subjetivas envolvidas no processo de cuidado (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

A saúde, como direito social, foi a mudança fundamental ocorrida com a criação do SUS em 1988, por meio da Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. No entanto, para sua consolidação na atualidade, o SUS necessitou de uma ação que garantisse o cuidado integral ao paciente como sinônimo de direito à cidadania (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Dessa forma, com a intenção de melhorar a qualidade da atenção aos usuários e aos trabalhadores do SUS, no ano de 2000, foi iniciado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que estimula a coparticipação entre trabalhadores, usuários e gestores (BERNARDES; GUARESCHI, 2007; PUCCINI; CECÍLIO, 2004; DESLANDES, 2004).

Por meio de reflexões elaboradas pela PNHAH, o Ministério da Saúde, em 2003, substituiu este programa pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Esta Política reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública (BRASIL, 2009).

A PNH entende a humanização dos serviços de saúde como: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; o mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; a defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; a mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as

relações sociais no trabalho; a proposta de um trabalho coletivo, para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; o compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; a luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2006).

Esses dizeres estão na cartilha do HumanizaSUS com o “intuito de modificar o modo de compreensão dos princípios que norteiam a concepção de saúde estabelecida constitucionalmente como uma questão plural” (BERNARDES; GUARESCHI, 2007, pg. 463).

Uma das diretrizes da cartilha aponta o acolhimento, entendido como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), acolhimento é o ato ou efeito de acolher e expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Acolher não está restrito à triagem e aos direcionamentos, o aspecto humano é considerado neste momento. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o outro em suas demandas, com responsabilidade e resolubilidade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é diferenciado de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006).

Esses princípios devem estar claros para os profissionais da saúde, a fim de que se tornem parte da ação diária, como práxis, sendo de total importância em todos os segmentos de cuidados aos usuários dos serviços de saúde.

A Unidade de Emergência de um hospital é um local onde a angústia, o medo e as incertezas se potencializam. Perez (2005) aponta como uma situação-limite a vivência da hospitalização em uma unidade de emergência, local em que a pessoa pode apresentar quadros de desorganização psíquica, ansiedade, entre

outros, já que sua capacidade adaptativa é posta à prova neste momento.

Acolher, neste contexto, implica compreender o humano em sua singularidade, ultrapassando a repetição de técnicas e ideias preestabelecidas na medida em que propicia espaços para a escuta do sofrimento.

A internação em uma situação de urgência/emergência traz impacto não só para o paciente, mas para a sua família e/ou cuidadores que vivenciam um momento de crise que vai desde o diagnóstico inesperado até a ansiedade, o medo, o estresse e a percepção de proximidade com a morte (BARBOSA *et al.*, 2007; PINHO; KANTORSKI, 2006).

Em função da emergência, pacientes e familiares são conduzidos a essa situação sem ao menos poderem refletir a respeito. O desconhecido, a urgência, a insegurança, o incômodo ao sentir dor, a preocupação com a existência de recursos materiais e humanos que possam suprir suas necessidades a tempo promovem angústias e fantasias muitas vezes impensáveis (COPPE; MIRANDA, 2002).

Os recursos emocionais influenciam diretamente no modo como se percebe esta experiência. A significação atribuída a este fato poderá direcionar as reações e sentimentos, de forma a favorecer o enfrentamento da situação, colocando a angústia como sinal de alerta para a elaboração de forma saudável, ou a sua imobilização, se direcionada de forma inadequada (BARBOSA *et al.* 2007).

Esses mesmos autores, na observação do cotidiano em uma unidade de emergência, evidenciaram que pacientes, com níveis de ansiedade elevados e transtornos de ajustamento, comumente apresentam histórico de vínculos emocionais escassos, com baixa criatividade e, portanto, com grandes dificuldades de adaptação à situação emergencial. Em contraponto, indivíduos emocionalmente saudáveis apresentam maior tolerância à frustração e menor sentimento de desintegração ou desespero diante da situação para a qual não houve preparação. Colocam como possibilidade, que o significado a ser atribuído a essa experiência está relacionado à efetividade do vínculo estabelecido com a equipe cuidadora, a qual tem diante de si o desafio de oferecer cuidado: aos pacientes que apresentam demandas diversificadas e emergenciais; aos seus acompanhantes que enfrentam um momento de crise e à equipe de saúde que busca continência às manifestações emocionais apresentadas.

Toda a equipe de saúde, sejam enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros, além de desenvolver ações e

procedimentos técnicos de sua área de formação, também estabelece relações interpessoais com as pessoas às quais atendem (NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Assim, o adoecimento também causa angústias à equipe que assiste o paciente, fazendo parte da relação profissional-paciente. Neste contexto é fundamental que os profissionais da saúde aprendam e aprimorem os aspectos da relação interpessoal, com o conhecimento de processos psicológicos que ali atuam. Para isto, não é necessário que tenham formação em psicologia, mas sim o desenvolvimento da sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e compreender sua doença, o que além de tornar a ação mais humanizada e acolhedora, pode auxiliar na adesão do paciente ao tratamento e na diminuição da angústia (NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Nas equipes de saúde que possuem psicólogos, esses profissionais prestam atendimento ao paciente e a sua família e necessitam estar atentos à multiplicidade de eventos, levando em consideração os fatores relacionados ao quadro clínico e fatores associados ao contexto psicossocial, buscando sempre identificar a fragilidade e os pontos de segurança dos familiares e pacientes, para que possam a partir daí auxiliá-los em sua reorganização.

No contexto onde tudo é urgente, por meio da relação de confiança e de envolvimento, a ação clínica do psicólogo favorece a criação de espaços de continência à desorganização emocional na medida em que propicia um ambiente favorável à expressão de conflitos, fantasias, reflexão e elaboração de um momento de vida, do qual fazem parte o passado e as dúvidas suscitadas pela incerteza do seu futuro (COPPE; MIRANDA, 2002).

A hospitalização pode trazer ao paciente e a seu familiar um emaranhado de sentimentos, como raiva, dúvida, insegurança e depressão, pois o retira de um ambiente em que se sentia seguro, de seu trabalho, de sua casa e o coloca em uma situação na qual a sensação de perda, principalmente de sua autonomia e submissão aos cuidados e tomadas de decisão por outros é evidente (BARBOSA *et al.*, 2007; SCHNEIDER *et al.*, 2008).

Na medida em que o adoecer afasta o sujeito de uma condição de saúde e segurança, também o aproxima diretamente de uma condição de finitude e vulnerabilidade, demandando de toda a equipe – inclusive do psicólogo – a abertura ao novo e ao inesperado. Em unidades de emergência, esse inesperado é ainda mais concretizado e, por isso, tal situação solicita uma atuação efetiva para atender

a uma demanda comumente inespecífica, já que anuncia muitas incertezas, principalmente relacionadas ao sofrimento e à morte, deixando clara a fragilidade física e psíquica (BARBOSA *et al.*, 2007).

Em qualquer faixa etária a experiência de hospitalização dispara estas reações emocionais como um alarme, porém o idoso pode sentir este momento como algo ainda mais próximo de sua finitude. A internação pode aumentar a angústia, o desânimo, o sentimento de solidão, a labilidade emocional e a dependência. Tais fatores emocionais podem ocasionar dificuldade no cuidado ao idoso tanto para a equipe quanto para o familiar que o acompanha (COPPE; MIRANDA, 2002).

A presença de um membro da família no hospital é importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado, se for o caso, em seu papel de cuidador informal (PENA; DIOGO, 2005).

De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), **Art. 16.** “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”.

Para Wright e Leahey (2005), com a relação de confiança proporcionada pela família por meio dos vínculos afetivos entre as gerações, a família torna-se uma base segura possibilitando aos seus integrantes confiança nas situações de crise.

Pensando nisso, cabe, aos profissionais da saúde, incluir o familiar no planejamento do cuidado, orientando e valorizando estas ações, a fim de proporcionar, para o idoso e seu familiar, maior tranquilidade e confiança no período de internação.

1.3 A Família, o Cuidado e o Idoso

A família é considerada por Serapioni (2005) a unidade básica de organização na nossa sociedade, podendo representar o pré-requisito de um sistema social estável.

Ângelo e Wernet (2003 p. 20) afirmam que:

A família é um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais, mas, que funcionam de modo a se considerarem uma família.

O desenvolvimento psíquico dos sujeitos e sua formação ideológica são constituídos no âmbito familiar, sendo esta, uma unidade dinâmica e dotada de funções próprias e a todo tempo redefinidas (ROMANELLI; NEVES, 2006).

É no interior da família que o sujeito mantém seus primeiros relacionamentos interpessoais com pessoas significativas, o que irá oferecer suporte afetivo aos indivíduos quando adultos (PRATTA; SANTOS, 2007).

No início do século XX, as famílias eram predominantemente “tradicionais”, cada membro tinha seu papel, sendo o homem o “chefe da casa” e a mulher a principal provedora de cuidados aos filhos e responsável pela educação destes. A partir da segunda metade deste século, a família vem passando por transformações econômicas, sociais e trabalhistas que contribuem para o surgimento de novos arranjos familiares diferentes do anterior (PRATTA; SANTOS, 2007).

As transformações ocorridas nas últimas décadas, em sua estrutura, de extensa para nuclear, e em suas funções em decorrência das modificações culturais e conjunturais, trazem implicações, também, na provisão de cuidado informal aos seus familiares (SERAPIONI, 2005; GORDILHO *et al.*, 2001).

A família é tradicionalmente a principal fonte de apoio ao idoso, lidando em seu cotidiano com a condição de fragilidade deste. A fragilidade pode ser entendida aqui como um conjunto de manifestações, tais como perda de peso, fraqueza, fadiga, inatividade, redução na ingestão de alimentos, distúrbio de equilíbrio e marcha, condicionamento físico precário, entre outros, o que em conjunto, pode alertar para a ocorrência de eventos adversos variados, como hospitalização, doenças agudas, quedas, fraturas e mortalidade elevada (LOURENÇO *et al.*, 2005).

Para conviver com tais dificuldades em seu dia a dia, as famílias buscam estratégias para lidar com estas condições, por meio da construção de significados relacionados ao cuidar, e em sua interação com o cotidiano e suas histórias e valores culturais (CARREIRA; RODRIGUES, 2006).

O termo cuidador é usualmente utilizado para se referir à pessoa que provê cuidados, no entanto não há um consenso a respeito de sua definição, pois

cada autor adota critérios próprios (GARRIDO; ALMEIDA, 1999).

Há o chamado cuidador formal, profissional da área da saúde que presta cuidados em instituição ou contratado pela família para este fim, e o cuidador denominado informal, isto é, familiares ou amigos que prestam cuidados em caráter assistencial, já que não necessariamente possuem formação para o cuidado (DUARTE, 1997).

O cuidado, no âmbito familiar, geralmente incide em um de seus membros, o cuidador principal, responsável pelas tarefas rotineiras do cuidar, podendo, algumas vezes, haver auxílio de outros membros da família em atividades complementares, os quais podem ser denominados cuidadores secundários (GONÇALVEZ *et al.*, 2006).

Pesquisas apontam que o cuidador principal do idoso é geralmente do sexo feminino (esposas, filhas ou netas), tem em média 50 anos e possui um vínculo afetivo em relação àquele que necessita de cuidados (cônjuge, mãe ou filho). Normalmente reside com o idoso, é casado e soma às atividades de cuidar as atividades domésticas, gerando acúmulo de trabalho e potencialmente sobrecarga em diversos aspectos da vida (social, psicológico, físico) (GONÇALVEZ *et al.*, 2006; GORDILHO *et al.*, 2001; MARQUES *et al.*, 2006).

A pessoa idosa, à medida que envelhece e se fragiliza, exige cada vez mais cuidados contínuos e diretos. Esses encargos são atribuídos quase sempre aos familiares cuidadores, são desempenhados solitariamente em função de nossa precária realidade dos serviços públicos e sociais que não oferecem às famílias recursos mínimos, tampouco a comunidade dispõe de uma rede suficiente de apoio (SCHIER *et al.*, 2003).

As dificuldades, possivelmente geradas pelo cuidado contínuo e pela falta de oferta e apoio dos serviços públicos, podem gerar no cuidador uma sobrecarga e potencializar problemas relacionados ao cuidado prestado ao idoso e ao próprio cuidador.

Em estudo realizado por Jönsson *et al.* (2005) ao comparar a qualidade de vida de pacientes que sofreram AVC e a de seus cuidadores informais, evidenciaram que em geral os cuidadores apresentam melhor qualidade de vida que a pessoa que necessita de cuidados, porém isto se torna exceção quando analisados os aspectos mental e emocional. Os referidos autores verificaram que esta exceção está relacionada, principalmente, à idade e à funcionalidade do paciente. Dados

semelhantes foram descritos por Kuroda (2007), em estudo com cuidadores de idosos, no Japão, em que foi observada uma relação entre pior estado funcional do idoso com pior qualidade de vida do cuidador, além de apresentarem também ansiedade e depressão.

A divisão de tarefas referente aos cuidados é fundamental para evitar a sobrecarga, o apoio de familiares e/ou de redes de apoio social podem minimizar ou mesmo evitar o aparecimento de estresse e dificuldades ao cuidador (GONÇALVEZ *et al.*, 2006).

Santos *et al.* (2007), em um estudo com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, verificaram que dos 14 cuidadores entrevistados, mais da metade possuíam outros dependentes de cuidados, como filhos e netos e, moravam no mesmo domicílio do idoso; dez apontaram ter algum problema de saúde e nove afirmaram não receber ajuda ou orientação de profissionais dos centros de saúde.

No estudo de Carrillo *et al.* (2006) no México, os resultados encontrados referentes ao gênero são semelhantes aos de outros países, com predomínio da população feminina; quanto à satisfação relacionada à saúde, 35,6% avaliaram positivamente (bom ou muito bom) e acrescentam que em pesquisas brasileiras a avaliação positiva foi de 25%. Segundo os autores, as discussões atuais apontam fatores educacionais, socioeconômicos e culturais como influentes na percepção da satisfação relacionada à saúde.

Lidar com uma doença crônica e seus possíveis eventos estressantes e abruptos gera tensão e preocupação para a família, impondo a necessidade de reelaboração, organização e adaptação dos papéis familiares, evitando que a família se fragilize neste processo (SANTOS *et al.*, 2007).

A internação por consequência de uma situação aguda ou crônica modifica todo o cotidiano da família que acompanha o idoso, já que este comumente não vai sozinho ao hospital, seu familiar o acompanha e vive com ele sua dor e sofrimento.

Cabe, portanto, aos profissionais da área da saúde identificar as potenciais dificuldades do familiar, relacionadas às condições do idoso em situação de urgência/emergência, para que seja possível recebê-los e orientá-los adequadamente, com possibilidades de acolhimento e humanização do atendimento, tornando o período de internação favorável à recuperação e reabilitação.

Considerando que o envelhecimento populacional tem como uma de suas consequências o aumento da incidência e prevalência das DCNTs que podem ocasionar a ocorrência de agravos clínicos e levar os idosos ao atendimento de urgência/emergência, que por sua vez, pode gerar sofrimento pela internação e interrupção inesperada de seu cotidiano e, muitas vezes, de sua condição de saúde, é relevante, então, conhecer como os profissionais e instituições de saúde estão recebendo e se preparando para acolher, tanto o idoso quanto o familiar que o acompanha, e que por este motivo precisa, também, de atendimento que o valorize enquanto parte deste processo de cuidar e ser cuidado.

No momento da chegada ao serviço de saúde e do atendimento ao idoso, a prioridade não é o familiar e, sim a manutenção da vida do paciente, porém é um momento de angústia e falta de informações para o familiar acompanhante. Dessa forma, é importante e necessário oferecer um espaço para que ele se sinta amparado, bem como lhe apresentar informações, mesmo que breves, ouvir sua história e tentar identificar seus sentimentos, já que será um aliado significativo para o cuidado ao idoso.

Assim, espera-se com este estudo conhecer a experiência do familiar acompanhante do idoso internado em uma Unidade de Urgência, com a finalidade de subsidiar a elaboração de planos, ações e estratégias para minimizar e/ou solucionar estes problemas, para melhorar a qualidade de vida de ambos.

- Descrever as características sociais e demográficas dos idosos internados na Unidade Funcional de atendimento às urgências/emergências da Unidade de Emergência do HCFMRP/USP, bem como do seu familiar acompanhante;
- Identificar os núcleos temáticos extraídos da experiência do familiar que acompanha o idoso nesta situação;
- Analisar o acolhimento prestado a partir da experiência do familiar acompanhante do idoso.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Referencial Teórico: Humanização e Acolhimento

Para falar sobre a humanização da saúde, se faz necessário um breve relato de como esta questão surgiu na sociedade.

O humanismo, enquanto filosofia pode ter seus antecedentes na Grécia Antiga, com Sócrates, condenado à morte em 399 a.C. por questionar a existência dos deuses, uma vez que fixava suas reflexões sobre os problemas humanos, fazendo com que as pessoas pensassem na vida e a respeito do bem e do mal. Na Idade Média, o humanismo foi obscurecido pelo poder da religião, voltando a ter força no período do Renascimento, cuja ênfase era viver a vida com prazer, admirar o belo e usufruir as coisas boas (MINAYO, 2008).

No século XVIII, o Iluminismo reiterou as ideias do Renascimento e as aprofundou, fortalecendo questões como a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a racionalidade como preponderante do pensamento e ação humana. A origem da Declaração Universal dos Direitos Humanos ocorreu durante o Iluminismo. A Revolução Francesa consagrou os direitos dos indivíduos e dos cidadãos, trazendo consigo os ideais de liberdade, fraternidade e igualdade como metas (MINAYO, 2008; OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Minayo (2008) refere que, na atualidade, a questão não é mais colocar o ser humano no centro de tudo, no absolutismo científico e na técnica, mas sim no seu lugar solidário, em harmonia entre a razão e o sentimento, o que caracteriza o humanismo.

O humanismo, na área da saúde, aparece por meio do termo humanização, significando a instituição do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações, deixada em segundo plano durante muito tempo pela valorização da técnica e da produção, heranças da Revolução Industrial e do capitalismo (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006; DESLANDES, 2004).

A humanização da saúde revela a importância da interação entre o doente e quem cuida dele, propondo o fim da alienação do cuidado. Deslandes (2005; 2004) aponta a importância de considerar a pessoa que adoece em sua integralidade e equidade, reconhecendo que cada um possui singularidades definidoras de uma identidade única.

A mesma autora acrescenta que a humanização da saúde na atualidade preocupa-se com a assistência que valorize a qualidade técnica e ética do cuidado,

com o reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade, cultura, valorização do profissional e do diálogo entre equipes.

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro.

Na década de 1980, a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde foram marcados pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência. A partir dos anos 90 são incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário. Neste bojo se situa a humanização da atenção à saúde (FORTES, 2004).

Fortes (2004) acrescenta que humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, com suas necessidades específicas e, assim, criar condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma, refere-se, também, à possibilidade de transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma atitude ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

No Brasil, a legislação referente ao setor de saúde traz normas e diretrizes referentes à humanização da atenção a saúde, tais como: a preservação da autonomia, da defesa da integridade física e moral, a igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (Lei Federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V).

O Ministério da Saúde, em 2001, por meio da PNHAH propõe um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público, enfocando a necessidade de transformação na cultura do ambiente hospitalar, orientada ao atendimento humanizado, o que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas. Este pensamento pode ser ampliado e aprofundado como uma política de caráter transversal, para atingir a todos os níveis de atenção à saúde com a PNH em 2003 (BRASIL, 2006; Puccini; Cecílio, 2004)

Puccini e Cecílio (2004, pg. 1349) complementam:

Na perspectiva dessa *práxis* transformadora, ganha importância a relação entre profissionais de saúde e usuários: passagem do ambiente relacional de individualismos com individualismos para o ambiente relacional de sujeitos sociais com sujeitos sociais. Isto é, o subjetivo extravasa o plano dos afetos íntimos, sem abdicar dele, e ganha, também, significado e expressão como parte integrante de um projeto social e de seus objetivos. Na área da saúde, a perspectiva da conquista social do direito à saúde constitui a busca de um estágio mais avançado de autonomia, definido como capacidade das pessoas de não apenas eleger e avaliar informações com vistas à ação, mas de criticar e, se necessário, mudar as regras e práticas da sociedade a que pertencem.

O debate sobre a humanização deve ir além de preocupações práticas, como valor, implica estar apoiado em questões subjetivas, de forma progressiva e simultânea “esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo que se entende ser boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la”(AYRES, 2005, p. 550).

O acolhimento, como preconizado pela política de humanização, é uma etapa do processo de trabalho. Segundo Artmann e Rivera (2006, pg. 207), “a humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contem as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual”.

Teixeira (2005) compreende o acolhimento como uma rede de conversações, um complexo acolhimento-diálogo, onde acolher corresponde à promoção de uma escuta atenta e o atendimento da demanda de cuidado como direito moral, e o diálogo referindo-se à conversação para a identificação e priorização de necessidade.

Para Scheider *et al.* (2008), o acolhimento visa à escuta, à valorização da queixa, à identificação das necessidades e ao respeito às diferenças, devendo ser baseadas no diálogo, gerando relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, tirando o foco da doença e valorizando os aspectos sociais, econômicos, crenças, valores e história de vida.

Segundo os mesmos autores (pg.83), “o paciente/família precisa sentir-se seguro, confortável e amparado pela instituição, pois assim o mesmo mantém sua autonomia/cidadania e oportunidade de expressão”.

A compreensão do significado da vida no processo de cuidar deve ir além da capacidade e conhecimentos técnicos dos profissionais, é importante que tenham

a capacidade de perceber e compreender o ser humano como está inserido em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003), o que não significa somente envolvimento, mas uma postura ética em relação ao ser humano que necessita de cuidados.

O relatório da World Health Organization, intitulado *Primary health care: now more than ever* (WHO, 2008), contempla a preocupação com os cuidados relacionados à saúde focado na pessoa, em seu contexto particular, como algo que os trabalhadores da saúde precisam conhecer. Afirma ser esta uma tarefa complexa, já que necessitam garantir uma abordagem integral que considere aspectos físicos, emocionais e sociais, além do passado e o futuro da realidade de cada indivíduo em seu contexto. Acredita que conhecer o indivíduo em sua totalidade pode auxiliar no reconhecimento de aspectos importantes dos problemas de saúde.

Outro ponto abordado neste relatório é que a visão integral melhora não só a ansiedade e confiança do paciente, mas também a satisfação do profissional, ambos assumindo uma relação de parceria, melhorando a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Merhy (2003) coloca como ponto importante do cuidado em saúde a integralidade, esta entendida como um esforço na atenção completa, garantindo desde o uso de todas as tecnologias disponíveis, até espaços de conforto e segurança à pessoa hospitalizada. “Tecnologias” e “Humanização” combinadas, no desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar’ (p. 1).

Dessa forma, a humanização dos serviços de saúde pode ser uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, uma vez que a transformação dos sujeitos envolvidos pode modificar a realidade (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

3.2 Referencial Metodológico

Trata-se de uma pesquisa com abordagem metodológica qualitativa, que no contexto da saúde emprega a concepção trazida das Ciências Humanas. Esta

concepção busca entender, não o fenômeno em si, mas o significado individual e/ou coletivo que os fenômenos trazem para a vida das pessoas, neste caso os relacionados à saúde e à doença. É por meio do significado adotado pela pessoa que ela organizará sua vida, o que inclui os cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

Ainda segundo Turato (2005, pg. 510), o interesse do pesquisador está voltado à busca do significado das coisas, já que este possui papel organizador nos seres humanos e, completa:

O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nos *settings* da saúde em particular, conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Para que esses significados pudessem ser expressos, a história oral foi utilizada como método de investigação na modalidade história oral temática. A riqueza da pesquisa com esta metodologia está na ênfase e importância atribuída ao sujeito da história, construtor de seu destino, entre possibilidades e limites (FORTUNATO; RUSCHEINSKY, 2004).

As características éticas acompanham esta investigação, uma vez que, ao se deixar conhecer por meio da narrativa ao pesquisador, o outro revela seu universo íntimo e torna-se coautor do conhecimento. Reconstruir histórias, situações, acontecimentos, subsidiado pela voz do outro, deve tornar o pesquisador responsável e comprometido com o valor de sua investigação e a difusão dos seus resultados para o público leitor (FORTUNATO; RUSCHEINSKY, 2004).

De acordo com Meihy (1996, p. 13), a história oral:

[...] possibilita a construção e a reconstituição da história por meio de relatos individuais ou coletivos. O fato de ser considerado um campo multidisciplinar possibilita que algumas disciplinas possam dar suas contribuições teóricas, especialmente no tratamento e na análise da informação oral. Observamos essa contribuição através dos estudos que trazem reflexões sobre relações entre pesquisadores e sujeitos entrevistados, que tendem a discutir seus resultados com base nas teorias do sujeito.

A história oral é uma técnica moderna que vem sendo utilizada como forma de captar as experiências vividas pelas pessoas e dispostas a falar sobre sua compreensão a este respeito. Esse recurso se diferencia por ser a maneira pessoal e particular de registro das experiências, sem ser apenas uma simples informação; realiza-se com o dever de prestar atenção ao indivíduo e à sua versão da vida pessoal (SANTOS, 1996).

Segundo Meihy (1996) e Meihy e Holanda (2007) a base da existência da história oral é o depoimento gerado, sendo constituído por três elementos mínimos, a saber: o entrevistador, o entrevistado e a aparelhagem para gravar o depoimento. As entrevistas partem dos procedimentos feitos no presente e envolvem expressões orais com a intenção de articular as ideias orientadas a registrar ou explicar os conteúdos que são de interesse planejado no projeto.

O projeto em história oral é de fundamental importância, já que este é uma iniciativa planejada para uma situação específica de pesquisa. É importante lembrar os momentos para a realização da pesquisa: a elaboração de um projeto, a gravação, o registro passado para o escrito, a análise, o arquivamento e a devolução ao social. (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Enquanto método, na história oral, os procedimentos devem indicar caminhos específicos, construídos a partir de alternativas que privilegiam as entrevistas como atenção essencial dos estudos, um processo que vai desde a elaboração do projeto, dos critérios de aquisição das entrevistas, seu processamento, passagem do oral para o escrito e os resultados analíticos (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Há três modalidades de história oral que são definidas por Meihy e Holanda (2007) da seguinte forma:

- **história oral de vida**, sendo a narrativa do conjunto de experiências de vida de uma pessoa, contendo perguntas amplas que abordem a trajetória de vida do entrevistado;
- **tradição oral** que trabalha com a permanência dos mitos, valores, crenças e com as visões de mundo de comunidades, asseguradas em referências do passado;
- **história oral temática** que parte de um assunto específico e preestabelecido, comprometendo-se com a opinião e esclarecimento do entrevistado a respeito do tema. A objetividade é direta. A história oral

temática não só admite o uso do questionário, mas também o coloca como peça fundamental para aquisição dos detalhes procurados.

As entrevistas temáticas são aquelas que versam especificamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido como objetivo principal (ALBERTI, 1989).

A abordagem da história oral temática, segundo Meihy (1996), é constituída pela reconstrução histórica de vida do sujeito, a partir de um dado momento ou evento que se deseja compreender, neste estudo, a experiência do familiar acompanhante do idoso em situação de urgência/emergência.

Lang (1996) refere que uma característica importante do trabalho com história oral é a autenticidade dos dados obtidos. Os pesquisadores, preocupados em documentar os fatos pouco estudados, buscam obter informações fidedignas, testando sua autenticidade pelo confronto com outras fontes.

Com base nos conceitos teóricos mencionados, adotou-se a história oral temática como método para coleta de dados por considerá-la adequada para alcançar os objetivos definidos para este estudo, pois permite apresentar as experiências referidas pelas pessoas.

3.2.1 Local e Sujeitos do Estudo

Este estudo foi realizado com os familiares acompanhantes dos idosos atendidos na Unidade Funcional de atendimento às urgência/emergência, ou seja, nas salas de urgência (conhecida como BOX), de estabilização clínica e de atendimento ao trauma, da Unidade de Emergência do HCFMRP/USP. Vale ressaltar que, na sala de trauma, os pacientes são recebidos e são realizados os primeiros atendimentos, a permanência neste local costuma ser de até 24 horas, posteriormente são transferidos ao setor que atenda às necessidades do paciente.

Unidade de Emergência do HCFMRP/USP é reconhecida como unidade de referência para o atendimento às urgências e emergências. As Unidades de Referência de nível terciário são aquelas instaladas em hospitais gerais, universitários e que possuem recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica (GUTIERREZ; BARBIERI, 1998).

A referida Unidade de Emergência está situada no município de Ribeirão Preto, iniciou suas atividades em 31 de junho de 1956. A procura pela Unidade de Emergência ocorria de forma espontânea, gerando fluxo de pacientes acima da capacidade de atendimento. Em 2000 foi criado o Sistema de Regulação Médica com o objetivo de hierarquizar o destino dos pacientes por grau de complexidade, para serem atendidos no local que naquele momento dispunha de maior capacidade para resolução do problema (SANTOS et al., 2003).

Com o Sistema de Regulação Médica, houve diminuição da quantidade de pacientes atendidos na Unidade, o que possibilitou melhorar a assistência à saúde. Atualmente é referência para o atendimento de urgência de média e alta complexidade para pacientes com agravos traumáticos e clínicos dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (DRS XIII) com cerca de um milhão e duzentos mil habitantes. Atua também como retaguarda para o tratamento de alta complexidade para a macrorregião, composta pelas Divisões Regionais de Araraquara, Franca, Barretos e São José da Boa Vista, representando uma população de 4,5 milhões de habitantes (SANTOS et al., 2003).

A Unidade de Emergência está dividida em 13 Unidades Funcionais, as quais representam diferentes áreas físicas. Cada uma delas possui um Grupo Gestor multiprofissional que discute as diversas demandas e as possíveis intervenções para soluções das mesmas.

A Unidade Funcional de atendimento às urgências/emergências está localizada no andar térreo, bloco A, dividida em três setores, ou seja, 28 leitos destinados à sala de urgência, cinco para sala de estabilização clínica e outros cinco para sala de atendimento ao trauma, totalizando 38 leitos. A média de permanência nestes locais é de 4,5 dias, o que se justifica pela gravidade dos casos atendidos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2009a).

De acordo com os dados do Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SIIH, 2007), software do Sistema Integrado de Informação Hospitalar, o número de atendimentos de pessoas com 51 anos ou mais de idade, nas diversas Unidades Funcionais do hospital em estudo, no ano de 2009, foi de 7871. Destas, 4368 correspondiam à faixa etária entre 51 e 65 anos, 2561 entre 66 e 79 anos e 942 para 80 anos ou mais (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2009b).

A população do estudo foi composta pelos familiares acompanhantes dos

idosos atendidos na referida unidade e que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, estar acompanhando o idoso durante o período de internação, superior a 24 horas, na Unidade Funcional descrita, mesmo que o idoso estivesse internado em local com restrição para acompanhantes (estabilização e trauma), mas que estivesse vindo visitá-lo; possuir 18 anos ou mais de idade; gênero masculino ou feminino e ter capacidade para entender e responder às questões. Desta forma, os participantes deste estudo foram 11 familiares acompanhantes dos idosos atendidos na Unidade Funcional de atendimento às urgência/emergência.

É importante destacar que, para Minayo (2007), o critério a ser adotado para amostragem dos participantes em pesquisa qualitativa não é numérico, a amostra ideal é aquela que reflita a totalidade do objeto em estudo. Neste sentido, o número de sujeitos deste estudo foi obtido, considerando-se o processo de aquisição dos dados, paralelamente à análise, até o alcance dos objetivos propostos.

Dos entrevistados, nove acompanhavam idosos internados na sala de urgência e dois na sala de estabilização clínica. Não foram realizadas entrevistas com familiar acompanhante de idosos internados na sala de trauma, uma vez que, no período das entrevistas, não houve, neste local, internação de idosos com permanência superior a 24 horas.

3.2.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta das histórias foi realizada no período de abril a maio de 2010, durante a internação do idoso e após 24 horas de sua permanência na instituição, uma vez que o paciente e o familiar acompanhante são acolhidos no momento de sua chegada à unidade e durante todo o período de internação. Na tentativa de assegurar ambiente tranquilo, confortável e livre de interrupções, as entrevistas foram realizadas, pela própria pesquisadora, na sala de acolhimento à família, que possui cadeiras, iluminação e ventilação.

Para tanto, foi utilizado um instrumento de coleta de dados desenvolvido por Marques (1999) e adaptado para este estudo, com a inclusão de questões referentes a sua experiência de acolhimento no referido serviço de saúde. Assim, o instrumento foi composto por três partes (Apêndice A):

- Parte 1** - Perfil social do idoso e do familiar acompanhante: idade, gênero, escolaridade, estado civil, número de filhos, com quem vive, profissão e renda mensal;
- Parte 2** - Condição saúde-doença do idoso e do familiar entrevistado: morbidades referidas, uso de medicamentos, cuidados necessários à saúde, necessidade de cuidador, grau de parentesco do cuidador (se houver), entre outras;
- Parte 3** - Questões norteadoras: Fale-me por que e como o idoso precisou do atendimento de emergência; Fale-me como você foi recebido(a) pelos profissionais durante o momento da internação; Fale-me como você está sendo tratado(a) durante o período de internação do idoso; O que você sugere para melhorar o atendimento neste serviço.

A abordagem ao familiar acompanhante foi realizada pela pesquisadora, que se identificou e efetuou os devidos esclarecimentos sobre o estudo, solicitando sua participação e, caso o idoso estivesse em ambiente restrito para acompanhante, a abordagem foi feita no horário de visitas. A entrevista foi realizada em horário previamente acordado com o familiar acompanhante, a fim de não interromper a visita e/ou a rotina junto ao idoso internado.

No momento previamente combinado, na sala de acolhimento à família, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi apresentado e discutido com o familiar acompanhante e, após os esclarecimentos e aquiescência de cada participante, foi solicitada sua assinatura e entregue uma cópia do termo. Assim, em seguida iniciou-se a entrevista com todas as questões do instrumento respondidas pelo familiar acompanhante, mesmo aquelas referentes ao idoso e, posteriormente, procedeu-se às questões norteadoras. As falas foram registradas por meio de um gravador digital e transcritas posteriormente. Foi realizado um encontro com cada um dos participantes, e cada entrevista durou em média 60 minutos. Impressões e observações foram registradas em um diário de campo.

3.2.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados, adotou-se a técnica de Análise Indutiva de

Conteúdo, proposta por Hesse-Biber e Leavy (2006).

De acordo com os mesmos autores, a análise de conteúdo é tradicionalmente utilizada em estudos de abordagem quantitativa, no entanto, atualmente é reconhecida como apropriada à análise de abordagem qualitativa por meio do modelo indutivo, em espiral, no qual o pesquisador coleta e analisa os dados, obtém suas compreensões, gera novas questões, até que os objetivos da pesquisa sejam alcançados, permitindo uma análise qualitativa dos dados. A análise em espiral segue o paradigma da interpretação dos dados. Os dados das entrevistas e/ou observações são organizados primeiramente em forma de textos e analisados de forma isolada, estes são considerados um espelho da realidade social, permitindo apreender as estruturas socioculturais representativas do mundo dos sujeitos.

Posteriormente os textos são associados e pela análise de todos em conjunto é possível obter a visão da ideologia predominante usada pelas pessoas para dar significados às experiências, neste caso, o acolhimento na situação de urgência/emergência para o familiar que acompanha o idoso, sendo fundamental a contextualização destas experiências para sua interpretação e compreensão da realidade construída. O pesquisador passa então ao processo analítico circular de interpretar, compreender, classificar e descrever os temas apreendidos, construindo categorias temáticas relacionadas às representações dadas à experiência estudada (HESSE-BIBER E LEAVY, 2006).

A análise da experiência vivida pelos familiares acompanhantes dos idosos em situação de urgência/emergência foi realizada a partir da transcrição fiel das entrevistas gravadas. O relato oral passou por um processo de transformação do oral para o texto escrito. No entanto para sua utilização no corpo deste trabalho, os vícios de linguagem, erros gramaticais e palavras ou frases repetidas foram corrigidos. Este processo possibilitou a análise de conteúdo indutiva do material coletado.

O processo de análise indutiva dos conteúdos foi realizado durante todo o período de coleta de dados, durante o qual pode ser revisto e aprimorado. Todo o material foi lido individualmente para a compreensão dos sentidos atribuídos à experiência por cada um dos familiares acompanhantes e para a elaboração dos núcleos de sentidos. Posteriormente, foi analisado coletivamente, o que possibilitou a construção das categorias temáticas.

As duas primeiras partes do instrumento da pesquisa referentes à

caracterização sociodemográfica e perfil saúde-doença, dos idosos e seu familiar acompanhante, foram discutidas com base na literatura pesquisada. A primeira, no entanto, recebeu, ainda, tratamento estatístico simples, porcentagem e média.

3.2.4 Aspectos éticos

Conforme as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP, protocolo nº 1462/2010, obtendo aprovação.

Como parte da documentação prevista na referida legislação, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações relevantes referentes ao estudo, mencionando que a participação seria livre e de espontânea vontade, havendo a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como a garantia do anonimato dos idosos e acompanhantes. Dessa forma, no corpo da pesquisa, os familiares acompanhantes receberam a sigla FA e um número de identificação para a apresentação das falas. Foi solicitada permissão para gravação e posterior transcrição da entrevista. Após os esclarecimentos e concordância, foi solicitada a assinatura e entregue uma cópia do documento ao familiar acompanhante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Apresentação dos Resultados e Discussão

A análise e a discussão dos dados serão descritas em duas etapas. A primeira composta pela caracterização dos idosos internados em situação de urgência/emergência e de seus familiares acompanhantes (FA), considerando os aspectos sociais, demográficos e condições de saúde e doença. A segunda, pela apresentação do conteúdo extraído por meio da análise indutiva das entrevistas realizadas com os FAs.

4.1.1 Características sociais, demográficas e condições de saúde e doença dos idosos internados em situação de urgência/emergência

Foram entrevistados 11 FAs de idosos internados na Unidade de Emergência do HCFMRP/USP. A seguir serão apresentadas as características dos idosos, acompanhados pelos FAs que participaram do estudo.

Com relação à procedência, sete (63,6%) idosos eram de Ribeirão Preto e quatro (36,4%), de cidades desta região; nove (81,8%) estavam internados na sala de urgência (SU) e dois (18,2%), na sala de estabilização clínica (SEC). Isto pode ser explicado pelo fato de que na SU é permitida a presença do FA em tempo integral, o que facilitava o acesso aos entrevistados. Vale ressaltar que as entrevistas aconteceram em horários que havia possibilidade de o idoso estar acompanhado por outra pessoa. Para os idosos que estavam internados na SEC, os FAs foram abordados nos horários de visita.

A caracterização individual dos idosos, quanto à idade, ao sexo, ao estado civil, ao número de filhos, ao grau de escolaridade, à profissão, à renda e com quem vive pode ser visualizada na Figura 1.

Figura 1. Caracterização social e demográfica dos idosos internados em situação de urgência/emergência

CARACTERIZAÇÃO IDOSOS									
ENTREVISTA	LOCAL INTERNAÇÃO	GENERO	IDADE	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA SALARIAL SM*	COM QUEM VIVE
1	SU	F	60	Divorciada	Urbano	5-8 anos	Auxiliar enfermagem/ aposentada	1	Filha
2	SU	F	87	Viúva	Rural	Analfabeta	Trabalhadora rural/ aposentada	1	Filho
3	SU	F	73	Viúva	Rural	9-12 anos	Dona de casa	1	Filha mais velha
4	SU	M	72	Viúvo	Urbana	1-4 anos	Tratorista/ aposentado	1	Filha/ genro/ netos
5	SEC	M	78	Casado	Urbana	1-4 anos	Metalúrgico/ aposentado	2-4	Esposa/ filha
6	SEC	F	70	Divorciada	Rural	Analfabeta	Domestica/ aposentada	1	Filhas
7	SU	M	66	Casado	Urbana	9-12 anos	Mecânico/ aposentado	2-4	Esposa
8	SU	M	84	Casado	Rural	1-4 anos	Almoxarife/ aposentado	2-4	Esposa
9	SU	M	78	Viúvo	Rural	1-4 anos	Vigia/ aposentado	1	Filho/ nora/ netos
10	SU	M	63	Casado	Rural	1-4 anos	Motorista/ aposentado	2-4	Esposa
11	SU	M	78	Casado	urbana	1-4 anos	Motorista/ aposentado	2-4	Esposa

SM = Salário Mínimo

Figura 2. Caracterização dos familiares acompanhantes dos idosos internados em situação de urgência/emergência

CARACTERIZAÇÃO FAMILIARES ACOMPANHANTES									
FAMILIAR ACOMPANHANTE	IDADE	ESTADO CIVIL	FILHOS	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	TRABALHA ATUALMENTE	RENDA SALARIAL SM*	GRAU DE PARENTESCO COM IDOSO	COM QUEM VIVE
1	21	Solteira	-	9-12 anos	Costureira	Sim	_____	Filha	Idosa
2	45	Casada	2	5-8 anos	Cabeleireira	Sim	2-4	Nora	Marido/ filha
3	27	Casada	2	13 ou +	Vendedora	Sim	2-4	Filha	Marido/ filhos
4	42	Casada	2	13 ou +	Professora	Sim	2-4	Filha	idoso/ marido/ filhos
5	77	Casada	7	1-4 anos	Tecelã/aposentada	Não	1	Esposa	idoso/ filha
6	44	Solteira	-	5-8 anos	Costureira	Não	_____	Filha	idosa/ irmã
7	65	Casada	2	1-4 anos	Manicure	Sim	_____	Esposa	Idoso
8	51	Casada	2	9-12 anos	Funcionária pública	Sim	2-4	Filha	Marido/ filhos
9	37	Casada	2	9-12 anos	Vendedora	Não	_____	Nora	idoso/ marido/ filhos
10	61	Casada	4	1-4 anos	Passadeira	Sim	1	Esposa	Idoso
11	74	casada	6	Lê e escreve	Dona de casa	Não	_____	Esposa	Idoso

SM = Salário Mínimo

No que se refere ao local de nascimento, sete (63,6%) nasceram na zona rural e quatro (36,4%), na urbana. Pessoas que viveram em zona rural até os 15 anos de idade podem ter sido privadas de escola, de atenção à saúde e de outros benefícios que a proximidade com a zona urbana pode trazer (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Assim, quanto ao grau de escolaridade dos idosos, seis (54,5%) tinham de um a quatro anos de estudo e dois (18,2%) eram analfabetos. Vale ressaltar que o grau de escolaridade pode contribuir para o surgimento de doenças, pois associado a fatores socioeconômicos e culturais pode limitar a conscientização para a importância do cuidado com a saúde ao longo da vida, interferindo na manutenção de estilo de vida saudável e adesão a tratamentos, o que dificulta a ação sobre os fatores de risco (PERLINI, 2000).

A idade dos idosos variou entre 60 e 87 anos, com média de 73,5 anos. Quanto ao gênero, oito (72,7%) eram homens. O envelhecimento populacional apresenta uma característica importante, a feminização da velhice, uma vez que as mulheres têm maior expectativa de vida, cerca de sete anos a mais em relação aos homens. Em geral, são mais adeptas ao autocuidado e, por sua vez, mais atentas aos sinais e sintomas e utilizam mais os serviços de saúde, favorecendo o diagnóstico precoce e melhor prognóstico para as doenças crônicas (LOPES, 2006; VERAS, et al., 1997; VERAS, et al. 2008). Sendo assim, infere-se que os homens estão mais expostos à situação de urgência/emergência. Vale mencionar, também, que na prática observa-se que os homens são mais acompanhados pelos seus familiares, quando necessitam de internação, se comparados às mulheres.

No que se refere ao estado civil, cinco (45,5%) eram casados, seguidos de quatro (36,4%) viúvos e dois (18,2%) divorciados; cinco (45,5%) viviam com a esposa, quatro (36,4%), com os filhos e dois (18,2%), com filhos, genros e netos, caracterizando domicílios intergeracionais. De acordo com Lopes (2006), os homens casados vivem mais que os solteiros, pois há maior suporte social e estilo de vida mais regado e estável.

A longevidade possibilita maior tempo de convivência familiar e com outras gerações, o que pode trazer implicações na qualidade das relações familiares já que cada geração possui características e comportamentos distintos incorporados por normas e valores sociais (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI; 2007).

De acordo com os mesmos autores, a definição de geração está

relacionada a um determinado ciclo de vida, correspondendo a grupos etários distintos e com certo grau de parentesco na estrutura familiar. Acrescentam que o convívio intergeracional possibilita interação, na qual idosos, adultos e jovens fornecem elementos educativos, favorecendo as trocas. Para os jovens, estas trocas se dão por meio da transmissão de experiência e conhecimento histórico fornecidos pelos idosos, e para estes a possibilidade de contribuir para o futuro e de aprender com os jovens, de forma que se sintam integrados à sociedade em que vivem.

Por ser a família um dos principais suportes ao idoso, a interação entre seus membros pode proporcionar sentimentos de segurança, de pertença, de conforto e bem-estar, de ajuda e apoio. Por outro lado, a coexistência em um mesmo ambiente pode não garantir um convívio que proporcione este suporte. A este respeito, Garrido e Menezes (2002) apontam a hipótese deste arranjo estar relacionado à estratégia de sobrevivência, estando os idosos sujeitos ao isolamento e à pior qualidade de vida.

A proximidade pode acarretar também problemas, preocupações e conflitos, ou seja, sentimentos diferentes a cada membro do grupo familiar, relacionados a sua história, a sua condição de vida e a sentimentos expressos ou não.

O envelhecimento, muitas vezes agravado por doenças, gera necessidades que podem ser uma oportunidade de ajuda, apoio e afeto ou um momento de negação e abandono (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

A longevidade provoca impactos na família que podem desestruturá-la, caso os seus integrantes não se preparem para o convívio multigeracional e para as modificações e adaptações que muitas vezes são necessárias.

Neste estudo, segundo os FAs, todos os idosos possuíam algum tipo de benefício como renda salarial, sendo que seis (54,5%) recebiam um salário mínimo¹ por mês, e cinco (45,5%) recebiam de dois a quatro salários mínimos.

As aposentadorias e pensões são atualmente a principal fonte de renda da população idosa no Brasil, apesar de ter sido considerada como *status* de pobreza, estudos apontam que atualmente esta parcela da população passou a configurar a parcela mais representativa dos rendimentos da população brasileira e que, em

¹ O salário mínimo vigente no país no período de coleta de dados, meses de abril e maio de 2010, era de R\$510,00 (Brasil, 2009).

muitos casos, são os principais provedores de sustento da família, o que confere a eles maior valorização familiar e social (NERI; SOARES, 2007; VERAS, 2009).

Veras (2009) acrescenta que, no levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) sobre a saúde da população idosa no Brasil entre 1998 e 2003, observou-se que houve melhorias nas condições de saúde justificadas por causas multifatoriais como: tecnologia médica, mudanças comportamentais, aumento do valor do salário mínimo, entre outros.

No entanto, outros autores mencionam que idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e menor uso dos serviços de saúde (NERI; SOARES, 2007).

Sabendo que são vários os problemas que afetam a saúde do idoso, foi apresentada aos FAs uma lista preestabelecida contendo alguns deles para que identificassem quais acometiam o idoso.

Sete (63,6%) idosos possuíam múltiplos problemas de saúde, três (27,3%) apresentavam apenas um e um (9,1%) não tinha qualquer problema de saúde identificado. A situação de urgência/emergência atinge não só idosos com DCNT mas também aqueles que eram previamente hígidos e ativos, o que evidencia que a população idosa, em geral, merece ter atenção à saúde.

Com relação ao uso de medicamentos, dez (90,9%) faziam uso por ordem médica, dois (18,2%) usavam chá natural e não houve menções de uso de medicamentos sem ordem médica.

Quatro (36,4%) idosos foram apontados pelo FA como pessoas que necessitavam de cuidador antes desta internação, apesar de dez (90,9%) deles fazerem algum tipo de tratamento de saúde previamente. Este dado pode ser analisado pela dificuldade do cuidador em se identificar como tal, aparentemente faz uma associação entre cuidado e dependência.

4.1.2 Características sociais, demográficas e condições de saúde e doença dos familiares acompanhantes

Dos FAs que participaram deste estudo, sete (63,6%) eram procedentes de Ribeirão Preto e quatro (36,4%) de cidades vizinhas. A caracterização individual destes FAs quanto à idade, ao gênero, ao estado civil, ao número de filhos, ao grau de escolaridade, à renda mensal e ao grau de parentesco com o idoso está apresentada na Figura 2.

Todos os FAs eram mulheres, o que demonstra o fato apontado na literatura de que as mulheres assumem, em sua maioria, o cuidado familiar (GONÇALVES et al., 2006; VERAS, et al., 1987). Fato que pode ser explicado pela tradição histórica em que as mulheres não desempenhavam atividades fora do ambiente familiar e que por este motivo tinham mais disponibilidade para o cuidado, entretanto esta não é a realidade atual, uma vez que a mulher vem participando ativamente no mercado de trabalho, somando a esta atividade o cuidar (GONÇALVES et al., 2006).

A idade variou entre 21 e 77 anos, com média de 49,5 anos. É importante destacar que quatro (36,4%) possuíam idade acima de 60 anos, ou seja, são idosos acompanhando idosos. Esta é uma preocupação apontada por uma das entrevistadas que foi ficar no lugar de sua mãe como acompanhante, a idosa que já havia passado a noite toda na SU com o marido: “[...] *ele tem 83 anos e minha mãe tem 80, quer dizer... os dois precisam de acompanhante, né?*.” (FA 8)

Além de o cuidado ser, em geral, assumido por mulheres, em especial aquelas com maior vínculo e proximidade com o idoso, esposas, filhas, noras e netas, frequentemente estas pertencem à mesma geração do idoso, são idosos cuidando de idosos (CALDAS, 2003).

Em relação ao estado civil, nove (81,8%) eram casadas e duas (18,2%), solteiras. O número de filhos variou entre 0 e 7, perfazendo média de 2,6 filhos. As quatro FAs que eram esposas dos idosos tiveram em média 4,8 filhos, enquanto as que eram filhas, ou noras, pertencentes à outra geração, têm em média 1,4 filho. É possível perceber com isto a transição das famílias extensas para as famílias nucleares.

Quanto à situação de trabalho, sete (63,6%) trabalhavam fora de casa e duas (18,2%) deixaram o trabalho para cuidar do idoso, antes do agravo. Estes

aspectos podem tornar-se fatores de sobrecarga, pois além do cuidado com o idoso, elas cuidam dos filhos e trabalham fora.

Quanto ao grau de escolaridade, três (27,3%) estudaram de um a quatro anos, outras três (27,3%), de nove a doze e duas (18,2) tinham treze anos ou mais de estudo.

Em relação à renda salarial, cinco (45,5%) FAs referiram não ter qualquer renda, duas (18,2%) recebiam um salário mínimo e quatro (36,4%) recebiam de dois a quatro salários mínimos. As duas FAs que deixaram o emprego para cuidar do idoso mencionaram dificuldades financeiras, uma vez que estão vivendo da aposentadoria dos idosos.

De acordo com Goldani (2002), a dificuldade econômica pode ser um dos responsáveis pela ocorrência de domicílios multigeracionais, no qual pais idosos e filhos adultos têm de se ajudar no processo de sobrevivência.

Quatro (36,4%) FAs viviam apenas com o idoso, três (27,3%), com marido e filhos, além do idoso, uma (9,1%) vivia com o idoso e a irmã e três (27,3%) vivem com marido e filhos, mas não com o idoso.

A lista preestabelecida contendo problemas de saúde também foi apresentada aos FAs para que pudessem indicar quais deles possuíam. Cinco (45,5%) referiram não apresentar qualquer problema de saúde, seis (54,5%) indicaram pelo menos um. Com relação à interferência destes problemas para as atividades diárias, duas (18,2%) responderam positivamente.

Acompanhar o idoso na situação de emergência e a possibilidade de tornar-se cuidador é algo que precisa ser considerado pelas equipes de saúde, os acompanhantes dos idosos deste estudo, além da idade, já que seis deles possuíam mais de 50 anos, já fazem algum tratamento de saúde, o que pode se acentuar ou mesmo se agravar. Segundo Garrido e Menezes (2002), o Brasil não tem dispositivo público gratuito para oferecer suporte às famílias e aliviar sua sobrecarga, o que principalmente no caso de cuidadores idosos pode facilitar o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos.

4.2 A Análise da experiência de ser acompanhante do idoso em situação de Urgência/Emergência

A preocupação e a angústia da pessoa que acompanha seu familiar em uma situação de urgência/emergência é apresentado por diversos autores (BORGES, 2009; PINHO; KANTORSKI, 2006; ROMANO, 2008), por este motivo, acreditou-se que quando questionados sobre *“como e por que o idoso precisou do atendimento de urgência/emergência”*, seus FAs iriam falar deste momento especial em suas vidas, no entanto, o que pudemos notar nas entrevistas foi o relato de uma história que antecede este momento, um percurso de cuidados prestados ao idoso e suas necessidades peculiares ao envelhecimento. Este percurso é marcado pela busca ao atendimento primário que, a partir do sistema de regulação médica, organiza o atendimento para que este seja realizado primeiramente nestes serviços. Matumoto (1998) refere que o acolhimento é um processo que se inicia antes da chegada do usuário ao serviço de saúde, que possui estrutura que o direciona à procura por um ou outro serviço. O primeiro atendimento, associado à história da doença forneceu subsídios para que o primeiro núcleo de sentidos fosse construído: *“Entre a vida e a morte: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”*, do qual resultaram três categorias temáticas: *“A história que antecede a situação de urgência/emergência e a busca por ajuda no momento do evento”*, **“O atendimento ao idoso em situação de urgência/emergência nos diferentes serviços de saúde”** e **“A organização familiar no cuidado ao idoso: antes, durante e depois”**.

O segundo núcleo temático foi construído baseado na experiência do familiar desde sua chegada à unidade de emergência até o momento da entrevista: *“Os desafios enfrentados pelo familiar acompanhante do idoso na situação de urgência/emergência”*. Resultando em três categorias temáticas: **“O cuidado ao idoso pelos profissionais da saúde como fonte de segurança e credibilidade: comunicação, regras e acesso”** *“a ambiência como fator de acolhimento”*, **“Ser acompanhante do idoso em atendimento de urgência/emergência: turbilhão de sentimentos”**.

Um terceiro núcleo foi construído a partir das sugestões e alternativas dadas pelos familiares, estes, sim, desafio aos serviços de saúde e seus profissionais: *“alternativas para o atendimento humanizado e acolhedor em unidades de urgência/emergência sob a ótica do familiar acompanhante do idoso”*.

4.2.1. “Entre a vida e a morte: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”

4.2.1.1 A história que antecede a situação de urgência/emergência e a busca por ajuda no momento do evento

O processo de envelhecimento, apesar de ser natural é ainda cercado de mitos e desafios que precisam ser conhecidos, uma vez que nos últimos 50 anos passou a fazer parte da nossa realidade de forma acentuada. Em 1960 o Brasil possuía três milhões de idosos, passando para 20 milhões em 2008, como consequência, as doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar mais expressão na sociedade (VERAS, 2009).

Com o passar dos anos, a possibilidade de desenvolvimento de uma DCNT e de agravos à saúde está presente na vida das pessoas, de forma mais lenta e controlável ou de forma abrupta e inesperada. Os idosos apresentam maior prevalência de DCNT e maiores índices de mortalidade, como consequências consomem proporcionalmente mais serviços de saúde, necessitam de acompanhamento e internações hospitalares, pois estas doenças tendem a gerar agravos à saúde e mudanças no estilo de vida (VERAS, 2009).

As DCNTs geralmente possuem percurso lento e gradual, exigem intervenções de custo elevado, envolvendo tecnologia complexa para o cuidado adequado, bem como acompanhamento médico constante e uso de medicação contínua. Este percurso fica evidente na fala dos FAs :

“Antigamente minha mãe tinha muita enxaqueca, há muitos anos atrás. Depois parou, tratou... Daí começou essa dor de cabeça e ela passou a perder a visão na semana passada, foi de repente. Só que foi o que o médico falou, isso já vem acontecendo há muitos anos, só que bem lento...”(FA 3)

“[...] meu pai tem uma doença que tem um nome estranho... o nome científico dela eu não sei ... é relacionada a um traumatismo e sei que essa doença... ela não sara. Então, ela vai devagarzinho atrofiando alguma parte...Até que ele está bem. Faz tempo que ele começou a ter alguma coisa, sabe? Teve um problema no braço, um formigamento e depois na perna... então faz tempo que vem vindo, assim as coisas, né? Então, de repente ele teve um derrame e... não sei se do mesmo lado.”(FA 4)

“Faz uns dez anos que meu pai faz tratamento (Câncer de cordas vocais), mas vinha bem. No começo só que foi correria, porque até ele conseguir vaga no hospital para poder fazer os procedimentos foi meio difícil, depois ele ficou doente...em uma outra situação, uma outra doença que até hoje ninguém sabe explicar se foi uma embolia pulmonar ou o que foi...Aí que desencadeou todo o processo de vir para o hospital novamente e fazer todo o tratamento.”(FA 8)

As falas dos FAs retratam a cronicidade da doença e a gravidade que permeia este processo e acentua o cuidado ao idoso. O tempo de tratamento é longo, requer cuidados referentes à alimentação correta, ingestão de medicamentos, atividades físicas, entre outros.

Esse processo traz consequências que vão desde o acompanhamento médico, problemas financeiros, até as dificuldades e incapacidades como resultantes da doença e agravos.

Além da DCNT, Ramos (2002) acrescenta que as limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio social, acidente e isolamento são prevalentes no idoso. Ainda que a idade seja o maior fator de risco de morbimortalidade, os fatores citados podem comprometer a autonomia do idoso, gerando incapacidades e dependência, aumentando significativamente o risco de agravo à saúde e de morte.

O convívio prolongado com uma doença crônica e a possibilidade de desenvolvimento de incapacidades podem gerar a necessidade de cuidados ao idoso por outras pessoas. Somado a estas necessidades, os idosos podem apresentar limitações para o seguimento do tratamento, o que interfere no prognóstico e na evolução da doença (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

As possíveis dificuldades socioeconômicas que as famílias podem enfrentar, em função das situações já descritas, são mais um fator de risco para o agravo à saúde (RAMOS, 2002).

“...mas ficou complicado, porque se você tira um salário da casa... como faz, vou viver com o salário dela?” (FA 6)

Esta fala elucida as consequências da necessidade do idoso em receber cuidados constantes, pois o FA 6 deixou de trabalhar há quatro meses para cuidar da mãe, no entanto enfrenta problemas financeiros e outros relacionados a sua independência e autonomia que podem afetar sua autoestima , já que se questiona

sobre como irá viver sem trabalho.

Outro indicador importante é apresentado pelos FAs, a respeito da dificuldade de alguns idosos em seguir tratamentos, este comportamento pode também ser um desencadeador de agravo à saúde:

“...só que agora a gente vai ter que acompanhar mais de pertinho... acho que ele não estava nem tomando os remédios... ele só toma o dia que não está bom... se medica do jeito que ele acha melhor” (FA 4)

“...ontem ela não quis tomar o remédio, meu cunhado foi dar para ela e ela jogou debaixo da cama... ela falou “não vou tomar porque eu tô com o estômago doendo... não tô podendo... não vou tomar.” (FA 2).

O que fica evidente é a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que os idosos recusam-se, ou tomam as medicações sem o seguimento das orientações prescritas. Rocha et al. (2010) referem que o tipo de enfermidade tratada se reflete na adesão medicamentosa, os tratamentos crônicos, de longa duração, geralmente apresentam menor adesão, já que exigem empenho e, algumas vezes, mudanças de hábitos do paciente. Afirmando que os múltiplos tratamentos a que são submetidos exigem dos idosos mais atenção, memória e organização, para isto, faz-se necessária a conscientização do idoso em relação ao seguimento do tratamento. Em sua pesquisa, 23,3% dos idosos revelaram que paravam de administrar seus medicamentos quando se sentiam melhor.

Apesar de o convívio com uma doença crônica ser um processo vivido e acompanhado pela família, a ocorrência de agravo à saúde apresenta-se como ruptura e desorganização, é uma nova vivência cercada pelo medo e a incerteza, gerando a sensação de insegurança:

“nossa senhora! Você morre um pouco... a gente morre aos poucos, porque já faz 44 anos que somos casados, 44 anos... Então, sou eu para ele e ele para mim, [...] e quando acontece uma coisa dessas afunda o chão [...]” (FA 7)

“...entrei em pânico a hora que eu vi que a ambulância não chegava, minha mãe não me respondia [...] senti impotência.... Eu sinceramente acho que não sirvo para estar com alguém assim... Acho que não sei o que fazer. Sabe quando você tem a impressão de que.... falhou (choro)... de que você deveria ter feito mais, melhor. Você poderia ter feito melhor... é essa a sensação.... de que eu tinha que ter feito

alguma coisa e eu não fiz....”(FA 6)

“[...] fiquei mesmo com medo! Ele começou já a falar enrolado, fazer assim... sabe, fazer aqueles gestos...claro que dá medo, eu sozinha...fiquei nervosa...”(FA 5)

A sensação de impotência descrita pela fala repleta de angústia dos FAs dá a dimensão do sofrimento pelo qual passam neste momento. Verifica-se também o que é descrito por Oliveira e Sommermam (2008, p.120) como a “brusca ruptura do cotidiano”, o que gera sentimentos de desproteção e desagregação.

Os FAs descrevem o momento em que o idoso sente-se mal e deparam-se com a ameaça à vida:

“minha mãe estava lendo a Bíblia como ela faz rotineiramente...e disse que estava se sentindo mal, com tontura. Isso foi em casa. Aí eu fui segurar ela, sentei ela no sofá, dali para frente ela começou... “chama alguém, chama alguém, que eu tô passando mal”...Tentava perguntar o que era exatamente que ela estava sentindo, mas ela não sabia explicar... Falou que deu um zunido na cabeça e punha a mão no peito e “Socorro, chama alguém, chama alguém”. Enquanto isso a minha mãe estava daquele jeito...Vi que ela foi apagando.... sabe, foi perdendo o sentido, assim... tinha hora que eu... no começo eu tentava conversar com ela, e ela mais ou menos me respondia, meio enrolado, aí depois ela foi apagando” (FA 6)

“Meu pai ainda tem muita secreção e por tossir muito acho que forçou alguma coisa e começou a... Deve ter estourado algum vasinho e começou a sangrar, e aí minha mãe ficou desesperada” (FA 8)

“...cheguei no corredor e já escutei meu marido cair na cozinha, quando cheguei lá ele estava branco, mas branco...já sentado, mas não abria o olho... e fazia com as mãos... procurando lugar para se apoiar para levantar. Aí eu fui tentando, tentando até que levei ele para cama...Estávamos só nós dois em casa” (FA 10)

No momento do evento, alguns familiares estavam sozinhos. As falas evidenciam as ações na tentativa de fazer algo. O FA 10 relata o fato de estar sozinha no momento e a dificuldade para ajudar e acomodar o idoso.

A pouca informação, a respeito do que fazer e como proceder nestes momentos, e a necessidade de tomada de uma série de decisões aumentam a aflição do familiar e, na maioria dos relatos, há uma pessoa de referência, a quem

podem pedir e receber ajuda:

“...aí corri no telefone, até que fui lá meu marido caiu de novo... meus filhos moram em bairros separados, mas rapidinho ele chegou, o mais velho (filho)...” (FA 10)

“...já passei a mão no telefone e telefonei para o meu filho... o resgate demorou uns quinze minutos para chegar lá em casa, e meu marido já foi assim piorando...Até o meu filho chegar em casa eu troquei ele, coloquei roupa, esperei prontinho, já fui pegando os documentos, já fui pegando tudo que tinha que pegar, aí o resgate chegou.” (FA 7)

“...tentava ligar para minha irmã, tentava ligar para pedir socorro, aí inclusive foi a minha irmã que chamou o socorro...entrei em pânico a hora que eu vi que a ambulância não chegava... Minha mãe não me respondia, sabe?... Por fim eu já tinha arrumado os meus documentos, os documentos dela, vestido ela... me trocado, arrumado a casa, prendido até o cachorro para alguém entrar...e a ambulância não chegava, a hora que eu ouvi o barulho... demorou bastante.” (FA 6)

As falas revelam que as pessoas buscam uma forma de se organizar, tanto referente às necessidades pessoais, como roupas e documentos, quanto ao seu ambiente, organização da casa e cuidado com animais de estimação. As pessoas a quem solicitam auxílio são geralmente familiares próximos, tais como filhos e irmãos, além do pedido a serviços especializados.

Os serviços especializados, como bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), podem ser um meio utilizado pelos familiares para o acesso aos serviços de saúde, pois podem diminuir a espera pelo atendimento, uma vez que são preparados para o atendimento pré-hospitalar, o que reduz significativamente o número de mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O SAMU compõe a Política Nacional de Atendimento as Urgências e Emergências, de 2003, auxiliando a organizar o atendimento e a rede pública, prestando socorro à população, juntamente com o sistema de regulação médica. Com este atendimento o número de óbitos, tempo de internação e sequelas decorrentes da falta de socorro estão diminuindo, uma vez que o atendimento tende a ser rápido e eficiente (Ministério da Saúde, 2010). É hoje um serviço de referência à população no atendimento às urgências e emergências, como pode ser evidenciado nas falas do FA.

Mesmo com esta característica de agilidade e eficiência, como apontado pelo FA 7, a ansiedade envolvida no momento do evento transforma a espera em uma eternidade, como referido pelo FA 6.

Esse momento é de urgências médicas, psicológicas e interpessoais, fazendo com que haja necessidade de reorganização (OLIVEIRA E SOMMERMAM, 2008). O apoio de que necessitam pode vir de amigos, vizinhos, da própria comunidade, mas principalmente de outros elementos da família, geralmente filhos ou irmãos, como colocado pelos FAs.

No entanto, quando este apoio não é adequado ou é inexistente, a sobrecarga se potencializa podendo desencadear sentimentos de culpa. A família que convive com a cronicidade de uma doença passa por várias crises que afetam todos os seus membros e tendem a se agravar ao longo do tempo (OLIVEIRA E SOMMERMAM, 2008).

Percebe-se que apesar do convívio com uma doença crônica, na maioria dos casos, os FAs entrevistados desesperam-se não só pelo momento crítico que enfrentam, mas pela falta de informação a respeito do que devem fazer, necessitando muitas vezes da ajuda de outras pessoas, principalmente quando é uma ocorrência inédita, porém, quando esta experiência já foi vivida em outros momentos há uma maior tranquilidade relacionada aos procedimentos a seguir, o medo e a preocupação estão presentes, porém conseguem identificar o que deve ser feito.

“...meu filho veio em poucos minutos, chegou em casa e falou: “Mãe, acho que eu vou chamar o resgate para ir mais rápido”... porque da outra vez que deu, no dia 3 de novembro, aconteceu a mesma coisa só que foi às 6h da manhã, eu chamei o resgate e nós trouxemos direto para cá para emergência...” (FA 7)

Isso mostra a importância em orientar a população a respeito das condutas que podem ser tomadas em uma situação de urgência/emergência com o idoso.

Fica evidente a que grau de angústia e sofrimento estes familiares podem chegar aos serviços de saúde, além de todo o percurso e do estresse que podem enfrentar na busca por atendimento. A estrutura vivida pela família, independente de conflitos, pois mesmo assim havia uma organização que é desfeita, torna-se um

momento em que emergem conflitos que serão aflorados no ambiente hospitalar. Conhecer esta realidade possibilita aos profissionais maior atenção e compreensão de muitos comportamentos que podem ser desencadeados na chegada à unidade de emergência, abrindo espaço para o acolhimento e permitindo a elaboração e reorganização familiar.

4.2.1.2 O atendimento ao idoso em situação de urgência/emergência nos diferentes serviços de saúde

Os serviços de saúde estão ainda pouco preparados para o atendimento das necessidades da população que envelhece, o que sobrecarrega os serviços de nível secundário e terciário. Já foi mencionado que a população de idosos é a que consome, proporcionalmente, mais serviços de saúde, porém, o sistema de atenção é ainda precário e desorganizado e não oferece condições para que os recursos sejam mais bem usados e de forma mais adequada e resolutiva, uma vez que nos serviços hospitalares estão concentrados, cada vez mais, equipamentos modernos e de alta tecnologia, impossibilitando a transferência destas intervenções a outros locais, o que causa superlotação e captação ineficiente dos usuários que necessitam de cuidado e no momento certo (VERAS, 2003).

Os familiares relatam as dificuldades encontradas em relação ao acesso aos serviços de saúde, dentre elas a falta de compreensão das regras de funcionamento e que por este motivo acreditam ser muito burocrático. Toda a espera por acesso a estes serviços provoca muita angústia e o medo de que possa ser tarde demais:

“...a gente tem medo de ficar lá e não ser atendido e quando for já não ter mais jeito, né?...fiquei preocupada...” (FA 11)

“...na hora passa um monte de coisas...porque a pessoa está passando mal... ela é doente... às vezes pensa que não vai dar tempo de chegar... vai passar mal... passa um monte de coisas na cabeça...” (FA 1)

Todo esse funcionamento que contém regras como uma forma de melhor direcionar as necessidades dos usuários na tentativa de não sobrecarregar os serviços gera na população, que não compreende este funcionamento, sentimentos de abandono.

Os FAs vivenciam a precariedade dos serviços de saúde, uma vez que o hospital, local do estudo, é referência de nível terciário que atende a uma região composta por pequenos municípios que apresentam muitas dificuldades pela falta de recursos:

“...lá na minha cidade não tem recurso nenhum, o prefeito fechou o hospital...só o pronto-socorro funciona e não dá conta de atender a todos, né?...não tem infraestrutura...então fica difícil.” (FA 1)

“Minha mãe começou com uma dor de cabeça, aí nós a levamos no hospital da minha cidade, o médico de lá avaliou e falou que lá não tem recurso, né? Não tinha como tratar lá, então ele encaminhou ela para cá” (FA 3)

“...então ela (médica) também não podia mexer para ver (na traqueostomia), eles também não tinham aparelhos adequados para isso, então mandaram para cá.” (FA 8)

A necessidade de encaminhamento para outro serviço, pela falta de recursos em alguns municípios, é um fator a mais de estresse e incômodo aos FAs, pois terão de reorganizar todo o seu cotidiano para passar um tempo, que não se sabe quanto, em outra cidade, que muitas vezes sequer conhecem.

A regulamentação do SUS, a partir da década de 1990, que destaca como princípios norteadores a saúde como direito de todos e de dever do Estado, trouxe o grande desafio de atender às reais necessidades da população.

A organização desse sistema é proposta pela descentralização, na qual as decisões devem ser tomadas no âmbito local, com o propósito de atender melhor a população, isto implica na municipalização da saúde, permitindo maior autonomia e melhor controle social (CAMELO et al., 2000). No entanto, os municípios ainda têm dificuldades em gerir o sistema de saúde de seu território, sobrecarregando os níveis de atenção secundário e terciário.

Veras (2009) menciona que a necessidade frequente dos idosos, na

procura por inúmeras especialidades, sobrecarrega e aumenta o custo da assistência sem que necessariamente haja intervenção efetiva. Os FAs descrevem o período que passaram por atendimento em outros serviços e os problemas enfrentados:

“...só que quando muda de plantão sabe o que acontece...vamos supor, eu cheguei lá com o meu sogro, fez todo um procedimento com aquela equipe, né, aí o que aconteceu...enquanto ele me encaminhou ali no centro para eu fazer o raio x, porque não tem lá no posto, a hora que eu retornei com o exame, eu tinha levado todos os papéis do meu sogro, inclusive até o da cabeça...o eletro...eletro não, a tomografia, aí o que acontece, a hora que eu chego lá, o médico tinha acabado de ir embora...falei com o outro médico que não sabia de nada, não sabia do caso...”(FA 9)

“...olha, lá no posto não foi muito bem atendido não, não foi... eu te falo sinceramente, a gente pedia ajuda e eles achavam assim... que porque era por causa da bebida, você escutava um sorrisinho ali, uma brincadeira lá, você entendeu? Foi desse jeito... é triste... é triste... muito triste, porque eu acho que é uma doença”. (FA 10)

“...porque lá no postinho é diferente, né... lá... ontem mesmo eu falei para o profissional da enfermagem “oh... tira o soro da minha sogra, porque ela vai ser encaminhada para outro hospital”... Nem para mim ela olhou... nem ligou para ver quem estava falando com ela... falei deixa ela”. (FA 2)

O excesso de pacientes limita as transferências e a possibilidade de atendimento especializado, muitas vezes precisam aguardar horas e até dias, para conseguir uma vaga:

“daí o médico falou que não tinha como internar, porque não tinha ordem, que ele até poderia passar o... papel lá, mas ia demorar não sei quanto...”(FA 11)

“veio para cá, mas com ajuda, não foi de livre e espontânea vontade, porque a gente pediu um monte de vezes que ele tinha que vir para o hospital e elas falavam assim que tinha 37 pessoas na frente esperando vaga... 37 esperando vaga...”(FA 10)

Essa situação leva os usuários a temerem pela necessidade de

atendimento, causa uma imagem negativa das instituições e sentimentos de insegurança.

A indicação de transferência para este hospital, local do estudo, também é feita neste município, que pela visão do FA ocorre também pela falta de recursos, como apontado por FA 8 ou, por outro lado, pode representar a gravidade da situação:

“...foi aquele choque, né, porque todo mundo acha que vem para cá porque está morrendo, ninguém acha que vem para cá para fazer um tratamento, mas deu aquele choque assim...”(FA 3)

“...porque eu tinha um conceito errado, quando a gente é mais nova a gente tem outros pensamentos, né? Eu achava que para o HC ia só para morrer, que vinha só para morrer... era o que a gente ouvia, há quantos anos atrás.” (FA 7)

Essas falas mostram o imaginário das pessoas construído socialmente a respeito da instituição do estudo, tem a referência de que é um local no qual a morte é o resultado.

As questões que envolvem a humanização do atendimento são abordadas pela imprensa e pelos usuários de forma desabonadora, segundo Andrade et al. (2009), o que torna importante compreender o significado de atendimento humanizado pela ótica do usuário.

Para outros, ainda, a vinda ao hospital do estudo apresenta-se como uma possibilidade de tratamento adequado e especializado:

“..Na hora que falou que ia internar ele... Eu pensei assim... que se fosse para esse hospital eu preferia, por que eu sei que aqui eles cuidam, sei que cuidam muito bem, desde terça-feira de manhã até hoje eu achei que estão cuidando bem e espero que continuem”. (FA 10)

"Pra lá eu não quero não" (referindo-se ao atendimento em outro serviço de saúde) porque a gente ouve muito rádio e televisão e a gente vê que fica lá, eles põem na maca e esquecem, não sei se todos os casos, mas a maioria que a gente vê, né, porque o P. liga o rádio logo cedo e a gente fica ouvindo essas barbaridades, aí eu falei para a médica "Para lá eu não quero não, só se for direto lá para o hospital..." (FA 7)

Além disso, seria importante que as pessoas conhecessem o funcionamento do SUS, desta forma talvez eles próprios procurariam os serviços de forma adequada, além de poderem auxiliar na cobrança, de forma adequada, de políticas e recursos.

Dentro dessa perspectiva, fica difícil identificar e mesmo colocar em prática os princípios já propostos desde a Constituição de 1988 sobre a assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral, que por si só já tornariam as relações mais humanas.

E é com toda esta experiência prévia de busca por atendimentos, dificuldades e sentimentos que muitos destes FAs chegam ao local do estudo para o atendimento de urgência/emergência.

Toda essa trajetória é de fundamental importância para o conhecimento dos profissionais que trabalham nos serviços de urgência/emergência, para que compreendam e saibam receber adequadamente esses usuários.

4.2.1.3 A organização familiar no cuidado ao idoso: antes, durante e depois

As novas formas de arranjos familiares implicam em pouca disponibilidade para o cuidado, é um momento de transição em que novas experiências são vividas no interior da família associadas a novas demandas sociais e econômicas. De acordo com Sarti (2001), o amparo aos idosos na família relaciona-se aos recursos materiais e emocionais do adulto, sendo ainda distinta no caso de idosos saudáveis ou daqueles com necessidade de cuidados.

As famílias encontram dificuldades para cuidar adequadamente do idoso unicamente dentro do âmbito familiar em função das condições atuais de trabalho e responsabilidades, precisam adequar as necessidades do idoso a sua rotina, uma vez que não há implementação adequada das políticas de apoio nesse sentido.

Portanto, é no próprio ambiente familiar que as pessoas podem se organizar na tentativa de suprir suas necessidades, sejam elas econômicas, de cuidado ou afetivas, cada qual assumindo seu papel e possibilitando um equilíbrio sem que haja sobrecarga.

“Sou eu que a acompanho no médico, ela mora com meu cunhado... porque ele não trabalha, ele é afastado... aí ele cuida para podermos trabalhar, minha sobrinha também cuida dela, tem também uma empregada que ajuda...tem muita gente perto dela...então eu vim acompanhá-la.” (FA 2)

“...a sorte que eu tenho os filhos que me ajudam, mas se eu não tivesse os filhos eu estava rodada, né... mas eu falo que deus ajuda a gente em tudo... uma ajuda o outro...” (FA 7)

Nessas falas, a organização, encontrada pela família para o cuidado em casa e no acompanhamento médico, permite que todos tenham um papel importante no cuidado ao idoso, sem que sofram profissionalmente e pessoalmente. A organização relatada é anterior a esta situação de urgência/emergência, o que nos permite inferir que no período de internação do idoso ela se manterá, não causando sobrecarga a nenhum de seus membros e garantirá que o idoso tenha sempre alguém da família por perto durante a internação.

Gonçalves et al. (2006) destacam que o convívio multigeracional mostra-se positivo, já que outros membros da família podem assumir o papel de cuidadores secundários, minimizando, assim, o estresse sobre o cuidador principal.

As dificuldades, diferenças e distanciamentos anteriores ao evento que desencadeou a necessidade de atendimento de urgência/emergência são barreiras a serem transpostas pelos membros da família.

“...mas já fazia dez anos que é ela morava comigo e com a N., desde que minha irmã mais nova casou, e nesses dez anos eu sempre pedia para minhas irmãs ficarem pouco mais com ela... levar ela para passear... fazer companhia, sabe porque... ninguém estava conseguindo ter paciência com ela, ficar com ela, porque tem coisas que ela falava que realmente deixava as pessoas irritadas, nervosa...” (FA 6)

Essa fala demonstra o distanciamento familiar pela dificuldade em conviver com as atitudes e comportamentos apresentados pela idosa em função de uma doença que causava alterações de comportamento.

A própria reorganização e a modificação na dinâmica familiar em função da doença e hospitalização podem, também, gerar conflitos emocionais, em função das mudanças nos papéis dos membros da família, transformando as relações e o modo de convivência:

“...aí afeta muito a família, sabe, vira aquela turbulência...o ser humano eu acho que assim...demora um pouquinho para se adaptar àquele momento...tive uns probleminhas com meus filhos, minha menina começou a ir mal na escola, eu tirei o quatinho dela para colocar ele..” (FA 9)

Essa dificuldade apresentada pelo FA, com a vinda do idoso para morar em sua casa mostra que pode haver conflitos para a adaptação emocional e do ambiente para recebê-lo. Os filhos passam a ficar em segundo plano, algumas vezes o cuidador precisa deixar o trabalho, fazer adaptações na casa.

O idoso também sofre com essas modificações, percebe os possíveis conflitos que podem acontecer:

“...ela ficou muito triste quando começou a perceber que ninguém queria ficar perto dela, fazer companhia, ficar com ela para eu poder trabalhar, porque tem uma das minhas irmãs que não trabalha... mas ela...” (FA 6)

Por ser ainda a principal responsável pelo cuidado ao idoso, a família, enquanto acompanhante em uma situação de internação hospitalar, é fonte importante de apoio emocional e segurança, representando o contato com o mundo exterior e garantindo um elo com a sua rede social (PROCHNOW, et. al., 2009).

A presença do familiar enquanto acompanhante do idoso, além de sua importância como apoio deve ser um meio de orientação ao cuidador em seu papel de cuidar e favorecer a interação com a equipe de enfermagem como parceira. Essa interação pode facilitar as reações da família frente à doença, elaborando de forma adequada as mudanças advindas, colaborando inclusive no enfrentamento do idoso, nas mudanças e limitações sofridas (PENA; DIOGO, 2005).

“... se você está acompanhando...a enfermeira saiu... o que você tem que fazer... ajudar a olhar o paciente... um pouquinho né? (FA 2)

Por esse motivo, a organização familiar se torna importante aliada no período de internação do idoso e na divisão das responsabilidades, evitando que o idoso fique sozinho e o FA sobrecarregado, uma vez que o período de internação é bastante cansativo:

“A minha irmã veio com ela na segunda-feira, ficou com ela, aí de terça pra cá eu que estou acompanhando durante o dia, só à noite que ela vem e eu vou para casa” (FA 3)

“...a minha irmã veio um dia, no outro dia veio a outra e eu vim hoje...” (FA 4)

“Sou eu que acompanho ele...aí meu filho acompanhou um pouco também... vem um, fica um pouco...depois o outro vem, fica mais um pouco, para revezar, né...porque é muito cansativo...” (FA 11)

Em contraponto, famílias previamente desestruturadas ou desorganizadas tendem a enfrentar com maior dificuldade a internação e o acompanhamento do idoso neste período. Muitas vezes alguns de seus membros acabam por fazer sacrifícios para que o cuidado seja garantido:

“essa minha filha que está aí estava trabalhando, pediu até as contas do serviço para ficar de companhia, porque elas viram como eu fiquei... eu modifiquei tudo de susto, medo...” (FA 5)

“Sei que se eu ficar apavorada eles vão se apavorar mais...mas eu sou bem tranquila... acho que eu penso diferente, eu não tenho medo.... às vezes até me acho um pouco fria, mas para mim até que é bom, porque no fim quem lida com toda a doença na minha casa sou eu..”.(FA 8)

Toda a responsabilidade pelo cuidado acaba por se concentrar algumas vezes em um único membro da família pela falta de apoio de outros, em ambos os casos acima, os filhos fazem sacrifícios tanto para o cuidado do idoso, seus pais, quanto para o apoio a suas mães, também idosas, explícito pela fala do FA 5, na qual sua filha deixou o trabalho, não apenas para acompanhar o idoso, mas para fazer companhia a ela que sofreu com o adoecimento do marido.

A ocorrência de internação por agravo à saúde em situação de urgência/emergência pode ser um fator de grandes modificações no ambiente familiar, algumas vezes, apesar de acometido por DCNT, o idoso é independente e autônomo. Com a internação e possibilidades de incapacidades, as famílias sofrem

com as modificações nos papéis familiares:

“...até hoje se tem algum problema em casa quem socorre ele...então quando é ele a gente fica com os pés e mãos atados porque sempre ele que toma a iniciativa...” (FA 7)

“...ele como era o chefe da casa, mesmo que ele não fizer nada, que for para casa e não fizer nada, mas é um companheiro que está ali...” (FA 5)

“Ele era uma pessoa saudável e de quatro meses para cá, depois do AVC foi que começou tudo isso...aí afeta muito a família, sabe, vira aquela turbulência..” (FA 9)

Essas falas relatam a autonomia e independência do idoso antes do adoecimento, o que coloca a necessidade de redefinição dos papéis familiares, mesmo que temporários. É possível identificar também o sentimento de paralisação, relatado por FA 7.

Há uma grande expectativa dos FAs em relação ao retorno para casa com relação à condição de saúde, de limitações e possibilidades de sequelas que terão ao retornar para casa, a alta hospitalar não garante o retorno à independência, pode ter como consequências algumas incapacidades e mesmo alto grau de dependência.

“ eu queria pelo menos que ele voltasse a entender para ele explicar o que ele está sentindo, o que está pensando... a eu acho assim que seria mais fácil, eu acho que seria bem mais fácil... (FA 10)

“Eu acho que é ele ir bem para casa....melhor que esse hospital não tem...mas fico preocupada se ele vai logo para casa. Será que ele está com ferida nas costas? Pneumonia ele já teve...quanto tempo será? Uns três meses para ir embora?” (FA 5)

A continuidade dos cuidados em casa é de extrema importância, uma vez que foi discutida a questão das incapacidades associadas à DCNT como fator de morbimortalidade. Por esse motivo, além de contribuir do ponto de vista emocional para a recuperação do idoso, o FA precisa participar dos cuidados prestados durante a internação já que, em muitos casos se tornará um cuidador, necessitando de preparo e treinamento.

A dependência física pode tornar o idoso dependente para a realização das atividades da vida diária tais como: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, preparar refeições, entre outras. A família tem um papel importante na manutenção da independência do idoso, porém é necessário oferecer suporte para instrumentalizá-la para essa tarefa.

4.2.2 Os desafios enfrentados pelo familiar acompanhante do idoso na situação de urgência/emergência

4.2.2.1 O cuidado ao idoso pelos profissionais da saúde como fonte de segurança e credibilidade: comunicação, regras e acesso ao paciente

A hospitalização, em geral, é vivida como um momento de vulnerabilidade física e emocional, que acomete tanto o paciente quanto o seu acompanhante, o que na situação de urgência/emergência fica mais acentuado.

Na chegada do paciente e do FA ao hospital, sentimentos e expectativas emergem, pois é um momento de tensão e de encontro com a realidade.

Esse encontro pode desencadear conflitos, pois muitas vezes as expectativas idealizadas pela família são frustradas, além de outros aspectos referentes à rotina hospitalar que provocam a sensação de despersonalização, reações de hostilidade e revolta (OLIVEIRA; SOMMERMAN, 2008).

Para minimizar estas sensações e reações, um dos principais fatores apontados na literatura e, também, identificados neste estudo, é a comunicação (PENA; DIOGO, 2005; PINHO; KANTORSKI, 2006; OLIVEIRA; SOMMERMAN, 2008; SCHNEIDER et al., 2008). A comunicação é a base das relações interpessoais e para Miranda e Miranda (1996) um relacionamento integral e construtivo entre as pessoas necessita de habilidades comunicacionais.

De acordo com Silva (2006), na comunicação interpessoal há uma tentativa de compreender e se fazer compreendido, sendo importante para sua análise a atenção a cinco itens: a situação, ou contexto em que está se dando; os interlocutores, as pessoas que interagem; a mensagem, as informações ou emoções que queremos transmitir; os signos, sinais utilizados para transmitir a mensagem; e os meios, formas utilizadas para passar a mensagem, ou seja, gestos, palavras,

expressões faciais, entre outros.

Segundo a mesma autora, na saúde, o profissional precisa decodificar, decifrar e perceber os significados das mensagens enviadas pelos pacientes e seus familiares, obtendo como resultado da comunicação adequada a diminuição de conflitos e mal-entendidos, atingindo seus objetivos para a solução dos problemas.

Logo na chegada à unidade de urgência/emergência, a comunicação e as relações interpessoais já se estabelecem. Podem ser claras e orientarem o familiar, oferecendo espaço para o acolhimento ou serem falhas e tornarem este momento mais sofrido e inseguro.

As falhas podem acontecer tanto na comunicação intra-hospitalar quanto entre o hospital e os outros serviços de saúde, especialmente quando a comunicação é atravessada por regras e burocracia que deveriam facilitar o processo, porém muitas vezes surgem como barreiras. O que pode ser visualizado nas falas abaixo:

“...parece que não tinha vaga porque estava muito cheio... então precisou ligar para o médico da minha cidade e confirmar, porque não tinha lugar, não tinha senha... parece que precisa de uma senha para entrar, e não escreveram na regulação dela...” (FA 1)

“Chegou aqui, só que é uma coisa estranha, porque eu estava com cartão, com um número do HIGEA e quando cheguei eles (funcionários da recepção) falaram “não, não tem ninguém com esse nome”... Mas como não tem? Aí eu fiquei esperando e de repente chegou alguém daqui de dentro e falou assim “cadê o acompanhante da F. (nome errado)”... O nome estava errado, aí que fomos descobrir que ela já estava aqui, porque eu pensei que eles ainda não tinham chegado”. (FA 6)

O FA 6 menciona a situação de chegada ao hospital, quando o transporte especializado trouxe seu familiar para a unidade de emergência, e a família veio com veículo próprio e ocorreu a troca de nome do paciente. Essa situação acarreta para o FA sentimentos de insegurança, pois o erro assinalado pela troca do nome desperta nele a desconfiança e a possibilidade de erros mais graves que envolvam a assistência à saúde do idoso. Ressalta-se que o compromisso e a responsabilidade dos profissionais devem ser considerados e discutidos para inclusão em programas de educação continuada.

A comunicação permeia todo o período de internação do idoso, desde a

entrada até a alta, pois é relevante no processo de humanização e acolhimento.

As categorias profissionais são depositárias de expectativas e possuem papel fundamental no que diz respeito à segurança e credibilidade.

“...o médico já veio rapidinho... atendeu rapidinho... Aí já levou para lá, depois foi medicando... foi lá ver... aí vieram vários médicos... Foi fazendo tratamento, falou que ela ia ficar internada...está até agora aí. Fez todos os exames, colheu sangue, fez exame de urina...” (FA 2)

A realização de exames, o atendimento rápido, a administração de medicações e a conversa com profissional da área médica oferecem a sensação de que há um tratamento sendo realizado.

Nas falas dos FA, ficou evidente que a comunicação com os profissionais é um fator importante, pois se apresenta como sinal de confiança e credibilidade, situação também relatada pelos familiares dos idosos no estudo de Pena e Diogo (2005) como elemento essencial para a participação no cuidado, pois facilita a compreensão de orientações e de características pessoais dos membros da equipe. A habilidade de comunicação e o relacionamento com humanismo, carinho e respeito favorecem as relações interpessoais e tornam o ambiente mais agradável.

“eu acho assim... que aqui não tem igual, sabe, com educação, a gente é muito bem tratada, eles conversam... eu achei muito bom o atendimento aqui...” (FA 3)

“...os médicos para mim foram ótimos, já chegaram, já atenderam certinho, eles têm aquele amor com a gente... eles falam... Chegam assim pra gente e falam aconteceu isso.... isso... isso... só que primeiro vamos ver os exames... para depois passar para a gente...ah mais eu gostei viu.... porque tendo carinho com os idosos, né... e eu gostei do atendimento deles.”(FA 2)

A possibilidade de estar em contato com a equipe, recebendo informações e tirando dúvidas a respeito do tratamento, mesmo que não sejam totalmente esclarecedoras são elementos de satisfação em relação ao atendimento.

A comunicação é apontada pela PNHAH como um dos principais responsáveis pela humanização da assistência hospitalar. Neste estudo é apontada na fala dos FAs a sua relevância, no entanto é também uma das principais dificuldades relatadas por eles.

“...A gente fica sem saber...se sente perdido...pelo menos se eles viessem e falassem alguma coisa...o que vai fazer, porque está esperando...dessem uma decisão...ainda não vi os médicos aqui, chegar e falar, explicar para a gente...ali não, às vezes o médico até veio, mas não falou que era ele...”oh...eu que estou atendendo o Sr....isso e aquilo...está passando por isso...vai fazer aquilo...”, nem o resultado dos exames, só falaram o que deu, mas o médico mesmo não falou...o meu filho disse que conversou hoje, mas não me explicou direito...isso seria uma coisa importante, falar para a gente as coisas...dar uma solução...é isso aí”. (FA 11)

“...não consegui ter muitas informações, eu estou sem saber o que fazer e isso te agonia, você não sabe se vai embora, se vai deixar ele... se ele vai ter alta...” (FA 8)

“...terça e quinta foi o mesmo médico. Agora hoje já veio outro que eu nem sei, que eu não conheço, agora não sei se vai passar a noite ele mesmo ou se vai passar outro, eu não estou entendendo... não explicaram nada, chega, vem e fala e acabou...” (FA 10)

Percebe-se nestas falas a falta de identificação dos profissionais, os FAs não conseguem distinguir, nem pelo nome, nem pela categoria profissional. Isso dificulta a formação de vínculos entre profissionais-pacientes-familiares, o que pode levar à falta de referência e à sensação de estar perdido.

A clara identificação de quem são os profissionais envolvidos no atendimento do idoso favorece as relações e torna o período de internação tranquilo. O fato dos FAs saberem a quem e onde procurar, quando das necessidades, permite o reconhecimento dos papéis, assegurando sentimentos e sensações de apoio, segurança e gratidão.

“Eles nos receberam bem, coitada da doutora, estava até dormindo, a Dra C., ela que estava de plantão... mas fomos bem recebidos, até falei já várias vezes que confio em vocês aqui porque não é a primeira vez que precisamos disso aqui, então todas as vezes, graças a Deus, que quando precisamos fomos bem atendidos, sempre bem, como vou falar...tenho uma boa lembrança. Eu falo para todo mundo que se não fosse o hospital, meu marido não era vivo hoje.”(FA 7)

“Eu não falo nem que foi bem, foi ótimo! Foi pela pessoa que recebeu a gente, foi muito bem recebido, foi uma enfermeira, conhecida... ela é amiga da minha filha e eu nem tinha visto ela, de longe ela já gritou “sr. P., sr P.... o que o senhor está fazendo aqui?”... e já foi catando ele, já foi trocando, porque tinha feito tudo de xixi, já foi colocando

roupa limpa, já foi cuidando... foi muito bem recebido.”(FA 10)

A medicina enquanto profissão é uma área de responsabilidades, deveres e competências, os médicos popularmente podem ser identificados como os responsáveis pela vida e morte. Esta identidade atribuída a esse profissional o torna figura de referência para pacientes e familiares, por este motivo as informações e a comunicação com eles é um dos elementos de apoio e segurança ao FA.

A concepção biomédica é ainda o principal modelo de interpretação da doença, no entanto, a separação mente-corpo e a relação causa-efeito afastam a equipe de saúde das relações humanas, dificultando a comunicação na relação médico-paciente e também na médico-familiar que podem gerar problemas de compreensão dos sintomas relatados, do sofrimento, na dor e na transmissão adequada de informações ao paciente e seu acompanhante (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Alguns familiares ressaltam que, mesmo quando conseguem conversar com a equipe médica, esta não é totalmente eficiente, têm dificuldades em compreender as explicações fornecidas.

“...às vezes você não tem muito estudo e tem coisas que você não entende, mas eu procuro observar tudo que estão falando, até um dos dias principais pedimos para o meu cunhado que estava aqui para ele falar com o médico, porque ele tem mais estudo, pedimos para ele entrar e esperar o médico e conversar, para não ficarmos sem informação, sem entendermos.”(FA 6)

O hospital, local do estudo, é governamental e atende uma parcela específica da população, caracterizada por baixa renda, baixo nível de escolaridade, como retratado neste estudo, o que pode influenciar no entendimento e na compreensão de informações.

A satisfação e a confiança no atendimento parecem estar mais relacionadas à qualidade do cuidado, à possibilidade de comunicação e acesso à equipe de saúde, à percepção de conforto e tranquilidade do paciente, do que ao prognóstico e evolução da doença, pois os FAs podem perceber que tudo está sendo feito na busca pela melhora ou cura, possibilitando a compreensão dos limites existentes.

“...porque não adianta eles (profissional médico) ficarem enganando a gente, tem que falar a verdade porque a gente precisa estar ciente do que está acontecendo, porque se de repente acontece alguma coisa pior, e eles não falaram, a culpa vai cair neles mesmos, porque a gente vai acabar culpando eles, né? Então, eu acho que eles têm que falar...” (FA 3)

“Eu me senti bem (referindo-se ao atendimento na chegada), porque eu sabia que eu estava com uma pessoa (profissional da enfermagem) ali que mostrava interesse em querer ajudar, você entendeu, não importa o motivo, né...” (FA 10)

O FA 10 demonstra em sua fala que o vínculo prévio com o profissional colabora para a satisfação com o atendimento e o acolhimento. De acordo com Merhy (1994), há uma expectativa do usuário de que a relação com o profissional da saúde seja acolhedora de forma que permita uma atuação sobre seu sofrimento, respondendo resolutivamente ao problema e alterando a situação.

A carência no atendimento dessas expectativas, sejam elas por real excesso de trabalho ou por características pessoais do profissional, pode resultar em atendimento desumanizado e provoca no FA a sensação de que nada está sendo feito, e sentimentos de descaso e insegurança, o que aumenta a ansiedade.

“...e até agora eu não sei o que aconteceu, nem dele (idoso), nem de ouvir dos médicos.”(FA 4)

“... achei que falta um pouco mais de atenção com os velhos, entendeu? Para explicar direitinho, ter paciência com eles, explicar o que está acontecendo...Então não explicam, não falam, e ela (esposa do idoso) ficou agoniada...falou que é como se não tivessem feito nada e ele (idoso) falou para mim que não fizeram nada até agora... não dão retorno.”(FA 8)

Quando verificam alguma dificuldade para o atendimento de suas necessidades ou do idoso, os FAs procuram tomar uma atitude, mesmo que para isso tenham que enfrentar algumas barreiras:

“...eu pergunto... mas toda vez que eles passam, eles conversam comigo... quando vão examinar minha mãe, também...mas não é

fácil...” (FA 1)

“Olha...eles vieram aqui um segundo... tive pouco contato, deram também pouca explicação... eu estou aguardando porque ele (idoso) falou que fizeram exame de sangue e precisa ver os exames, falou que iam fazer a limpeza (da traqueostomia)... Já reclamei, e eles não gostaram muito... mas não deixo de falar, posso pedir desculpas, mas não deixo de questionar...” (FA 8)

Na prática observa-se que os familiares que questionam sobre a situação, diagnóstico, tratamento, entre outros, são vistos pela equipe de saúde como pessoas que importunam. Essa situação merece ampla discussão e reflexão, considerando de um lado a necessidade e carência de informações dos FAs, e de outro, a falta de uma estrutura organizada capaz de atender a essa demanda sem sobrecarregar as pessoas envolvidas. Isso reflete a precariedade de acolhimento e humanização tanto aos familiares quanto aos profissionais do serviço.

A esse respeito Deslandes (2004) enfatiza que a humanização não deve ser reconhecida somente como condições adequadas para prestar assistência nos serviços de saúde, mas sim como articuladora entre assistência, tecnologias, relações humanas e todos os envolvidos no processo, ou seja, paciente, familiares e profissionais.

A organização e o apoio entre os membros da família é um recurso buscado por eles para que possam compreender o que está acontecendo e o que está sendo feito:

“...a minha irmã tinha conversado com o médico, porque ele entrou e já falou com a pessoa que estava lá... e minha irmã passou as informações, porque nós não sabíamos exatamente em qual horário o médico iria entrar, aí fomos revezando a visita. Procuramos organizar de forma que ou a minha irmã caçula ou eu converse com o médico, ou a minha irmã que mora comigo, porque as outras duas, elas mesmas tem noção de que às vezes não entendem tudo, tem mais dificuldade em guardar, e eu também tenho um pouco de dificuldade...” (FA 6)

Nota-se que a família busca estratégias de identificação entre seus membros, entre aqueles com possibilidades de compreender as informações, porém existem fatores que podem interferir neste processo, tais como: horário de trabalho da pessoa identificada, fragilidade emocional para lidar com a situação, entre outros.

Além disso, a própria rotina do serviço pode interferir nessa organização da família em função das necessidades do serviço.

Para Oliveira e Sommermam (2008, p. 120), a condição emocional pode exigir “maior mobilização de recursos psíquicos na tentativa de adaptação à realidade e ao momento crítico”.

Nesse sentido, o psicólogo pode auxiliar a família na identificação, dentre seus membros, da pessoa com melhor estrutura emocional para fornecer e receber as informações e orientações, bem como oferecer apoio para a reestruturação dos demais familiares, fazendo a mediação entre as necessidades da família e da equipe.

O contato entre a família e a equipe ou entre a família e o idoso, às vezes é prejudicado pelas regras institucionais que dificultam o acesso e o atendimento das necessidades tanto do idoso quanto da família:

“... não sei se tem um pouco de preconceito religioso, porque lá está escrito que a pessoa tem direito a assistência religiosa fora do horário de visita, não é? Só que não foi assim que eles agiram conosco, lá na recepção... eles fizeram as pessoas que vieram orar por ela esperar na fila, mesmo com a carteirinha de identificação. Fizeram esperar na fila e só entrar no horário de visita... E com a gente também tiveram algumas horas que foi complicado... resolvemos não bater de frente, porque não sabemos por quanto tempo ela pode ficar”. (FA 6)

“Agora está sendo legal... não tenho nada a reclamar...está tudo sob controle, tudo nas normas, né... nem lá nem cá, tudo nas normas. São muitas normas, mas está bom, antes ter normas do que não ter, senão vira bagunça, a gente tem que seguir as normas...”(FA 7)

“Na entrada é que eu questionei, eu falei “Olha, ele tem 83 anos e minha mãe tem 80” quer dizer, os dois precisam de acompanhante, né?... e a pessoa da recepção falou que não, se minha mãe não sáísse eu não poderia entrar. Aí eu peguei e pedi para a moça da catraca para ela chamar a minha mãe que estava aqui dentro, aí elas chamaram... então é complicado, eles nem querem saber... só a moça da catraca foi simpática, chamou a minha mãe e me falou “ah... a vizinha já tinha me falado”, aí tudo bem... mas é complicado”. (FA 8)

O FA 6 expressa a indignação com o não cumprimento de regra da organização do serviço, não respeitada pelo profissional da instituição, soma-se a isso a passividade (“não bater de frente”) do FA diante do fato por medo de

represálias.

Por se tratar de profissionais que lidam com pessoas em momento de sofrimento, o relacionamento humano é essencial para melhorar a assistência, exigindo postura ética, de respeito e comprometimento com os usuários e seus familiares, reconhecendo nestes, suas necessidades que nem sempre são objetivadas apenas na doença (CAMELO et al., 2000).

A humanização da saúde requer uma postura ética, pois enfatiza os valores, os deveres e os direitos, no modo como as pessoas conduzem as relações. É preciso que haja reflexão a respeito dos princípios e valores que norteiam a prática profissional, necessita ainda, de valorização do trabalhador para que este reconheça as singularidades dos pacientes e familiares, para que juntos desenvolvam estratégias para o enfrentamento da situação vivida (BACKER; LUNARDI; FILHO LUNARDI; 2006).

4.2.2.2 A ambiência como fator de acolhimento

“Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006, p. 6).

Ainda de acordo com a proposta da cartilha do HumanizaSUS relativa à ambiência, que tem como objetivo o conforto focado na privacidade e individualidade, valorizando elementos que interagem com as pessoas (cor, cheiro, som, iluminação, entre outros); o encontro de subjetividades, por meio da ação e reflexão dos processos de trabalho, e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

O espaço físico é um destes componentes, facilitando ou dificultando o acesso ao paciente e aos recursos institucionais. Miranda e Miranda (1996) afirmam que o ambiente pode provocar sensações de bem-estar ou mal-estar, desencadeando sentimentos de esperança, alívio e acolhimento ou de preocupação, rejeição e medo. Esta percepção pode ser identificada na fala do FA:

“Eu também acho que a estrutura física aqui é um pouco confusa para chegar até onde está o doente, vou te falar, fiquei perdida... eu me sinto às vezes perdida dentro do hospital...” (FA 4)

“...e quando você entra no hospital você não tem informação, você não conhece, você não sabe para onde você vai, né?...” (FA 2)

De fato, a organização e a estruturação das dependências do ambiente hospitalar podem facilitar ou dificultar o acesso das pessoas, a fala de FA 4 demonstra o quanto atitudes simples, como a colocação de sinalizações que os direcionem ao local desejado pode tornar o ambiente mais familiar e seguro. A esse respeito, Fragoso (2008) indica que o ambiente deve incentivar o senso de orientação e reduzir a sensação de confusão e sentimentos de desorientação.

A estrutura física do ambiente hospitalar e a adequação do local para a permanência do acompanhante estão relacionadas ao acolhimento, mesmo nas situações de emergência. É garantido ao acompanhante do idoso permanecer na unidade ao lado do paciente, exceto em locais restritos (BRASIL, 2006). Eles devem receber alimentação e possuir local para o banho e higiene, no entanto as condições ainda não são as mais adequadas para sua permanência, como relatadas pelos FAs:

“... passei a noite aqui e ficar numa cadeira não é fácil, mas eu falo assim, do jeito que é ali para por uma cama....para o acompanhante.... já tem para o paciente....então é meio difícil, né? eu sei que é duro mesmo a gente ficar numa cadeira para dormir...” (FA 2)

“... eu notei que agora... o ar-condicionado lá está mais fraco, porque antes era muito forte e... nossa! Saí daqui com uma gripe que eu quase peguei uma pneumonia... porque não tinha cobertor...passei frio ali... que Deus me livre!” (FA 1)”

Os FAs sinalizaram os desafios enfrentados em relação ao ambiente hospitalar para sua permanência, pois na maioria das vezes o mesmo assume a responsabilidade de acompanhar sozinho o período de internação do idoso. Dessa forma, a possibilidade de acesso a ferramentas que possibilitem conforto, além de auxiliar para o bem-estar, contribui para tornar o ambiente menos hostil. O ambiente é capaz de transmitir mensagens às pessoas que podem ser de cuidado e interesse, ou descuido e desinteresse (MIRANDA; MIRANDA, 1996).

Em estudo realizado por Martins et al. (2008), os idosos citaram a importância da reestruturação da área física para a permanência de um acompanhante durante o período de internação.

“...aquele corredorzinho você espreme dali para o outro passar e um outro dali te empurra... é assim, o dia inteiro... o dia inteiro, vai saber até quando eu vou ficar ali... eu espero que pouco.”(FA 10)

“...porque ele está ali naquele lugar que é meio apertado...até a visita tem que ser um de cada vez...” (FA 11)

Na perspectiva do acolhimento e humanização, os espaços, em uma unidade de internação, devem ser organizados não só para minimizar o estresse dos profissionais, mas também para favorecer aos pacientes assistência com qualidade.

A cartilha do HumanizaSus ressalta ainda a necessidade de uma sala de espera próxima ao local de atendimento, a fim de que se mantenha uma comunicação entre a equipe e o acompanhante, orientado como um espaço de acolhimento. O local do estudo possui uma sala de espera próxima às salas de atendimento ao paciente, o que permite a proximidade e a troca de informações entre a equipe e o acompanhante. Neste local os acompanhantes são abordados e orientados quanto à rotina hospitalar por profissionais do Serviço Social e Psicologia, é uma oportunidade de ouvir sua história e oferecer apoio neste momento que é considerado pelos familiares acompanhantes como o mais difícil, enquanto aguardam alguma informação.

No entanto, algumas vezes as regras institucionais dificultam esta proximidade e possibilidade de inter-relação, assim, é preciso que todos os seguimentos do atendimento em saúde sigam as mesmas orientações, que tenham os mesmos princípios e possam tomar decisões que não sejam contraditórias.

Acolher é um processo complexo, pois envolve diversos seguimentos e a análise subjetiva dos envolvidos. A utilização de conceitos da humanização na arquitetura permite a criação de espaços acolhedores. Além disto, estes espaços devem proporcionar conforto, independência e a privacidade dos pacientes.

“...várias vezes que eu entro lá e ele está todo descoberto, naquele frio e tudo de fora. Pedi de manhã uma camisolinha para pôr e fizeram de conta que ninguém tinha falado nada...”(FA 10)

O FA 10 relata a falta de privacidade do idoso durante a internação, que sugere a não preocupação dos profissionais com a exposição do paciente em um ambiente coletivo.

A ambiência é também importante ao trabalhador, a cartilha do HumanizaSUS identifica que é pouco considerada em locais de atendimento de urgência/emergência, em função da alta gravidade dos atendimentos, porém pelo próprio estresse vivido pelo trabalhador, as questões de cor, luz, cheiro e ventilação devem ser valorizadas (BRASIL, 2006).

Fontana (2010) ressalta que a realidade do ambiente de trabalho na área da saúde é insatisfatória e insalubre, uma vez que há falta de recursos materiais e humanos, de condições técnicas e de atualizações, o que desmotiva e desumaniza o trabalho, colocando o profissional em uma situação de fragilidade para oferecer ações humanizadas de cuidado.

A questão da iluminação e ventilação do ambiente não foi abordada pelos FAs, no entanto é fator importante no processo de acolhimento. Outra questão não abordada foi a alimentação, no entanto, todos os FAs de idosos têm direito e recebem alimentação, geralmente classificam-na como adequada, talvez por este motivo não tenham abordado o assunto. Também não falaram a respeito dos locais para higiene, há apenas um banheiro masculino e outro feminino para ser usado por todos os acompanhantes do hospital, com exceção da pediatria, pois as mães utilizam um local próprio, comumente há queixas a respeito do mau uso, limpeza e falta de produtos, porém são muitas pessoas utilizando o mesmo local, o que dificulta sua manutenção adequada.

4.2.2.3 Ser acompanhante do idoso em atendimento de urgência/emergência: turbilhão de sentimentos

A hospitalização de um familiar é sempre um momento que gera estresse, rompe com as certezas e rotina de vida, é para a família uma das questões mais angustiantes, pois revela sentimentos aflorados pelo conflito entre a vida e a morte (OLIVEIRA; SOMMERMAN, 2008).

O vínculo afetivo, de carinho e de amor, é facilitador na participação do cuidado, favorece a proximidade durante a internação e os vínculos. Ao contrário, o

distanciamento, muitas vezes imposto pelo local de internação ou regras institucionais é gerador de preocupação e sofrimento.

“Enquanto ele era atendido eu fiquei na salinha de espera, nossa... é um dos piores horários que tem, a hora não passa, a notícia não vem, era meio-dia, mais ou menos, quando deu um diagnóstico e eu fui embora...sem vê-lo...dai a tarde eu liguei e falaram que poderia vir para a visita...” (FA 7)

O momento da espera é descrito pelo FA 7 como de muita angústia, uma vez que é necessário esperar enquanto o idoso é atendido sem qualquer notícia e muitas vezes por horas.

Ser acompanhante do idoso em uma situação de urgência/emergência é algo estressante. O acompanhante que acredita conhecer muito bem o idoso tem sensações antagônicas. O sentimento de impotência por não saber o que fazer ou o que está acontecendo, ao mesmo tempo em que é aquele que conhece toda sua história, sente-se também conhecedor dos sentimentos e necessidades do idoso. Porém, neste momento a necessidade de atendimento vai além de seu saber e pode causar angústia, pois esta responsabilidade precisa ser transferida à equipe de saúde. O que tende a reduzir este sentimento são as informações, é quando pode voltar a ter a sensação de certo controle da situação.

“Eu fiquei tranqüila porque eu já sabia, porque conforme passa mal a gente já... a gente já começa a ter noção, mais ou menos se está bem ou não... eu olho para ela eu sei se ela está passando bem se ela não está, porque ela não é de falar... quando ela sente alguma coisa, então... só de olhar eu sei”.(FA 1)

Caldas (2003) ressalta que a família precisa estar preparada para lidar com sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão entre outros que acompanham a responsabilidade de cuidar. O sentimento de culpa por sentir-se cansada foi apresentado por uma das FAs no final da entrevista, já com o gravador desligado, momento em que chorou e falou sobre as dificuldades enfrentadas por cuidar sozinha de sua mãe, sem a ajuda de seu irmão e pela completa dedicação a esse cuidado, deixando o trabalho e o convívio social.

Na chegada à unidade, enquanto o paciente recebe atendimento, o FA

precisa aguardar, é o momento de maior angústia e apreensão segundo eles. Na maioria das vezes aguardam sozinhos na sala de espera por notícias, ou porque vieram acompanhando o idoso ou por regras institucionais, pois apenas uma pessoa pode entrar como acompanhante na instituição, os demais devem aguardar no saguão de entrada. Verifica-se que há grande necessidade de apoio neste momento:

“Enquanto a gente aguarda, nossa... se for tirar um raio X do coração sai preto igual a isso aqui! (aponta uma cadeira preta) Fica morta por dentro, não é fácil não...” (FA 7)

“...é difícil, é difícil... eu achei que...ele ia morrer ali na hora, eu não achava que ia salvar, né, eu fiquei muito, nossa... eu falei assim “Agora é que eu vou ficar sozinha de vez” (choro). (FA 10)

A ansiedade e as fantasias relacionadas à morte estão associadas ao tempo de espera em receber atendimento, quando o atendimento é rápido este sentimento dá lugar a uma sensação de segurança, já que algo está sendo feito.

“Ah...a gente fica assim bem deprimida, né, fica preocupada... a gente tem medo de não ser atendido e quando for já não ter mais jeito, né?...fiquei preocupada, mas graças a Deus ele resistiu...porque desde o dia que ele está aqui, está com recurso...sendo medicado, tudo...fizeram todos os exames, então está tudo bem agora...(FA 11)

Borges (2009) afirma que as reações emocionais da família podem ser piores ou mais bem vivenciadas, dependendo da história e das relações familiares, intermediadas neste momento, pela equipe de emergência.

Além das necessidades apresentadas pelos idosos, a família também possui necessidades que vão desde aspectos materiais até os emocionais, os FAs relatam a dificuldade em perceber se o idoso está sofrendo, por este motivo as informações a respeito da situação do idoso são fundamentais. Camelo et al. (2000) enfatizam que a qualidade do atendimento implica em comunicar interesse e disponibilidade, demonstrando compreensão e ajuda :

“...é muito difícil, é muito triste você vê a pessoa em não poder ajudar... é difícil (choro).” (FA 10)

“...porque o doente está na cama, mas o acompanhante também, ele precisa...sabe...de uma atenção, não de ser paparicado, mas de uma atenção, pelo menos o básico, para tratar bem o acompanhante, saber o que falar para ele...” (FA 9)

Considerando que, em alguns locais de internação, não viabilizam a presença do acompanhante, o contato no horário de visitas auxilia os FAs a se sentirem melhor. Assim, a permanência de um acompanhante, ou a visita, quando em ambiente é restrito, é um momento de proximidade, não podemos esquecer que alguns dos idosos são companheiros de muito tempo e a internação modifica toda uma rotina de anos de convivência:

“Eu venho visitá-lo todos os dias, eu falei que se ele morrer eu quero estar pertinho dele, em casa tem umas coisas dele que eu fico olhando e pensando o que faço com aquilo... porque eu já fico assustada... e ele como era o chefe da casa, mesmo que ele não fizer nada, que for para casa e não fizer nada, mas é um companheiro que está ali”. (FA 5)

“...mas espero que meu marido saia dessa...ele é meu companheiro, 42 anos de casado e ele me chama de bem até hoje...”(FA 10)

Essa proximidade é benéfica tanto para o paciente quanto para o familiar. Algumas atitudes podem fazer parte das rotinas de cuidado com o paciente, como, por exemplo, a possibilidade de organização do horário de visitas próximo ao de alimentação para que o familiar possa participar. Uma vez que a imediatividade do adoecimento pode repercutir em sensação de desalojamento, demandando um ambiente protetor e acolhedor, aproximar o familiar neste momento pode favorecer este apoio .

Em pesquisa realizada por Pena e Diogo (2005) com familiares cuidadores de idosos hospitalizados, ficou evidente a fé como fator facilitador da participação no cuidado, é vista como um sustento para o acompanhante na aceitação e superação da situação de doença e hospitalização. Neste estudo a fé também ficou evidente como um apoio ao FA em seu momento de angústia.

“...ele tem muita fé em Santo Expedito.... então tudo que ele precisa é

Santo Expedito e nossa senhora Aparecida, né? Então se alguém está com algum problema ele faz uma oração... ele tem muita fé, ele fala assim "Deus vai nos ajudar...então a fé dele também me ajuda a ficar tranquila " (FA 7)

"...é difícil... mas eu tenho fé que ele vai bem para casa..."(FA 10)

Os FAs necessitam de todo apoio que possam ter, a fé é demonstrada como um instrumento de ajuda, que acalma e conforta. Neste sentido, a fé das pessoas precisa ser respeitada e um momento que oportunize a sua expressão merece ser construído. Acolher, sob a perspectiva religiosa, de acordo com Gasques (1996) é sinônimo de busca, de vencer obstáculos, de transformação a partir de valores e de compreensão do significado da vida. Enfatiza esta busca na importância dos pequenos detalhes. Esta concepção aponta elementos referentes à valorização do humano e ao desenvolvimento de uma atitude solidária e de respeito com o outro.

No período de adoecimento, os familiares adquirem papel fundamental, pois podem influenciar nas reações e comportamentos do doente, por este motivo são tão importantes quanto os demais tratamentos a ele oferecidos. Acolher e apoiar a família pode proporcionar ao paciente a sensação de integralidade de sua subjetividade, auxiliando-o a enfrentar este momento (OLIVEIRA; SOMMERMAN, 2008).

O psicólogo, enquanto membro da equipe multiprofissional deve observar a capacidade de aceitação e adaptação das famílias, buscando favorecer e instrumentalizá-los para a ajuda ao paciente (PEREZ, 2008).

4.2.3 Alternativas para o atendimento humanizado e acolhedor em unidade de urgência/emergência sob a ótica do familiar acompanhante do idoso

A humanização depende de ações simples, no entanto estas ações estão relacionadas a um pensamento, a um modo de ser, pois não dependem de regras que possam ser seguidas e sim de atitudes que precisam fazer parte da conduta de cada ser humano. Dessa forma, praticar a humanização e o acolhimento não é tarefa simples.

Segundo Romano (1999), humanizar significa particularizar, atendendo às circunstâncias e necessidades individuais, acrescenta que humanizar é obrigação, exigência da população além da necessidade de revitalizar aspectos éticos, enfocando tanto as condições de trabalho quanto os cuidados dispensados aos pacientes.

Pela vivência de uma situação de muito sofrimento, é por meio da compreensão das necessidades apresentadas pelos FAs que podemos pensar em mudanças de comportamentos e atitudes.

Apesar de as entrevistas terem sido o primeiro contato entre o FA e o pesquisador, esse encontro propiciou espaço favorável de escuta e de expressão de sensações e sentimentos que oportunizaram o acesso às histórias das experiências dos FAs.

As falas dos FAs contribuíram com propostas referentes à necessidade de mudança de atitudes em relação à prática assistencial na saúde, com enfoque na interdisciplinaridade. Algumas falas não são inovadoras, pois referenciam pressupostos de uma política de humanização da saúde já publicada, no entanto, verifica-se que colocá-la em prática é um desafio.

“...por isso que eu falo que é importante que as pessoas vejam as outras como um ser humano, não só como um paciente...” (FA 1)

Além da falta de um tratamento humanizado, mencionam a despersonalização das pessoas que buscam por ajuda, especialmente aos familiares que acompanham o sofrimento de seu ente querido:

“...poderiam tratar melhor o acompanhante, não tratar só como ACOMPANHANTE, tratar como pessoa, mas como ser humano.” (FA 9)

“... então o paciente chega, tem que tratar, mas também tem que ter aquele olhar diferente, pensar que está sofrendo, o outro que está do lado está sofrendo também...” (FA 4)

Um desafio a ser enfrentado pelos gestores de saúde e que os FAs identificaram é o despreparo dos profissionais para o atendimento humanizado e acolhedor. Além disso, sugerem soluções tais como cursos de educação continuada,

para melhorar o atendimento:

“...as mais antigas (profissionais de enfermagem), parece que elas pegam aquele vício de estar todos os dias aqui...elas teriam que fazer um curso, ou talvez elas não estejam preparadas para isso, para saber lidar com os acompanhantes...” (FA 9)

“Acho que tem que ter condições, que estar preparado para receber tanto o doente, quanto o outro que está nervoso, sem paciência...” (FA4)

“Olha...o primeiro passo é mudar o comportamento das pessoas, começar ou por um treinamento, sobre como tratar bem as pessoas, saber tratar as pessoas que entram aqui...” (FA 9)

“...não falam educadamente, sabe “Não pode ficar em duas”, as pessoas falam de um jeito muito grosseiro, não teve educação, teve estudo mas não teve educação... porque o estudo é uma coisa, educação vem do berço, de pequenininho...” (FA 10)

É importante lembrar que, com relação aos profissionais, é necessário, além de cursos de formação, espaço para que possam lidar com os sentimentos gerados pelo longo período de trabalho na emergência. De acordo com Borges (2009), é comum no interior de equipes multiprofissionais que lidam com situações de emergência, períodos de aumento de estresse e angústia, podendo elevar o nível de agressividade, pois o longo período de exposição ao estresse gerado na atividade profissional pode levar a problemas, sendo comum a apresentação de sintomas compatíveis a transtornos de ajustamento, estresse agudo e mesmo de estresse pós-traumático.

A informação é um fator de extrema importância no processo de acolhimento aos familiares, como já discutido, porém para que realmente seja efetiva há necessidade de ser apresentada de forma clara, a fim de que os acompanhantes compreendam o que está sendo dito:

“Eu acho que é importante dar informação...informação é primordial... informação você tem que ter, porque senão você fica desesperada...” (FA 1)

“...eles falam umas coisas e você fica no ar, eu estou aguardando e não sei se eu vou embora, se deixo ele aí, se ele vai ter mesmo alta... é complicado, falta informação.” (FA8)

O modo como são transmitidas essas informações está também associado ao comprometimento dos profissionais com o seu trabalho, uma vez que é preciso entender que o atendimento ao paciente e a seu acompanhante não é feito exclusivamente de exames e procedimentos, mas de um relacionamento que está permeado pela ética profissional:

“Acho que precisam explicar melhor mesmo, com palavras... que as pessoas entendessem, porque às vezes eles falam, falam, falam... rapidinho e já saem, viram as costas e vão embora, quer dizer... você fica sem saber...” (FA 7)

“...eles poderiam ser sinceros... sabe - olha... nós estamos vendo só a parte do pulmão, amanhã ele vai embora, que vai lá e eles mexem- aí tudo bem, entendeu... serem mais sinceros, mais objetivos.” (FA 8)

Algumas dificuldades relacionadas à informação podem ser minimizadas pela intermediação do psicólogo na relação equipe-paciente, tanto como porta- voz de suas necessidades e desejos quanto nos desencontros da informação (ROMANO, 1999).

Os FAs fazem suas críticas ao atendimento prestado, no entanto são sensíveis ao perceberem que há falta de profissionais, que há sobrecarga de serviço e falta de leitos, situações que vão além das possibilidades institucionais:

“...porque quem está ali para resolver às vezes não pode sozinho resolver várias coisas... tem que ter mais médico...tem que ter também a psicóloga, eu acho importante para acalmar, para conversar mesmo.... às vezes fica ali na maca chorando... se tiver uma pessoa que possa conversar, orientar, evita até algumas coisas... ser acolhido no lugar, uma pessoa com paciência que está ali para fazer isso, sabe... fazer as coisas com carinho com quem chega, tem que dar o seu todo ali no momento.” (FA 4)

Atentam para o fato de que algumas regras institucionais são rígidas, há necessidade de organização dos serviços, no entanto, pela situação-limite em que estes pacientes e seus FAs chegam à unidade, requer adequada avaliação da situação, com flexibilidade em relação às rotinas e regras:

“...as outras questões são mais burocráticas, então eu sou leiga em saber o que poderia fazer, mas diminuir de alguma forma a burocracia,

não fazer tanta exigência lá na porta, tem que ter...não pode ser uma coisa bagunçada, mas ser um pouco mais maleável...o problema mesmo maior está na recepção, você está mais debilitado, está mais chocado com seu familiar doente, e aí se você não for bem atendido ali, você já fica com aquela impressão ruim do hospital...eu sei que aqui, apesar de tudo isso que eu estou falando, tem mais aparelhagem, mais estrutura para um caso mais grave...mas precisa fazer daqui um ambiente melhor...” (FA 9)

“... eu acho assim, eu que já tenho a idade que tenho, vou ser sincera com você... tem coisas que falam agora que eu nem entendo, então eu preferia que minhas filhas, como são estudadas, eu preferia que deixassem entrar junto comigo para conversar com o médico, mas não deixam...a pessoa está ali num momento que um quer apoiar no outro, não é?” (FA 10)

Acrescentamos, ainda, que a adequada orientação a estes FAs no momento de sua chegada é ponto fundamental para que se sintam acolhidos e compreendam as regras como uma aliada e não como um fator complicador.

Outro ponto importante é a questão da ambiência, principalmente relacionada à acomodação, tanto dos idosos internados, que muitas vezes permanecem por dias em local inadequado às necessidades apresentadas por eles, quanto ao acompanhante:

“...então eu acho que é... ter um cobertor, uma cadeira mais confortável...acomodação também ajuda, a última vez que eu sai daqui que eu fui embora, a minha pressão subiu muito, eu fiquei dezesseis dias com ela, sentada ali...” (FA1)

“...minha mãe ficou aqui e disse que passou muito frio... coitada... ela reclamou que passou muito frio e ele precisa de acompanhante, eles pedem para ficar e não dão atenção...”(FA 8)

“...ele é acamado, até hoje não teve uma feridinha, uma escara, ou seja...ali naquela maca você não consegue virar ele de lado...e os médicos informam a gente que tem que virar de duas em duas horas e ele já está aqui desde domingo numa maca, sem poder virar, sabe...” (FA 9)

O excesso de pacientes e a falta de vagas impõem ao paciente e a seu

familiar um período de internação em macas, sem conforto e privacidade. Neste ambiente presenciam situações de sofrimento, de outros, além do seu próprio (PEREZ, 2008). Esta é uma experiência referida pelos FAs neste estudo:

“...eles não resolvem...com tanta gente aí fora aguardando leito, tem gente na cadeira que eu vi, no meio do corredor...Então eu acho que tem que ver, pode ir pra casa? Então manda e põe outro no lugar...agilizar as coisas”. (FA 8)

Em relação ao aparato tecnológico e possibilidades de tratamento não houve queixas, no entanto, a questão humana é criticada como um dos principais problemas no atendimento à saúde da população. Atualmente, identificar qual é o motivo desta dificuldade é de extrema importância, uma vez que se lida com momentos que podem desestruturar a vida de uma família.

O acolhimento é uma expressão de aproximação, de relação que não está restrita ao ato de receber, deve apresentar-se como uma sequência de ações, permitindo uma relação de escuta e responsabilização entre os trabalhadores da saúde e os usuários destes serviços (PROCHNOW et al., 2009). Para que isto seja possível, há necessidade do envolvimento de todos os profissionais, cada qual conhecendo seu papel e sua importância neste processo aliado ao reconhecimento das necessidades tanto do paciente quanto de seu FA, já que estes são a principal fonte de apoio do idoso neste momento

A realização deste estudo na perspectiva do referencial teórico da humanização e do acolhimento possibilitou a construção da história das experiências dos FAs dos idosos em situação de urgência/emergência e a interpretação dos três núcleos temáticos delas extraídos: “Entre a vida e a morte: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”, “Os desafios enfrentados pelo familiar acompanhante do idoso na situação de urgência/emergência” e “Alternativas para o atendimento humanizado e acolhedor em unidades de urgência/emergência sob a ótica do familiar acompanhante do idoso.”

Vale destacar que cada pessoa, paciente ou acompanhante, que chega a unidade de emergência possui sua história de vida que não permanece do lado de fora do hospital. Observou-se que, ao relatarem sua experiência, os FAs buscaram por sentimentos e significados que permeiam não só o momento do evento, mas também toda trajetória que o antecede. Nesse sentido, pensar na elaboração e implementação de estratégias que garantam a humanização e o acolhimento em todos os âmbitos do atendimento à saúde da população, por meio da adoção de trabalho integrado e interligado entre os diferentes serviços de saúde é um desafio a ser enfrentado por gestores e profissionais da área.

Para o atendimento à saúde do idoso, considerando a complexidade que envolve o processo de envelhecimento humano e o processo saúde- doença é necessário uma visão multidimensional para o cuidado a essa parcela da população. Outro ponto a se destacar é a importância da família, que na maioria das vezes, acompanha o idoso nos serviços de saúde e, dessa forma, é primordial oferecer ambiente que acolha as demandas do idoso e de seu FA, na busca por ajuda nos momentos de agravo à saúde, que podem vir acompanhados tanto pela fragilidade física, como pela emocional de ambos.

Neste estudo momento para as entrevistas possibilitou a formação de vínculo com o FA e, também permitiu encontros posteriores para seguimento e atendimento das demandas. Esse espaço construído no cotidiano viabilizou a identificação de necessidades dos FAs, auxiliando na prática e no planejamento de intervenções.

Verificou-se que os participantes deste estudo estão atentos aos aspectos da humanização e sinalizaram que sua operacionalização na prática é insuficiente, pois muitos são os pressupostos, leis e estatutos que abordam a humanização e o acolhimento na saúde de forma clara e fundamentada, porém há a necessidade de

que se tornem ações efetivas e que os profissionais que trabalham na área da saúde as coloquem em prática. Para isso, é preciso conhecer a realidade e as necessidades dos serviços a partir das experiências das pessoas que recebem assistência nos mesmos.

A esse respeito Puccini e Cecílio, (2004), mencionam que os profissionais da saúde precisam conhecer a realidade e as necessidades da população atendida, porém cabe esta também conhecer a realidade de trabalho dos profissionais, o que possibilita a troca nas relações. Acrescentam, que essa troca é relevante para o exercício de relações humanizadas nos dois sentidos, favorecendo a tomada de consciência mutua, de profissionais e cidadãos em busca de finalidades e projetos comuns para a saúde.

Os FAs retrataram uma história anterior ao agravo à saúde incluindo o percurso longo e gradual das DCNT e as dificuldades encontradas para o cuidado ao idoso, tais como a manutenção do tratamento, as dificuldades financeiras, readaptações na estrutura familiar devido a vinda do idoso para o domicílio, a organização familiar adotada para suprir as necessidade do idoso, entre outros.

Revelaram também o momento do agravo e toda sua angústia no reconhecimento da situação e a necessidade de tomar decisões para a busca de atendimento adequado, retratando as dificuldades encontradas por eles. A responsabilidade deste momento pensou para os FAs , pelo fato de que muitos deles estavam sozinhos naquele momento e a falta de informação sobre como agir foi empecilho observado nas falas dos mesmos.

Após esta etapa, e quando se tem garantido o acesso aos serviços de saúde os desafios são outros e, também desconhecidos por eles, que se deparam com burocracia e regras rígidas, além de espera intermináveis por informações, que quando chegam, nem sempre são claras.

As condições ambientais também se configuram em desafios para os FAs, uma vez que no local do estudo a estrutura física se configura em locais pouco sinalizados, apertados que comprometem a privacidade e o conforto tanto para os pacientes, quanto para os acompanhantes.

Por fim, expressaram todas as sensações e sentimentos que envolveram este momento, desde a chegada ao hospital até o momento de suas expressões por meio das entrevistas.

Assim, evidenciou-se a importância do acolhimento e da humanização da

assistência nos serviços de saúde, mas para tanto, existe a real necessidade do envolvimento de todos os profissionais, cada qual conhecendo seu papel e sua importância neste processo aliado ao reconhecimento das necessidades tanto do paciente quanto de seu FA, já que estes são a principal fonte de apoio do idoso neste momento

Nesse sentido, enquanto gestora da Unidade Funcional de Acolhimento e Comunicação da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no período de 2010 e 2011, após o reconhecimento da situação dos FAs, algumas ações já estão sendo realizadas com a finalidade de minimizar os problemas apontados pelos FA, como a reorganização e ampliação das faixas sinalizadoras, na tentativa de melhor orientar o acesso aos locais de internação; reorganização das filas nos horários de visita e entrega de crachás para adentrar a unidade, procurando reduzir o tempo de espera; a discussão das queixas oriundas da ouvidoria, em reuniões semanais com devolutiva ao manifestante, afim de que este possa estar mais próximo das decisões e implementações do serviço. Além de projetos, como cursos de capacitação para os profissionais que atuam na unidade, tais como os da recepção e portaria no atendimento ao público, os profissionais de enfermagem, entre outros, além da tentativa de oferecer-lhes melhores condições de trabalho e maior satisfação.

A situação de emergência pode ser também um momento de reflexão e elaboração a respeito do que tem sido feito, das condutas tomadas e do seguimento adequado do tratamento. Desta forma é possível vislumbrar o significado particular que este momento de ansiedade gera na família e o modo de enfrentá-lo (BORGES, 2009).

REFERÊNCIAS†

† De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202 p.

ALMEIDA, A. M.; CUNHA, G. G. **Representações sociais do desenvolvimento humano**. *Psicol. Reflex. Crit.* v.16, n.1, p. 147-155, 2003.

ÂNGELO, M.; WERNET, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicol. Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 89-98, maio-ago. 2006.

ARTMANN, E.; RIVERA, J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 205-231

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A Humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.14, n. 1, p. 132-5, jan./fev. 2006.

BARBOSA, L. N. F.; PEREIRA, J. A. ALVES, V.; RAGOZINI, C.A.; ISMAEL, S. M. C. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. *Rev. SBPH*, v. 10, n. 2, p. 73-81, dez. 2007.

BEAUVOIR, S. O ponto de vista da exterioridade. In: _____. **A velhice**. Tradução Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. p. 21-265

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 462-475, 2007.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **Mundo Saúde (1995)**, São Paulo, v. 27 n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003.

BOLETIM DA SAÚDE / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública.-v. 18, n. 2, 2004 -Porto Alegre: SES/ESP.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADRO/1994.htm>. Acesso em: 2007.

_____. **Relatório nacional brasileiro sobre o envelhecimento da população brasileira**. 2002. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/relatorio_envelhecimento.doc>. Acesso em: 04 ago. 2009.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADRO/1994.htm>. Acesso em 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadernos de informações de saúde de São Paulo**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas**. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/d13.def>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe De Situação E Tendências Tema: Demografia e Saúde**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CTI-IST_anteprojeto_informe_30abr08.doc> Acesso em 29 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de informações de saúde de São Paulo**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>. Acesso em: 03 jul 2009.

BRASIL. **Medida Provisória nº 474, de 23 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de janeiro de 2010 e estabelece diretrizes para a política de valorização do salário mínimo entre 2011 e 2023. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Mpv/474impressao.htm. Acesso em 16 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005b.

BRITO, F. C.; PAPALÉO NETTO, M. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria.** São Paulo: Atheneu, 2001. p. 23-34.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio-jun. 2003

CAMELO, S. H. H.; ANGERANI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CAMPOS, JFS. ET AL. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arq Ciênc Saúde**, 2007 out-dez;14(4):193-7.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, p. 119-126, 2006. Suplemento.

GALLEGOS-CARRILLO, K. I.; GARCÍA-PEÑA, C. DURAN-MUÑOZ, C.; REYESI, H. ; LUIS DURÁN-ARENASI, L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Rev. Saúde Pública.* v.40, n.5, p. 792-801. 2006.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio-jun. 2003.

CATTANI, R. B.; GIRARSON-PERLINI, OLIVEIRA, N. M. **Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares.** Revista Eletrônica de Enfermagem,

v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004. [online]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 20/04/2010.

CECILIO, L. C. O.; MERHY E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1451 de 10 de março de 1995.** Disponível em: http://www.cremesp.org.br/.../deptos/.../RESOLUCAO_CFM_1451-95.doc. Acesso em: 15 jul. 2009.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COPPE, A. A. F.; MIRANDA, E. M. F. O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro. In: ANGERAMI-CAMON, W. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 61-80.

COSTA, M. F. F. L.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

DAVIM, R. M. B.; TORRES G. V.; DANTAS S. M. M.; LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** . V. 12, n.3, p. 518-24, maio-junho, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

DUARTE, I. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **Mundo Saúde (1995)**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 226-230, jul.-ago. 1997.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. 2004. 101 f.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set.-dez. 2004.

FORTUNATO, E.; RUSCHEINSKY, A. A história oral na pesquisa social sobre espaço urbano. **Biblos**, Rio Grande, v. 16, p. 25-36, 2004.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 590-597, jul.-ago. 2007.

FRAGOSO, V. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. **Revista IGT**, v. 5, n. 8, p. 51-61, 2008.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, P. A. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 427-434, 1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, p. 3-6, 2002. Suplemento 1.

GOLDANI, A.M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.1, jan./jun. 2002

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. 1997. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997.

GONÇALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 10, p. 83-92, 2007. Número especial.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M., SENA, E. L. S.; SANTANA, W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto

sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out.-dez. 2006.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor da saúde na atenção integral do idoso. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 10, n. 4, p. 138-153, 2001.

GUEDES, S. L. **A concepção sobre a família na Geriatria e na Gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade.** *Rev. bras. Ci. Soc.* v.15, n.43, p. 69-82. 2000.

GUTIERREZ, M. R.; BARBIERI, M. A. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial – os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 81-98, jan.-mar. 1998.

HEREDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, V.10, N. 1, P. 7-28, 2007.

HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. Content analysis and unobtrusive methods. In: _____. **The practice of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage, 2006. p. 279-314.

HUSSNE, C.; GEROLIN, F. S. F. A enfermagem e a atenção em urgência geriátrica. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria.** São Paulo: Atheneu, 2001. p. 43-51.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2000.** Rio de Janeiro, 2002.

JÖNSSON, A. C.; LINDGREN, I.; HALLSTRÖM, B.; NORRVING, B.; LINDGREN, A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. **Stroke**, New York, v. 36, p. 803-808, 2005.

JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia básica.** São Paulo: Lemos, 1997.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KAUFFMAN, P.; KUZNIEC, S. Distúrbios vasculares agudos. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 307-322.

KURODA, A.; TANAKA, K.; KOBAYASHI, R.; ITO, T.; USHIKI, A.; NAKAMURA, K. Effect of care manager support on health-related quality of life of caregivers of impaired elderly: one-year longitudinal stud. **Ind. Health**, Kawasaki, v. 45, p. 402-408, 2007.

LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C.; LAUERMAN, C. R.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004.

LAGUARDIA J, DOMINGUES CMA, CARVALHO C, LAUERMAN CR, MACÁRIO E, GLATT R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n. 3, p. 135-146, 2004.

LEBRÃO, M.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

Lei n. 8080, 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. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, out./dez. 2004.

_____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

MARQUES, S. **Cuidadores familiares de idosos: relatos de histórias**. 1999. 186 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de

São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MARQUES, S. O idoso após acidente vascular cerebral: conseqüências para a família. 2004. 165 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.14, n.3, p. 364-371. 2006.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. **História oral; como fazer, como pensar**. Contexto. São Paulo, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Sobre o humanismo e a humanização de cuidados a pessoa idosa. **revista Kairós**, São Paulo, v.11, n.2, dez. 2008, p. 49-58.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Disponível: www.portal.saude.gov.br. Acesso: jul 07 2010.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006.

NERI, M.; SOARES, W.L. **Políticas sociais, renda e saúde na terceira idade**. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambú (MG), set. 2006.

NETTO, A.J., **Gerontologia Básica**. Lemos Editorial. 1997.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 62-71.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A.; CRUVINEL, M.; NÉRI, A. L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, maio/ago. 2006.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.14, n. 2 p. 277-84, mar./abr. 2006

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Planificacion y organización de los servicios geriátricos**. Informe de um Comité de Expertos. Ginebra, 1974. (Série de informes técnicos, 548).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação – Relatório Mundial. Brasília, DF, 2003.

PAPALÉO NETTO, M.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em Geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1-22.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 663-669, set.-out. 2005.

PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. 2000. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicol. estud.**, vol.8, n.2, p. 19-27, 2003.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 10, n. 1, p. 67-77, 2004.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 223-232, set.-dez. 2006.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e desenvolvimento psicológico na adolescência. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio-ago. 2007.

PROCHNOW, A. G.; SANTOS, J. L. G.; PRADEBON, V. M.; SCHIMITH, M. D. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaucha Enferm.** Porto Alegre (RS), vol. 30, n.1, p. 11–8, 2009.

PUCCINI, P. T. ; CECÍLIO, L. C. O. Humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set.-out. 2004.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. I. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 403-412, set.-dez. 2005.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 4, n. 7.p. 156-175, jan./jun. 2002.

REDE INTERAGENCIAL DA INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Demografia e saúde**. 2008. (Informe de situação e tendências). Disponível em <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CTI-ISTanteprojecto_informe_30abr08.doc>. Acesso em: 29 maio 2009.

ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, supl. 703-710, abr. 2008

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.; CRUZ, I. R.; LANGE, C. Política nacional de atenção não idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, jul.-set. 2007.

ROMANELLI, G.; NEVES, A. S. A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 299-306, jul.-set. 2006.

SANTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene Fortaleza**, v. 11, n.1, p. 200-207, jan./man. 2010.

SANTOS, J. S. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e a sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 403-418, jul.-set. 2002.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de

enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul.-dez. 2007.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da UE-HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

Santos, F. M. S.; Jacó-Vilela, A. M. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paidéia*, v. 19, n. 43, 189-197, maio-ago. 2009.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, 2005. Suplemento.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, jan.-mar. 2008.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T.; LIMA, M. G. O. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 61-68, abr. 2003.

SILVA, L. P. P.; TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. Prática psicológica em hospitais: adequações ou inovações? Contribuições históricas. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 26, n. 3/06, p. 24-37, 2006.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2006.

SILVA, L.R.F. From old age to third age: the historical course of the identities linked to the process of ageing. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, Jan.-Mar. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br>.

SILVESTRE JA, KALACHE A, RAMOS LR, VERAS RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq Geriatr Gerontol** 1996; (1):81-9.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar:** o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica** (Org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 25-48.

TAUIL, P. L. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. **Inform. Epidemiol. SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2 p. 55-58, abr.-jun. 1998.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v6, n2, p. 49-56, jul/dez, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. Sistema integrado de informação hospitalar (SIIH). Ribeirão Preto: FMRP-USP; 2009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Apresentação do Hospital**. Ribeirão Preto: FMRP-USP; 2010. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001?1,16,62,O,P,0,MNU;E;23;1;24;1;MNU>. Acesso em: 27 jul 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio-jun. 2003.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

VERAS RP et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; ARAÚJO, D. V.; KUSCHNIR, R.; MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. **Rev. Bras. Ciênc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 102-114, jan.-jun. 2005.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan.-jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)**. Geneva, 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2005.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doenças cardíacas e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

Apêndice A –

Nº do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____
 Início: _____ Término: _____ Entrevistador: _____
 Observação do entrevistador: _____

I – PERFIL SOCIAL DO IDOSO

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:** _____

1) GÊNERO: (1) Masculino (2) Feminino

2) LOCAL DE NASCIMENTO: Zona: (1) Urbana (2) Rural

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

3) ESTADO CIVIL: (1) Solteiro (2) Casado (3) Amasiado
 (4) Viúvo (5) Divorciado (99) Outros: _____

4) NÚMERO DE FILHOS: _____

5) ESCOLARIDADE:

- (1) Analfabeto
- (2) Sabe ler/escrever
- (3) 1 a 4 anos de estudo
- (4) 5 a 8 anos de estudo
- (5) 9 a 12 anos de estudo
- (6) 13 ou mais anos de estudo
- (99) Outros: _____

6) PROFISSÃO: _____

7) RENDA SALARIAL: (1) 1 Salário mínimo (SM) (2) 2 a 4 (SM)
 (3) 5 a 7 (SM) (4) 8 ou mais (SM)
 (99) Outros: _____

8) COM QUEM VIVE: _____

9) TIPO DE MORADIA: (1) Casa (2) Apartamento (99) Outros: _____

II – CONDIÇÃO DE SAÚDE – DOENÇA DO IDOSO

10) O(A) SENHOR(A) NO MOMENTO TEM ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE?

	NÃO	SIM		NS	QUANDO E TIPO (incont.)
		Interfere na vida diária	Não Interfere		
A) Reumatismo	1	2	3	9	
B) Asma ou bronquite	1	2	3	9	
C) Pressão alta	1	2	3	9	
D) Má circulação (varizes)	1	2	3	9	
E) Diabetes	1	2	3	9	

F) Obesidade	1	2	3	9	
G) Derrame	1	2	3	9	
H) Incontinência urinária	1	2	3	9	
I) Prisão de ventre	1	2	3	9	
J) Incontinência fecal	1	2	3	9	
K) Catarata	1	2	3	9	
L) Problemas para dormir	1	2	3	9	
M) Alcoolismo	1	2	3	9	
N) Confusão mental	1	2	3	9	
O) Problemas cardíacos	1	2	3	9	
P) Câncer	1	2	3	9	
Q) Osteoporose	1	2	3	9	
R) Artrite	1	2	3	9	
S) Problemas de coluna	1	2	3	9	
T) Outras	1	2	3	9	
Especifique					

11) FAZ USO DE MEDICAMENTOS POR ORDEM MÉDICA?

(1) SIM Quais? _____
(2) NÃO

12) FAZ USO DE MEDICAMENTOS SEM ORDEM MÉDICA?

(1) SIM
Quais _____
(2) NÃO

13) QUAIS OS CUIDADOS QUE NECESSITA COM A SAÚDE?

14) POSSUI CUIDADOR?

(1) SIM (2) NÃO

15) HÁ QUANTO TEMPO NECESSITA DE CUIDADOS? _____**16) GRAU DE PARENTESCO COM O CUIDADOR: _____**

Nº do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____
 Início: _____ Término: _____ Entrevistador: _____
 Observação do entrevistador: _____

I – IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIAL DO FAMILIAR ACOMPANHANTE

NOME: _____

Endereço: _____ **Nº:** _____

Cidade: _____ **Bairro:** _____ **Telefone:** _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:** _____

1) GÊNERO: (1) Masculino (2) Feminino

2) LOCAL DE NASCIMENTO: Zona: (1) Urbana (2) Rural
 Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

3) ESTADO CIVIL: (1) Solteiro (2) Casado (3) Amasiado
 (4) Viúvo (5) Divorciado (99) Outros: _____

4) NÚMERO DE FILHOS _____

5) ESCOLARIDADE:

- (1) Analfabeto
- (2) Sabe ler/escrever
- (3) 1 a 4 anos de estudo
- (4) 5 a 8 anos de estudo
- (5) 9 a 12 anos de estudo
- (6) 13 ou mais anos de estudo
- (99) Outros: _____

6) PROFISSÃO: _____

7) TRABALHA ATUALMENTE: (1) SIM (2) NÃO Período: _____

8) RENDA SALARIAL: 1) 1 Salário mínimo (SM) (2) 2 a 4 (SM)
 (3) 5 a 7 (SM) (4) 8 ou mais (SM)
 (99) Outros: _____

9) COM QUEM VIVE: _____

10) TIPO DE MORADIA: (1) Casa (2) Apartamento (99) Outros: _____

II - CONDIÇÃO DE SAÚDE – DOENÇA DO CUIDADOR

11) O(A) SENHOR(A) NO MOMENTO TEM ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE?

	NÃO	SIM		NS	QUANDO E TIPO (incont.)
		Interfere na vida diária	Não Interfere		
A) Reumatismo	1	2	3	9	
B) Asma ou bronquite	1	2	3	9	
C) Pressão alta	1	2	3	9	
D) Má circulação (varizes)	1	2	3	9	

E) Diabetes	1	2	3	9	
F) Obesidade	1	2	3	9	
G) Derrame	1	2	3	9	
H) Incontinência urinária	1	2	3	9	
I) Prisão de ventre	1	2	3	9	
J) Incontinência fecal	1	2	3	9	
K) Catarata	1	2	3	9	
L) Problemas para dormir	1	2	3	9	
M) Alcoolismo	1	2	3	9	
N) Confusão mental	1	2	3	9	
O) Problemas cardíacos	1	2	3	9	
P) Câncer	1	2	3	9	
Q) Osteoporose	1	2	3	9	
R) Artrite	1	2	3	9	
S) Problemas de coluna	1	2	3	9	
T) Outras	1	2	3	9	
Especifique					

12) FAZ USO DE MEDICAMENTOS POR ORDEM MÉDICA?

- (1) SIM Quais? _____
- (2) NÃO

13) FAZ USO DE MEDICAMENTOS SEM ORDEM MÉDICA?

- (1) SIM Quais? _____
- (2) NÃO

14) É O CUIDADOR DO IDOSO?

- (1) SIM
- (2) NÃO

15) CUIDADOR: (1) Primário (2) Secundário (99) Outros: _____

III – QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Fale-me por que e como o idoso precisou do atendimento de emergência;
- 2) Fale-me como você foi recebido(a) pelos profissionais durante o momento da internação;
- 3) Fale-me como você está sendo tratado(a) durante o período de internação do idoso;
- 4) O que você sugere para melhorar o atendimento neste serviço.

Apêndice B

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do projeto: O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação de urgência/emergência

Prezado(a) Senhor(a)

A internação em uma Unidade de Emergência é algo que pode trazer angústia, medos e incertezas, tanto para a pessoa que necessita de cuidados quanto ao seu familiar que o acompanha. Com a intenção de compreender este processo e a partir daí poder contribuir para uma melhora no atendimento, estamos realizando um estudo com familiares acompanhantes de idosos atendidos na Unidade de Emergência de um Hospital Geral, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, com o objetivo de: descrever a experiência do familiar que acompanha o idoso nesta situação; analisar o acolhimento prestado em uma unidade de emergência a partir da experiência do familiar acompanhante do idoso.

Desta forma, gostaria de convidá-lo para participar deste estudo. A sua participação constará em responder a uma entrevista que será realizada por mim. As entrevistas serão gravadas, posteriormente transcritas e citadas no corpo do trabalho.

O (a) senhor (a) poderá recusar-se a participar do estudo, podendo inclusive, retirar-se do mesmo em qualquer momento e isto não lhe trará nenhum prejuízo. As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e aos dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação.

Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo gratificações.

O (a) senhor (a) poderá solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento, se achar necessário. Meu telefone para contato é (16) 3602-1132.

Espero merecer sua confiança, já que acredito que este estudo contribuirá para o melhor atendimento de idosos e seus familiares acompanhantes na situação de urgência/emergência.

Atenciosamente,

Hellen T. Paschoalotto Leite (CRP 06/74584) Sueli Marques-Orientadora (COREn 61337)

Eu _____ declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.